



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ménopause et médecine générale : enquête qualitative auprès de
médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Janvier 2022 à 16h
au pôle Recherche

Par Katarina MITROVIC

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADCN	Association de Dépistage des Cancers dans le Nord
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DMO	Densitométrie Osseuse
DR	Docteur
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Épreuves Classantes Nationales
FCU	Frottis cervico-utérin
FMC	Formation médicale continue
FSH	Follicule Stimulating Hormone
GEMVI	Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillissement hormonal
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IRS	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
IRSN	Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
MOOC	Massive Online Open Courses
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNS	Pédagogie Numérique en Santé
THM	Traitement Hormonal Substitutif de la Ménopause

Sommaire

Liste des abréviations	1
Sommaire.....	2
Introduction	7
Matériel et méthodes	9
I. Type d'étude	9
II. Recrutement des participants à l'étude	9
III. Recueil des données	10
IV. Analyse quantitative des données	11
Résultats	12
I. Caractéristiques des médecins interrogés.....	12
II. Les médecins généralistes et le suivi de la ménopause.....	14
A. Une prise en charge délaissée pour de multiples raisons	14
1. Un manque de temps à la réalisation des frottis	14
2. Un désintérêt pour la gynécologie médicale	14
3. Un traitement limité	15
4. Un problème limité à son instauration	15
B. Un problème différemment géré en consultation.....	16
1. Certains médecins ne l'abordent pas spontanément	16
a. Par manque de temps	16
b. Un sujet non évoqué en l'absence de plainte des patientes	16
c. Un motif de consultation essentiellement secondaire	17
2. D'autres médecins en parlent volontiers	18
a. Les médecins évoquent le sujet à différentes occasions	18
b. Mais le dialogue reste difficile	19
i. Les patientes gèrent seules leur ménopause	19
ii. Les généralistes se sentent sollicités pour une prise en charge ponctuelle et pour rassurer leurs patientes.....	20
iii. Une diminution du suivi après la ménopause	21
iv. Une méconnaissance des compétences du médecin généraliste	22
c. Des médecins généralistes formés qui abordent plus facilement la question	23
i. Grâce au DU de gynécologie	23

ii	Grâce à une FMC sur la ménopause	23
iii	Grâce à un stage formateur durant l'internat	23
d.	Les médecins généralistes cèdent la main au gynécologue quand ils se sentent dépassés	24
III.	Diagnostic et prise en charge de la ménopause	25
A.	Démarche diagnostique	25
1.	La ménopause, un diagnostic avant tout clinique	25
2.	Le dosage biologique hormonal	25
a.	Des médecins qui cèdent aux demandes des patientes	26
b.	D'autres médecins réservent leur prescription à des situations précises..	26
3.	Éliminer des diagnostics différentiels	28
B.	Les symptômes les plus fréquemment retrouvés en consultation	29
1.	Les troubles vaso-moteurs	29
2.	Les autres plaintes des patientes	30
C.	Différents traitements proposés par les médecins en fonction des plaintes.	31
1.	Les règles hygiéno-diététiques.....	31
2.	Les traitements des bouffées de chaleur	31
a.	L'homéopathie	31
b.	La phytothérapie.....	32
i	Conseillée par certains médecins	32
ii	Pour d'autres médecins, un traitement inefficace	33
c.	Autres traitements	34
i	Abufène®	34
ii	Catapressan®	34
3.	Topiques locaux pour les sécheresses vulvo-vaginales	34
a.	Non hormonaux en première intention	34
b.	Hormonaux en cas d'inefficacité	35
4.	Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM)	36
a.	Une méfiance de la part des médecins	36
i	Par discréditation dans les études faites sur le THM	37
ii	Par peur des risques qu'il implique	37
iii	Un traitement de confort avec un risque supérieur au bénéfice.....	38
b.	Son initiation	39
i	Par les médecins généralistes eux-mêmes	39
ii	Par les gynécologues.....	39

iii	Modalités d'initiation du traitement hormonal.....	40
c.	Renouvellement	40
d.	Un traitement finalement peu prescrit	41
i	Des patientes qui doivent comprendre leur traitement.....	42
ii	Un traitement réservé aux patientes très invalidées	43
iii	Des contre-indications qui font peur.....	43
D.	Les demandes de traitements des patientes	44
1.	Une demande rare de THM.....	45
2.	Une demande de vitamine D.....	45
3.	Un traitement pour les sécheresses vaginales.....	45
4.	Un traitement non hormonal en première intention	45
5.	Certaines patientes ne demandent rien	46
E.	Prévention de l'ostéoporose chez la femme ménopausée	47
1.	Des règles hygiéno-diététiques	47
2.	Une supplémentation vitamino-calcique non systématique	47
3.	Certains médecins instaurent des biphosphonates après réalisation d'une densitométrie osseuse.....	48
IV.	Le suivi gynécologique des femmes ménopausées : organisation et acteurs .	50
A.	Les médecins généralistes hommes : un frein au suivi ?	50
B.	Le suivi par dépistage.....	52
1.	Le frottis.....	52
a.	Des médecins qui en pratiquent.....	52
b.	Des médecins qui laissent le choix aux patientes	53
c.	D'autres qui n'en font pas.....	54
i	Par crainte de conséquences médico-légales	54
ii	Par désintérêt.....	54
iii	Par manque de formation.....	54
iv	Par manque de temps.....	55
v	Par des réticences également du côté des patientes	55
d.	Les médecins interrogés qui ne réalisent pas de frottis délèguent le geste	56
2.	La palpation mammaire au cabinet	58
3.	Mammographie	59
4.	Une différence de suivi par les patientes sous THM vs sans THM ?	60
a.	Une surveillance régulière est nécessaire.....	60
b.	Il faut insister sur la prévention auprès des patientes	61

c.	Renforcer l'importance du suivi en s'appuyant sur le gynécologue	61
C.	Pénurie des gynécologues médicaux	62
1.	Différemment perçue par les médecins interrogés.....	62
2.	Conséquence de cette pénurie : un suivi plus compliqué	63
V.	Pistes d'amélioration pour le suivi des femmes ménopausées	65
A.	Améliorer l'accès aux professionnels de santé et inciter les patientes à consulter.....	65
1.	Un réseau de professionnels de santé	65
2.	Une consultation dédiée à la ménopause prise en charge par la sécurité sociale.....	66
a.	Des médecins y sont favorables	66
i	Pour faire le point sur le suivi	66
ii	Mais également sur le couple	66
iii	Elle permettrait une prise en charge globale de la santé de la femme ..	67
iv	Une consultation qui inciterait les femmes à parler d'un sujet parfois tabou.....	68
v	Attirer les femmes avec peu de revenus	68
vi	Un médecin est d'accord sur l'idée mais estime devoir se reformer....	68
vii	Comment informer les patientes de cette consultation dédiée ?	69
b.	Des médecins n'y sont pas favorables	69
c.	Les médecins qui réalisent des suivis gynécologiques devraient en informer leurs patientes dès la salle d'attente.....	70
B.	Améliorer la formation des médecins	70
1.	Ressenti d'un manque d'enseignement pendant les études de médecine	71
2.	Un manque de FMC	73
	Discussion.....	74
I.	Forces et limites.....	74
A.	La méthode d'étude	74
B.	Choix de l'échantillon.....	74
C.	Recueil et analyse des données.....	74
II.	Discussion autour des résultats.....	75
A.	Un sujet d'abord compliqué	75
1.	Par les médecins	75
2.	Mais aussi par les patientes	76
B.	Un suivi variable selon les médecins.....	77
C.	Différentes pratiques pour le diagnostic	80

D.	Des traitements limités	81
1.	Les alternatives thérapeutiques avec une efficacité relative	81
2.	Méfiance vis-à-vis du THM	82
3.	La prévention de l'ostéoporose	84
E.	L'influence du genre du médecin	85
F.	Perspectives	86
	Conclusion	89
	Références.....	91
	Annexes	94
I.	Annexe 1 : Guide d'entretien	94
II.	Annexe 2 : Questionnaire Menopause Quick 6 (MQ6)	96
III.	Annexe 3 : Questionnaire ménopause (version français de Menopause Rating Scale MRS).....	97

Introduction

La ménopause est un phénomène physiologique irréversible en réponse à l'arrêt du fonctionnement hormonal ovarien. Le diagnostic de la ménopause est clinique, et se traduit par l'absence de règles depuis un an [1]. Elle survient en moyenne vers 50 ans, et concerne dix millions de femmes en France. Le terme d'insuffisance ovarienne prématurée, ou ménopause précoce, est attribué aux femmes ménopausées avant l'âge de 40 ans.

La carence oestrogénique induite par la ménopause, est responsable d'un ensemble de symptômes constituant le syndrome climatérique pouvant survenir dès son installation, et comprenant des troubles vaso-moteurs, des troubles génito-urinaires, une prise pondérale, des troubles du sommeil ou de l'humeur, mais également des douleurs articulaires.

Des complications plus tardives liées à l'insuffisance en œstrogènes peuvent survenir, notamment l'ostéoporose par l'augmentation du remodelage osseux, une augmentation du risque cardio-vasculaire par le développement de l'athérosclérose, des troubles gluco-lipidiques, mais également une élévation de l'incidence de certains cancers, ainsi qu'une augmentation du risque de troubles cognitifs.

L'étude qualitative de C. TERRIS suggère que certaines patientes ont d'importantes méconnaissances sur l'intérêt du suivi gynécologique et du dépistage [2]. L'étude Kantar « Les Français et la ménopause » réalisée auprès de 1505 français en décembre 2019 met en évidence qu'un français sur deux se sent informé sur la ménopause, dont 65% de femmes, parmi lesquelles 84% des femmes ménopausées, et seulement 40% des femmes de moins de 40 ans. Cette étude montre par ailleurs, que les femmes aimeraient plus de communication sur la ménopause, et que les acteurs les plus attendus pour en parler sont les professionnels de santé [3].

La cartographie de la démographie médicale établie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, révèle que les gynécologues médicaux libéraux sont au nombre de 418 en France en 2021, représentant une densité médicale de 1,2 praticiens pour 100 000 habitants [4]. On remarque que depuis 2010, il existe une baisse considérable de 46,1% des effectifs de gynécologues médicaux [5].

Cette baisse démographique importante des gynécologues médicaux libéraux français s'explique d'une part par un nombre croissant de départs à la retraite, et d'autre part par la fermeture de la spécialité de 1987 à 2003. Il est à noter qu'en janvier 2020, il n'y avait plus aucun gynécologue médical dans douze départements de la métropole. Face à ces chiffres inquiétants, la sénatrice Madame Françoise DUMONT interrogeait le 5 août 2021 le Ministère des solidarités et de la santé pour trouver des solutions, mais sa question reste à ce jour sans réponse [6].

Cette pénurie de gynécologues pousse certaines femmes à renoncer aux soins, en raison de délais de rendez-vous de consultation qui s'allongent, ainsi qu'une distance plus importante à parcourir notamment dans les déserts médicaux. Il en résulte une baisse de la prévention, une augmentation des retards de diagnostic et des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'un accès plus difficile à la contraception.

Dans ce contexte de pénurie de gynécologues, le travail de recherche qualitative de P. MOTTE montrait que les patientes étaient favorables à une reprise du suivi gynécologique par leur médecin traitant [7].

L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'implication des médecins généralistes des Hauts-de-France dans la prise en charge de la ménopause de leurs patientes et de déterminer s'ils sont prêts à répondre aux attentes de ces dernières.

L'objectif secondaire sera d'étudier les perspectives afin d'améliorer l'approche des médecins généralistes sur la prise en charge des patientes ménopausées.

Matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. La recherche qualitative a pour but d'étudier les représentations et les comportements d'une population choisie [8].

Une étude par entretiens semi-dirigés implique un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes, avec des sous-questions définies dans le but de développer les points importants. Cette grille de questions peut être adaptée par le chercheur au cours de l'entretien.

II. Recrutement des participants à l'étude

Les participants ont été recrutés de manière aléatoire, puis par effet « boule de neige », afin d'obtenir un échantillon de médecins aux caractéristiques variées. Le recrutement a été effectué dans les Hauts-de-France.

Le premier contact s'est établi soit par téléphone, soit par e-mail, afin de présenter l'étude et de recueillir l'accord des participants, pour réaliser un entretien en face à face, ou par téléphone, à la convenance des participants.

Le nombre d'entretiens a été défini à posteriori, en effet le recrutement s'est terminé une fois la suffisance des données obtenue. Ainsi, douze médecins ont été interrogés au total, puis deux entretiens supplémentaires ont été effectués afin de confirmer la saturation des données.

III. Recueil des données

Le recueil des données a pu être obtenu grâce à des entretiens individuels, semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1). Ce dernier a été ajusté au fur et à mesure de l'avancée des entretiens, afin de faire émerger de nouvelles idées et d'en préciser d'autres.

Les entretiens se sont déroulés du 23 juillet 2021 au 22 novembre 2021. Trois d'entre eux ont eu lieu au cabinet des participants interrogés, onze ont été réalisés par téléphone, à la convenance des praticiens.

Chaque participant a exprimé oralement son consentement à être enregistré par dictaphone de façon anonyme, avant chaque entretien. L'enregistrement était ensuite retranscrit dans sa totalité sur le logiciel informatique Word® sans modification, respectant ainsi le discours de chaque participant.

Les médecins devaient en amont de l'entretien, répondre à certaines questions :

- Leur âge
- L'année d'installation, pour les médecins installés
- L'année de début de leur activité, pour les médecins remplaçants
- Le type de structure où ils exerçaient
- Le type de secteur d'exercice (urbain, rural, semi-rural)

IV. Analyse quantitative des données

Le logiciel NVivo 12 ® a permis de classer les données.

Un codage ouvert en double aveugle a été réalisé pour chaque entretien. Le Dr Anne-Sophie Diot, Docteur en Médecine Générale était le deuxième chercheur à réaliser le codage. Une fois la saturation des données obtenue, la mise en commun de ce double codage ou triangulation, a permis la réalisation d'un codage axial. Ce dernier permet l'émergence des idées.

Résultats

I. **Caractéristiques des médecins interrogés**

Quatorze médecins, âgés de 28 ans à 62 ans, ont accepté de participer à cette étude. Ces entretiens se sont déroulés dans la région des Hauts-de-France, entre juillet et novembre 2021. La saturation des données était confirmée par les deux derniers entretiens.

Médecin	Âge	Statut	Année d'installation ou de début d'activité	Structure	Secteur d'exercice	Sexe
M1	60 ans	Installé	1990	Cabinet de groupe	Urbain	Homme
M2	58 ans	Installée	1998	Cabinet individuel	Semi-rural	Femme
M3	53 ans	Installée	1999	Cabinet de groupe	Urbain	Femme
M4	57,5 ans	Installé	1993	Cabinet de groupe	Semi-rural	Homme
M5	60 ans	Installée	1996	Cabinet de groupe	Urbain	Femme
M6	40 ans	Installé	2012	MSP	Semi-rural	Homme
M7	30 ans	Remplaçante thésée	2019	Cabinet individuel	Urbain	Femme
M8	30 ans	Installée	2020	Centre de santé salarié	Semi-urbain	Femme
M9	62 ans	Installé	1989	Cabinet de groupe	Semi-rural	Homme
M10	61 ans	Installé	1987	Cabinet de groupe	Urbain	Homme
M11	35 ans	Installée	2014	Cabinet de groupe	Urbain	Femme
M12	32 ans	Installé	2018	MSP	Semi-rural	Homme
M13	28 ans	Installée	2020	Cabinet individuel	Semi-rural	Femme
M14	29 ans	Remplaçante thésée	2019	Cabinet de groupe	Urbain	Femme

II. Les médecins généralistes et le suivi de la ménopause

A. Une prise en charge délaissée pour de multiples raisons

1. Un manque de temps à la réalisation des frottis

Plusieurs médecins évoquent un manque de temps à la réalisation des frottis au cabinet.

M2 : « *Mais bon moi j'avoue dans ma pratique faire très peu de frottis, car ça prend un peu de temps et les horaires sont déjà un peu compliqués à gérer.* »

M4 : « *J'veux dire avant je faisais tout, les frottis, et chez les femmes plus jeunes et tout, mais là en tant que généraliste avec le boulot qu'on a... Moi ça me prend trop de temps de faire tout ça.* »

M9 : « *Bah c'est plus le temps qui me manque.* »

M10 : « *Le frottis avant je le faisais moi-même, mais j'ai plus le temps.* »

2. Un désintérêt pour la gynécologie médicale

D'autres évoquent un désintérêt à la pratique de la gynécologie médicale.

M1 : « *J'avoue que je me désintéresse de la gynécologie médicale.* »

M8 : « *Franchement la gynéco c'est vraiment pas mon truc...* »

M12 : « *(...) moi c'est pas une partie de la médecine générale qui me passionne outre mesure. Donc voilà je le faisais quand j'avais personne d'autre avec qui j'étais installé pour le faire, mais là ma collègue aime bien ça, la sage-femme elle aime bien ça, moi c'est moins mon truc (...).* »

3. Un traitement limité

Un médecin interrogé se sent démuni par la limitation du champ thérapeutique pour les troubles liés à la ménopause, depuis la polémique sur le THM.

M9 : « (...) après dans la prise en charge j'trouve qu'on est maintenant plus démuni parce-que dans les traitements qu'il y avait, c'était des traitements hormonaux substitutifs, et comme il y avait toute une polémique sur l'arrivée des cancers on nous a dit « ah ben on n'en donne plus ». »

Une autre médecin s'estime peu compétente dans la prise en charge de la ménopause de ses patientes, car elle considère ses connaissances limitées vis-à-vis des traitements.

M8 : « Après impliquée oui, compétente pas forcément toujours. C'est-à-dire que je connais les petits trucs de base, c'est-à-dire la phyto, l'Abufène® tout ça... Après tout ce qui est traitement hormonal j'y connais pas grand-chose. (...) Mais oui souvent en fait j'ai pas forcément de nom en tête de choses que je prescris et souvent j'ai besoin de regarder, un petit peu revérifier les choses que je peux prescrire. »

4. Un problème limité à son instauration

Pour deux des médecins interrogés, la ménopause serait un problème pour les patientes lorsqu'elle s'instaure, mais plus par la suite.

M3 : « Souvent la ménopause c'est pas franchement un problème, c'est juste quand ça s'instaure, après c'est plus un problème. »

M4 : « La ménopause, elles en parlent pas tant que ça quand même. Parce qu'une fois qu'on en a parlé et que c'est réglé c'est tout on en parle plus quoi. C'est pas un motif qui revient sans arrêt, c'est les deux trois premières fois le temps que tout se mette en place, après c'est tout y'a plus de gros soucis avec ça. »

B. Un problème différemment géré en consultation

1. Certains médecins ne l'abordent pas spontanément

a. Par manque de temps

L'un des médecins interrogés explique ne pas aborder le sujet lui-même avec ses patientes car il a déjà une importante charge de travail.

M9 : « *Et nous l'aborder nous-même ben avec le boulot qu'on a on l'aborde pas facilement.* »

b. Un sujet non évoqué en l'absence de plainte des patientes

Plusieurs médecins n'abordent pas le sujet en consultation si les patientes n'expriment pas de plainte liée à la ménopause.

M1 : « *(...) Mais si elles n'abordent pas le sujet, non j'en parle pas.* »

M2 : « *Je dirais que c'est surtout les patientes qui vont... Quand elles ont des troubles nyctémériques par exemple, mais euh... c'est pas non plus spontanément abordé par la patiente. C'est vrai que je n'interroge pas spécialement pour savoir où elles en sont de leur ménopause.* »

M11 : « *Pas spontanément... Bah souvent en médecine générale on leur demande comment ils vont et ce qu'on peut faire pour eux, après c'est eux qui nous disent pourquoi ils sont là, mais s'ils viennent pour un rhume je vais pas leur demander « au fait, alors la ménopause comment ça se passe ? », non, si elles veulent m'en parler elles m'en parlent mais moi je pose pas la question.* »

M12 : « *Moi je vais en parler si elles m'évoquent des signes qui me font penser à ça, sans parler de la ménopause je vais l'aborder, mais s'il y a pas de point d'appel dans la consultation je vais pas en parler en systématique.* »

c. Un motif de consultation essentiellement secondaire

En effet, il s'agit plutôt d'un sujet évoqué après plusieurs autres doléances, passant en second plan au cours de la consultation.

M2 : « *Non c'est souvent un motif annexe... il y a souvent, en général, un autre motif de consultation, et il va y avoir dans le déroulé une question par rapport à leurs troubles.* »

M8 : « *C'est « je viens pour un truc et puis au fait je suis embêtée avec ça », c'est plutôt secondaire j'ai l'impression oui.* »

M9 : « *C'est rarement un motif principal, non souvent on sent qu'elles vont poser la question, mais jamais en premier quoi, mais ça va venir quoi.* »

M10 : « *(...) je dirai que la ménopause c'est jamais le motif unique de consultation, c'est un motif secondaire.* »

M13 : « *Alors après c'est pas forcément le motif principal de la consultation mais ça vient dans la consultation souvent. Le principe de la médecine générale... multi-motifs.* »

Cependant, le motif de consultation peut devenir principal lorsque les plaintes sont invalidantes pour les patientes.

M6 : « *La plupart du temps c'est un motif secondaire, mais de temps en temps quand il y a des patientes qui sont très invalidées notamment par les bouffées de chaleur, il arrive que ce soit le motif principal.* »

M12 : « *Ça peut être un motif principal quand même quand elles sont vraiment gênées.* »

Enfin, la ménopause ne semble pas être un motif de consultation fréquemment rencontré.

M2 : « *Je dirais peut-être... Une consultation par mois. »* »

M6 : « *C'est difficile de répondre... Alors c'est pas hebdomadaire c'est sûr. Je dirais que c'est ... deux ou trois par mois on va dire. »* »

M7 : « *Pas tant que ça. Je dirais une toutes les trois semaines, sinon c'est des suivis basiques. J'en ai très peu. »* »

M12 : « *Alors quand c'est la plainte principale je dirais peut-être deux trois fois par mois. »* »

2. D'autres médecins en parlent volontiers

En revanche, pour certains médecins interrogés, il est important d'évoquer le sujet en premier. En effet, il arrive que des patientes ne soient pas prêtes à parler de leur ménopause à leur médecin traitant.

M7 : « *Donc c'est moi qui vais creuser pour savoir un petit peu où est-ce qu'elles en sont sur le plan gynéco et donc pour quand ça les concerne au vu de leur âge, la ménopause quoi. »* »

a. Les médecins évoquent le sujet à différentes occasions

Au cours d'une consultation pour contraception, ou encore chez des patientes hystérectomisées.

M3 : « *Et parfois c'est moi, à l'occasion d'un renouvellement de contraception, où je commence à dire « on va peut-être changer », c'est peut-être plus forcément le moment adapté (...).* »

M6 : « *parfois on l'évoque quand des patientes ont des contraceptions notamment microprogestatives sans menstruations qui peuvent les guider, ou qui ont été hystérectomisées (...).* »

Mais également au cours d'une consultation de gynécologie générale de manière systématique.

M13 : « *En fait tout dépend si c'est une consultation gynéco systématique, j pense que c'est plus moi qui vais aborder le sujet.* »

b. Mais le dialogue reste difficile

i Les patientes gèrent seules leur ménopause

Les patientes semblent être peu demandeuses d'une prise en charge de leur ménopause par le médecin généraliste.

M1 : « *Mais je trouve qu'elles sont pas forcément demandeuses d'une prise en charge de leur ménopause (...).* »

Certains médecins interrogés trouvent que les patientes s'autonomisent de plus en plus au sujet de leur ménopause, d'une part par l'accès aux informations dans les médias et sur internet, et d'autre part car elles échangent entre elles.

M1 : « Je pense qu'il y a de moins en moins de demandes de prise en charge parce qu'il y a une médiatisation des phénomènes de la ménopause qui font que les femmes sont informées que les traitements hormonaux c'est pas la panacée, qu'il y a d'autres petits traitements, de la phytothérapie ou des choses comme ça qu'on peut essayer. (...) Et puis après, il y a quand même toujours les discussions et les copines, « tiens j'ai essayé ça, tiens j'ai pas essayé ça », donc elles demandent l'avis des médecins mais je pense que la prise en charge non médicamenteuse... c'est à la portée de toutes. »

M4 : « Ouais puis elles sont bien renseignées maintenant, avec internet il y en a beaucoup qui ont déjà pas mal de réponses à leurs questions. »

ii Les généralistes se sentent sollicités pour une prise en charge ponctuelle et pour rassurer leurs patientes

Certains médecins interrogés estiment être sollicités lorsque les patientes cherchent des solutions à des troubles ponctuels survenant pendant la ménopause, ou en cas de doute, lorsqu'elles ne trouvent pas réponse à leur question par elles-mêmes.

M1 : « (...) il y en a certaines qui reviennent, mais ne sont pas forcément demandeuses d'un suivi, elles sont demandeuses de solutions pour des problèmes (...) ponctuels. »

M4 : « Donc elles nous en parlent, elles ont un doute et on remet les choses en place. »

M2 : « Et je trouve qu'en dix ans on a complètement changé, et que les femmes se sont peut-être réappropriées leur ménopause et nous sollicitent qu'en cas de difficultés. »

Selon un médecin de l'étude, les patientes préfèrent confier leur suivi ménopausique à leur gynécologue et consulter le médecin traitant pour des troubles gynécologiques ponctuels.

M7 : « (...) c'était pas un automatisme de parler de gynéco à leur médecin généraliste, en tout cas pour tout ce qui est prévention ; frottis, mammo (...). Si elles ont un problème aigu, bien sûr qu'elles vont nous en parler, par exemple pour un problème de mycose, voilà, mais par contre tout ce qui est suivi prévention tout ça, c'est tout de suite « ah ben faut que j'aille voir mon gynéco » (...). »

Pour l'une des médecins interrogés, les patientes cherchent davantage à être rassurées par leur médecin traitant plutôt qu'un réel traitement.

M11 : « (...) elles sont pas forcément demandeuses d'un traitement derrière. Et du coup je pense qu'elles sont surtout là pour se rassurer, et elles apprennent à vivre avec ces bouffées de chaleur finalement quoi, c'est pas si limitant que ça quoi. »

iii Une diminution du suivi après la ménopause

Deux médecins expliquent que certaines patientes sont moins assidues en ce qui concerne le suivi gynécologique après leur ménopause.

M2 : « Après j'avoue que j'ai quand même un certain nombre de patientes qui après ne souhaitent plus de suivi gynécologique, donc c'est pas toujours simple non plus... »

M11 : « Pour le frotti, honnêtement, les patientes de plus de 50 ans, elles viennent pas au cabinet pour se faire examiner au niveau gynéco, ou alors elles ont des gynécos (...). J'ai l'impression que les femmes une fois qu'elles ont plus de 50 ans, elles se préoccupent moins, ou alors elles ont un gynéco déjà attiré, et donc je n'interviens pas dans leur prise en charge. »

iv Une méconnaissance des compétences du médecin généraliste

Un médecin évoque l'idée que les patientes ne sont peut-être pas correctement informées des capacités de leur médecin traitant à réaliser un suivi gynécologique.

M7 : « *Alors est-ce que c'est parce qu'elles savent pas que les médecins généralistes peuvent faire de la gynéco ? (...) donc c'est là où moi je leur dis « bah si vous voulez moi je fais un peu de gynéco, est-ce que vous voulez qu'on en parle ? » et alors là souvent c'est à ce moment-là que vraiment elles dévoilent la plupart de leurs symptômes, elles me disent « oh ça fait des années que j'en ai pas parlé », ou elles le gardaient pour elles et voilà. »*

Pour d'autres, les patientes ménopausées semblent réticentes au suivi gynécologique par leur médecin généraliste, en raison d'un manque de compétence supposé dans ce domaine.

M5 : « *Je pose la question par exemple, quel que soit l'âge de la patiente, je dis une question qui me semble toute bête : « et vous, sur le plan gynéco, est-ce que ça va ? ». (...) Et souvent on me répond « j'ai un excellent gynécologue », ben c'est très bien mais c'est pas la question. (...) Mais voilà il y a des dames, on n'est pas gynécologue et elles ne souhaitent pas en parler avec nous. »*

M9 : « *(...) mais pour les patientes je pense que maintenant leur généraliste n'est pas fait pour ça quoi... »*

M13 : « *(...) à mon avis c'est lié parce qu'on aurait pas forcément le réflexe en ville d'aller consulter un médecin généraliste pour de la gynéco. »*

- c. Des médecins généralistes formés qui abordent plus facilement la question

i Grâce au DU de gynécologie

Une médecin interrogée ayant réalisé le Diplôme Universitaire de gynécologie estime que ce dernier lui a servi dans son approche à évoquer le sujet de la ménopause avec ses patientes.

M7 : « *Je me suis investie on va dire déjà dans la gynéco depuis peu, mais le DU m'a servi, on va dire. (...) C'est, alors souvent c'est moi qui vais leur poser la question parce qu'elles, elles ont du mal à en parler spontanément.* »

ii Grâce à une FMC sur la ménopause

Une médecin interrogée a suivi récemment une formation médicale sur la ménopause, qui selon elle l'aide à aborder plus facilement le sujet avec ses patientes.

M14 : « *(...) j'ai fait une formation y'a pas très longtemps là-dessus. (...) Bah là maintenant, j'essaye plus de l'aborder, mais avant c'était plus les patientes qui m'en faisaient part.* »

iii Grâce à un stage formateur durant l'internat

Une autre médecin interrogée explique qu'un stage au planning familial de Dunkerque lors de son internat l'a beaucoup aidé sur ses connaissances et sa gestion de la ménopause de ses patientes.

M13 : « *(...) en fait pendant mon internat j'avais fait un stage au planning familial à Dunkerque (...) Ah oui j'pense, parce-que là je me suis sentie plus à l'aise à avec le stage, mais avant c'était pas le cas.* »

d. Les médecins généralistes cèdent la main au gynécologue quand ils se sentent dépassés

Plusieurs médecins expliquent céder la main au gynécologue en cas de difficulté.

M7 : « (...) pour mes patientes qui sont pas sous traitement hormonal mais qui ont eu des lourds antécédents, par exemple un cancer du sein ou autre, et qu'elles n'ont plus de gynéco, bien sûr que je vais les voir et tout ça, mais j'aime bien qu'elles reprennent un avis à un moment par un gynéco parce que j'ai pas assez d'expérience. Voilà ça va peut-être venir, mais quand il y a des lourds antécédents, j'ai tendance à vouloir quand même qu'il y ait un avis par un gynéco spécialisé. »

M9 : « Là quand il y a vraiment les choses qui, pour des points plus précis, puis même pour le reste quoi, maintenant il faut quand même souvent un gynéco, je dis « faut qu'on en parle à votre gynéco ». On est là plus pour, 'fin régler certains problèmes, mais plus pour les orienter aussi. »

M11 : « (...) Je lance l'écho, je lance l'IRM pelvienne s'il faut, mais derrière j'adresse quand même au gynécologue parce que c'est une spécialité à part quoi. (...) les problèmes intercurrents je peux les gérer vite fait, mais j'envoie souvent au gynécologue après. »

III. Diagnostic et prise en charge de la ménopause

A. Démarche diagnostique

1. La ménopause, un diagnostic avant tout clinique

Des médecins interrogés expliquent à leurs patientes demandeuses de bilan hormonal que le diagnostic de ménopause est clinique, reposant sur une aménorrhée depuis au moins 12 mois.

M3 : « On explique d'abord que la ménopause c'est un diagnostic clinique et pas biologique. »

M7 : « Je leur explique bien que la vraie définition clinique de la ménopause c'est une aménorrhée de plus de 1 an, enfin de 1 an en tout cas. »

M11 : « (...) je leur explique évidemment que c'est plutôt une définition clinique donc un an sans saignements. »

M13 : « Alors je leur prescris, mais après je leur précise quand même que le diagnostic ne se fait pas sur la prise de sang mais sur les un an sans règles, et que ça donne juste potentiellement une petite estimation (...). »

2. Le dosage biologique hormonal

Les médecins généralistes interrogés sont très sollicités par leurs patientes pour un dosage biologique hormonal.

M7 : « *Mais oui je trouve qu'elles demandent très souvent le dosage hormonal. »* »

M9 : « *Ouais ouais, y'a pas mal de patientes qui le demandent, « vous pouvez pas regarder si je suis ménopausée ou pas parce-que j'continue à prendre la pilule tout ça ». »* »

M14 : « *Oui elles me demandent un examen, bah pour confirmer que ce soit bien ça. »* »

a. Des médecins qui cèdent aux demandes des patientes

Plusieurs médecins admettent céder aux demandes de dosage hormonal par leurs patientes malgré le fait qu'il n'est pas indiqué.

M4 : « *Ben, quand elles insistent, parce-que quand tu leur dis « si ça fait plus d'un an que vous n'avez pas de règles c'est bon on n'a pas besoin de prise de sang », et qu'elles veulent une prise de sang quand même, je vais pas me prendre la tête (rires) ! Donc, je leur fais leur prise de sang ! »* »

M6 : « *(...) on va dire qu'à vue de nez je le fais dans 50% des demandes parce qu'il y a des fois c'est dur de dire non même si c'est pas indiqué. »* »

b. D'autres médecins réservent leur prescription à des situations précises

Certains médecins interrogés prescrivent un bilan biologique à des patientes hystérectomisées, présentant des signes de ménopause précoce ou encore sous contraceptif.

M3 : « (...) ça dépend. Parce-que ça dépend de l'âge de la patiente, est-ce qu'il y a une contraception, est-ce qu'il y a une hystérectomie, donc voilà pas forcément. »

M7 : « (...) moi je leur explique que je suis pas pour ce dosage sauf si c'est des patientes hystérectomisées ou des patientes qui sont vraiment en ménopause très précoce. »

M8 : « (...) quand elles sont sous contraception oui je leur prescris parce que je me vois mal leur dire « arrêtez votre contraception, de toute façon vous tomberez pas enceinte y'a pas de problème », c'est un peu délicat quand même (...) »

M11 : « Sauf que les patientes elles sont curieuses, elles aiment bien savoir, puis parfois elles n'ont plus d'utérus par exemple parce qu'elles se sont faites opérées, ou elles sont sous contraception, ou sous stérilet, elles savent pas où elles en sont, donc là je le prescris volontiers. »

M14 : « (...) bah non, à part si c'est précoce. »

Une autre médecin demande à ses patientes sous contraception d'arrêter cette dernière pour réaliser le dosage hormonal, mais elle explique que cette idée est mal acceptée par les femmes.

M5 : « Il persiste un risque théorique infime, mais elles sont pas prêtes à courir le risque et donc il faut négocier, parce qu'elles n'aiment jamais les préservatifs quand c'est ça, donc comment faire pour enlever la pilule pour faire un dosage hormonal en ayant quand même la plus grande sécurité morale possible. Donc on négocie. »

Une médecin estime que le dosage hormonal est faussé sous contraception.

M13 : « *En plus y'en a qui sont encore sous contraception, donc j'trouve que c'est plutôt faussé quoi.* »

3. Éliminer des diagnostics différentiels

Une médecin interrogée prescrit un bilan hormonal thyroïdien chez ses patientes présentant des bouffées de chaleur, pour éliminer des diagnostics différentiels.

M11 : « *Et j'en profite pour leur faire un bilan thyroïdien pour les bouffées de chaleur, pour vérifier qu'il y a pas autre chose.* »

Un autre fait faire à ses patientes un test aux progestatifs pour affirmer la ménopause.

M9 : « *(...) je fais aussi un test 10 jours par mois pendant 3 mois avec un progestatif, comme ça t'as plus de règles et c'est réglé on va dire.* »

B. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés en consultation

1. Les troubles vaso-moteurs

Il s'agit des plaintes les plus fréquentes selon les médecins interrogés.

M1 : « *C'est essentiellement quand c'est des troubles vaso-moteurs, des bouffées de chaleur (...) C'est essentiellement ce motif-là qui les guide. »*

M7 : « *Je dirais que la plainte la plus fréquente c'est quand même souvent les bouffées de chaleur. »*

M11 : « *(...) elles se plaignent souvent de bouffées de chaleur, c'est surtout le symptôme premier qui ressort (...) »*

M12 : « *C'est souvent les bouffées de chaleur, c'est la plainte principale. »*

Pour autant, l'une des généralistes interrogés estime que peu de femmes sont concernées par ces troubles.

M2 : « *Puis je pense que les troubles climateriques concernent très peu de femmes. »*

Une médecin interrogée explique ne pas avoir de demande de traitement de la part de ses patientes si elles comprennent bien que ces symptômes sont liés à la ménopause.

M11 : « *(...) elles viennent surtout se plaindre des bouffées de chaleur. Mais si on leur explique que ça fait partie des symptômes de la ménopause, elles sont pas forcément demandeuses de traitement hormonal. »*

2. Les autres plaintes des patientes

- Les infections urinaires récidivantes

M2 : « *Moi je trouve que je suis plus sollicitée pour les troubles post-ménopausiques, avec des problèmes au niveau d'infections urinaires récidivantes (...).* »

- Une prise de poids et les troubles du sommeil

M5 : « *Je pense que ça doit plus correspondre à une plainte pour les troubles du sommeil aussi, ou la prise de poids, et puis on n'arrive pas à perdre du poids et voilà ça j'en parle.* »

- Les troubles de l'humeur

M9 : « *(...) souvent elles se disent « je suis plus irritable, je suis plus fatiguée... », elles sentent un changement de personnalité, changement dans leur comportement, puis en même temps ça veut dire aussi pour elles vieillissement quand même... beaucoup de femmes le ressentent comme ça.* »

M12 : « *Les autres signes, les troubles de l'humeur etcetera c'est pas forcément quelque chose que elles vont rapporter à la ménopause, et alors c'est là où moi j'aborde plutôt ce sujet-là et dans ces cas-là on met des traitements s'il faut en mettre (...).* »

- La sécheresse vaginale et troubles de la libido

Selon un médecin interrogé il existe un lien entre le fait d'être un médecin homme et la difficulté pour les patientes de parler de leurs sécheresses vaginales et troubles de la libido.

M12 : « *J'en ai quelques-unes qui s'en plaignent, après j pense que le fait que je sois un homme il y a pas mal de patientes qui osent pas forcément en parler mais j'ai quelques patientes que je suis très régulièrement qui s'en plaignent.* »

Pour un autre médecin de l'étude exerçant en milieu semi-rural, les patientes se plaignent peu de ce type de trouble, probablement par pudeur.

M9 : « *Ces femmes-là aiment bien vivre leur ménopause en disant « j'veux rester quand même féminine, avoir de la libido, avoir tout ça » (...). Mais nous dans notre « semi-campagne » ici, c'est quand même assez rare.* »

C. Différents traitements proposés par les médecins en fonction des plaintes

1. Les règles hygiéno-diététiques

Une médecin interrogée préconise des règles hygiéno-diététiques pour lutter contre les bouffées de chaleur.

M7 : « *Et puis les mesures d'hygiène qu'on connaît, éviter les bains chauds le soir éviter de consommer de l'alcool, éviter le tabac, tout ça, 'fin tout ce qu'on sait qui peut favoriser aussi les bouffées de chaleur.* »

2. Les traitements des bouffées de chaleur

a. L'homéopathie

L'homéopathie est prescrite pour temporiser lors de bouffées de chaleur invalidantes par l'une des participantes.

M3 : « Je prescris parfois pour celles qui sont vraiment très embêtées, pour temporiser un petit peu, je mets un peu d'homéopathie, un petit peu de FSH en homéopathie. »

Des médecins interrogés ont tendance à introduire de l'homéopathie en première intention dans cette indication.

M13 : « Après, en première intention quand elles ont des bouffées de chaleur, souvent je leur propose déjà de l'homéopathie, bizarrement j'suis pas très homéopathie mais pour la ménopause, je leur propose en première intention du style lachesis mutus ou glonoïnom. »

M5 : « On peut essayer de l'homéopathie parce qu'il y a des petites formules d'homéopathie avec un truc qui s'appelle belladonna... Enfin j'avais une petite formule qui doit être notée dans un petit coin, donc voilà. »

M9 : « Maintenant on parle parfois un peu d'homéopathie, Ménophytea® des choses comme ça. Après je leur dis qu'il faut essayer, ce qui va marcher pour l'une va pas marcher pour l'autre, certaines sont contentes et disent que ça a bien marché qu'elles ne sont pas embêtées. »

M11 : « Alors pour les bouffées de chaleur, parce-que c'est surtout ça qui est dominant chez les patientes, je leur prescris un peu d'homéopathie, lachesis mutus une dose une fois par semaine, par exemple tous les dimanches. »

b. La phytothérapie

i Conseillée par certains médecins

Plusieurs médecins proposent la phytothérapie à leurs patientes pour lutter contre les troubles vaso-moteurs.

M1 : « (...) il y a d'autres petits traitements, de la phytothérapie ou des choses comme ça qu'on peut essayer. »

M12 : « Alors moi en général je leur conseille de prendre de la phytothérapie en première intention, de se faire conseiller par la pharmacie de secteur qui fait bien ça. »

Selon un médecin généraliste de l'étude, ce type de traitement a toute sa place lorsque les patientes se plaignent tardivement de symptômes liés à leur ménopause.

M7 : « (...) je trouve que la plupart des patientes quand elles s'en plaignent des fois on est un petit peu tard, (...) on arrive tardivement et du coup l'instauration d'un traitement pour la ménopause des fois c'est tout juste pour des risques cardiovasculaires, surtout vu l'âge, (...) donc souvent j'ai tendance à essayer, je sais que c'est pas toujours efficace mais chez certaines patientes ça marche, des traitements un peu à base un petit peu de phytothérapie, j'essaye le Séréllys®. »

ii Pour d'autres médecins, un traitement inefficace

Cependant, certains médecins interrogés estiment que les traitements dits naturels sont inefficaces, jugeant certaines patientes parfois peu réceptives à ces thérapeutiques.

M4 : « Ça marche pas ! »

M6 : « Je leur explique qu'il y a d'autres choses qui existent mais que l'efficacité des autres thérapeutiques médicamenteuses que ce soit la phytothérapie ou les autres traitements n'est pas terrible. »

M8 : « (...) y'en a qui sont pas du tout réceptives à ce genre de thérapeutique, alternative. »

c. Autres traitements

i Abufène®

Des médecins de l'étude prescrivent de l'Abufène® pour lutter contre les bouffées de chaleur, qui semble être efficace chez certaines patientes.

M3 : « Après sinon il y a des fois des trucs un peu plus... genre Abufène® pour les bouffées de chaleur. »

M5 : « Alors, je commence souvent par Abufène® pour les bouffées de chaleur en disant bien qu'on peut aller jusqu'à trois par jour, un ou deux ou trois, que ça marche ou que ça marche pas. »

M9 : « Y'a l'Abufène®, pour des patientes ça a bien marché. »

ii Catapressan®

Un médecin interrogé prescrit du Catapressan® à ses patientes présentant des troubles vaso-moteurs, avec une efficacité relative.

M10 : « Y'a un vieux médicament qui marche pas mal, c'est le Catapressan®, un demi milligramme de Catapressan® ça marche à peu près une fois sur deux sur les bouffées de chaleur. »

3. Topiques locaux pour les sécheresses vulvo-vaginales

a. Non hormonaux en première intention

Les topiques locaux non hormonaux sont privilégiés par la plupart des médecins interrogés dans le traitement des sécheresses vaginales.

M2 : « Moi je travaille avec souvent des topiques locaux, Colpotrophine®, Trophicreme®... des ovules... »

M5 : « Alors oui, j'aime bien les ovules de Cicatridine®, ou la crème Cicatridine®, parce que c'est que de l'acide hyaluronique, donc ça ça marche bien en plus. (...) Mais je donnerai toujours la priorité à Cicatridine®, non hormonal. »

M7 : « Si c'est par exemple sécheresses vaginales, je vais d'abord essayer un traitement local, alors je pars pas tout de suite forcément sur des hormones, j'essaye d'essayer des traitements à base d'acide hyaluronique tout ça, des gels lubrifiants, des ovules. »

M13 : « Après au niveau sécheresses, notamment sécheresses vaginales, là aussi en première intention souvent je propose plutôt des traitements soit par ovules ou crèmes vaginales, à base plutôt d'acide hyaluronique (...). »

Ce traitement n'est cependant pas remboursé, contrairement au traitement hormonal.

M5 : « Le seul truc embêtant c'est que c'est pas remboursé, donc j'essaye de proposer par cures. »

M13 : « Le problème des traitements à base d'acide hyaluronique, c'est clairement qu'ils ne sont pas remboursés. Par contre quand je commence à leur dire bah effectivement c'est vrai que le paradoxe de la sécu c'est que le traitement hormonal est remboursé (...). »

b. Hormonaux en cas d'inefficacité

Les topiques locaux hormonaux sont proposés en seconde intention si les topiques locaux non hormonaux s'avèrent inefficaces.

M7 : « *Et puis quand je vois que ça fonctionne pas forcément et qu'elles ont pas de contre-indication, je vais facilement aux œstrogènes locaux en fait en crème, et ça je trouve qu'il y a souvent un bon retour.* »

M13 : « *(...) si jamais c'est inefficace c'est vrai que je passe à une hormonothérapie locale, du style Colpotrophine®.* »

En revanche, certains médecins interrogés les proposent en première intention.

M6 : « *Alors si la plainte est essentiellement la sécheresse intime je leur propose une oestrogénothérapie locale, par voie vaginale.* »

M12 : « *Ça par contre je peux être amené, s'il y a pas de contre-indication, à prescrire des traitements, des topiques à base d'œstrogène ou autre pour soulager.* »

4. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM)

a. Une méfiance de la part des médecins

De nombreux médecins interrogés dans notre étude expriment une certaine méfiance vis à vis du THM, responsable d'une baisse conséquente de prescription de ce traitement dans leur pratique.

M3 : « *Alors, pas forcément médicaments d'ailleurs, parce-que je deviens un peu prudente avec tout ce qui est hormones, les progestatifs et tout ça... donc voilà, je me méfie un petit peu maintenant.* »

La prescription du THM est peu incitée à la fois par certains généralistes mais aussi par les gynécologues, qui conseillent aux patientes de temporiser l'instauration d'un traitement hormonal.

M3 : « Depuis qu'elles passent par le gynéco et que le gynéco dit souvent « non c'est pas obligatoire, on attend », voilà il y en a très peu qui prennent des substitutions. »

M4 : « J'ai remarqué qu'on diminuait un peu le traitement médical, je pense que même les gynécologues sont un peu plus frileux à l'utiliser, à le mettre en place. »

i Par discréditation dans les études faites sur le THM

Des médecins ont constaté la chute des prescriptions du traitement hormonal suite aux résultats de la fameuse étude américaine de la Women's Health Initiative.

M1 : « C'est-à-dire quand je me suis installé, il y avait beaucoup de traitements substitutifs prescrits, et j'allais dire depuis les années 1990 il y en a beaucoup moins. Je pense que c'est lié aux études sur les effets nocifs des traitements hormonaux substitutifs. »

M5 : « Je ne compte pas sur le traitement hormonal substitutif, parce qu'au début où on a commencé à le prescrire, il est sorti cette étude américaine qui n'allait pas du tout avec nous parce qu'on n'avait pas les mêmes habitudes ni en molécules, ni en dosages, mais n'empêche que ça a mis un bon coup d'arrêt. »

ii Par peur des risques qu'il implique

En effet, certains médecins sont inquiets du sur-risque de cancer et de pathologies cardio-vasculaires dont le traitement hormonal pourrait être responsable, et notamment des conséquences médico-légales qui pourraient en découler.

M7 : « (...) c'est plutôt la peur de l'introduction, pour le risque cardio-vasculaire, de me dire si je suis bien dans les clous sur le plan cardio-vasculaire, est ce que ça va pas déclencher quelque chose sur le plan cardio-vasculaire qui va se majorer derrière (...). Et sur le plan cancéro pure, de pas passer à côté d'un néo du sein, ou tout ce qui peut être aggravé par l'hormonothérapie. »

M8 : « Je pense aussi qu'on nous a pas mal fait flipper avec ça pendant nos études, avec le risque de cancer tout ça. »

M9 : « Bah avec ce risque, qui pourrait nous retomber sur le dos ! J'veux dire après la dame elle va dire « j'ai chopé un cancer, Docteur vous m'avez prescrit des hormones », donc plus par sécurité. »

M10 : « Euh bah c'est toujours pareil, la peur d'avoir le cancer du sein essentiellement hein. On sait qu'il y a une petite augmentation de l'incidence, donc bon. »

M11 : « Et puis la deuxième raison c'est parce que ça augmente le risque de cancer du sein, cancer de l'endomètre et des ovaires et que c'est cher payé pour des bouffées de chaleur quoi. »

iii Un traitement de confort avec un risque supérieur au bénéfice

L'un des médecins interrogés explique qu'il considère le THM comme un traitement de confort, avec un risque potentiel trop important par rapport au bénéfice.

M12 : « Non mais en fait il me fait un peu, 'fin c'est bizarre à dire, mais il me fait un peu peur. Ça reste quand même un traitement de confort au sens large du terme, c'est pas quelque chose dont elles peuvent mourir les symptômes de la ménopause, par contre jouer sur un sur-risque avec le traitement hormonal sur le risque des cancers hormono-dépendants, ce qui fait que je suis pas forcément à l'aise. »

b. Son initiation

i Par les médecins généralistes eux-mêmes

Certains médecins interrogés initient le THM sans consulter le gynécologue avant, notamment lorsque les délais de consultation chez le spécialiste sont longs.

M4 : « (...) c'est pas super fréquent parce qu'en général elles ont toutes une gynécologue, donc à moins que le rendez-vous soit dans six mois, souvent j'initialise le traitement. »

M6 : « Ouais généralement je le prescris moi-même oui. »

M7 : « Et puis vraiment quand tout ça est un échec, de toute façon je les réévalue toujours, et après effectivement je leur propose si elles sont dans les délais on va dire pour l'instauration et qu'elles ont pas de facteur de risque là je leur propose un traitement hormonal. »

ii Par les gynécologues

D'autres médecins interrogés orientent les patientes vers le gynécologue pour initier le THM en cas de plaintes invalidantes de leur part.

M2 : « Ben, moi je propose pas de traitement hormonal substitutif. J'avoue que j'ai tendance à les ré-orienter vers le gynécologue. »

M8 : « Moi je renvoie toujours vers le gynéco pour le prescrire. »

M11 : « (...) j'aime pas trop prescrire le traitement hormonal quoi, et si vraiment la patiente elle en a besoin, je l'adresse à un gynécologue. »

M14 : « Non là pour l'instant j'ai jamais initié de traitement hormonal, généralement je leur dis de voir une gynéco pour l'initier. »

iii *Modalités d'initiation du traitement hormonal*

Des recommandations claires

Des médecins expliquent que la prescription du THM est bien codifiée.

M1 : « *De toute manière c'est relativement bien codifié. »*

M13 : « *Bah globalement après je trouve que le traitement hormonal en soit il est pas encore trop compliqué à instaurer parce-que finalement l'œstrogène-thérapie je mets de l'Oestrodose® et puis les pressions je leur dis surtout d'alterner, 'fin pour moi c'est une à trois fois par jour et ça dépend de leurs symptômes. Et puis si elles ont encore leur utérus je leur mets aussi de la progestérone naturelle. Après je leur propose soit on fait en cycle de 25 jours ou alors on peut faire en continu, puis elles le prennent tout le temps quoi. »*

Des imageries réalisées avant l'initiation

Deux des médecins interrogés prescrivent des examens d'imagerie avant d'introduire le THM.

M4 : « *Peut-être hormis le frottis, quand elles sont ménopausées souvent avec un traitement hormonal, on fait quand même une écho utérine pour voir. »*

M14 : « *(...) à part que la mammo il faut la faire avant le traitement hormonal. »*

c. **Renouvellement**

Certains médecins acceptent de renouveler le traitement hormonal initié par le gynécologue.

M5 : « *Et je peux le renouveler si on me le demande, ça il y a pas de soucis, mais je pense que non moi je n'en ai pas initié depuis très longtemps.* »

M8 : « *Ça oui, je le renouvèle, mais pour l'instauration j'avoue que je les envoie vers le gynéco parce-que je me sens pas forcément très à l'aise.* »

M9 : « *À la limite renouveler, mais très peu.* »

M10 : « *Alors oui, je vais pas l'arrêter si un gynéco ou une gynéco l'a mis en place, oui oui je renouvèle.* »

Cependant, certains réorientent les patientes vers le gynécologue en cas de difficulté, pour réadapter la prescription si nécessaire.

M4 : « *Et puis si ça convient pas à la gynécologue, elle le met à sa sauce et puis voilà c'est tout hein.* »

M7 : « *(...) mais si elles me disent « ben ça cafouille », que ça commence à se compliquer je cède vite la main pour demander l'avis à un confrère parce que je me sens pas encore totalement légitime dans la prescription de ces traitements quoi.* »

d. Un traitement finalement peu prescrit

Au cours de notre étude, nous avons pu constater que pour plusieurs médecins interrogés, très peu de patientes sont sous THM.

M3 : « *(...) mais très honnêtement depuis deux-trois ans j'en ai quasiment plus qui sont sous traitement hormonal substitutif (...).* »

M11 : « *Honnêtement, j'ai aucune patiente sous traitement hormonal, zéro.* »

Ils évoquent les raisons suivantes :

i Des patientes qui doivent comprendre leur traitement

Un médecin de l'étude explique que toutes les patientes ne sont pas éligibles au traitement hormonal.

M4 : « (...) elles peuvent pas toutes avoir un traitement médical, elles peuvent pas toutes avoir ça. »

En effet, il implique que les patientes soient assidues dans leur suivi par dépistage, et soient aptes à comprendre le traitement.

M4 : « Bah, avant de parler traitement, il faut d'abord discuter, expliquer ce que c'est le traitement, et ce qu'on prend souvent comme traitement c'est souvent un traitement hormonal, le traitement hormonal substitutif. Faut savoir à quoi on s'engage, la surveillance, et puis faut surtout savoir au niveau de leurs antécédents s'il est possible pour elles de recevoir un traitement en tout cas médical (...). »

M12 : « Si y'a une indication qui a été posée je peux le renouveler, mais à condition qu'il y ait un suivi au moins une fois par an, pour que ce soit revalidé par le gynéco qu'on poursuit bien le traitement. »

M13 : « Je suis peut-être plus sévère quand même avec les patientes sous traitement hormonal, parce-que du coup y'a quand même des femmes qui refusent de faire le dépistage organisé, (...) mais si elles sont sous traitement hormonal je ne le renouvèlerais pas temps qu'il n'y a pas de dépistage par contre. »

Pour un médecin interrogé, le niveau d'éducation des patientes a toute son importance dans le suivi de la ménopause.

M6 : « 'Fin après ça dépend, pareil j'ai une patientèle qui est plutôt éduquée donc y'en a pas mal qui ont des gynécos et qui font parfois les démarches elles-mêmes (...). Par le mot « éduquée » j'entends des patientes d'un niveau socio-culturel élevé et impliquées dans la prise en charge de leur santé. »

ii Un traitement réservé aux patientes très invalidées

D'autre part, le THM est réservé aux patientes très invalidées par leur troubles liés à la ménopause.

M2 : « *Depuis que les recos sont plutôt de ne donner des traitements qu'en cas de troubles importants, ben de ce fait je pense que la ménopause est devenue quelque chose de relativement naturel (...).* »

M4 : « *Donc celles qui ont vraiment des grosses bouffées de chaleur et qui n'en peuvent plus, bah non elles vont quand même prendre le traitement, parce que ça les calme quand même bien quoi.* »

M11 : « *Vraiment si elles se plaignent fort, je leur dis d'aller voir un gynécologue et de voir avec lui s'il veut prescrire un traitement hormonal (...)* »

M13 : « *Et après si vraiment elles sont fort gênées, je peux introduire un traitement hormonal, à condition qu'elles font bien leur dépistage.* »

iii Des contre-indications qui font peur

Les médecins sont vigilants vis-à-vis des contre-indications au traitement hormonal.

M5 : « *J'essaye d'être attentive aux antécédents familiaux de cancer du sein, car pour moi ça ça reste une contre-indication majeure du traitement hormonal substitutif* »

M12 : « (...) *déjà je vérifie qu'il y ait pas de contre-indication à la mise en place d'un traitement hormonal substitutif (...). Après s'il y a vraiment une demande et qu'il y a pas de contre-indication à priori, je les adresse vers des confrères pour mettre en place des traitements parce-que moi je suis pas forcément très à l'aise avec ça.* »

D. Les demandes de traitements des patientes

Selon certains médecins de notre étude, les patientes sont demandeuses de traitement, parfois par bouche à oreille dans l'entourage, mais aussi par ce qu'elles peuvent lire dans la presse.

M6 : « *Oui oh bah si elles en ont entendu parler par une sœur ou quelqu'un de l'entourage, sinon généralement y'a pas... Enfin sauf s'il y a du bouche à oreille de quelque chose qui a fonctionné dans l'entourage (...).* »

M8 : « *Mais ouais ça peut arriver que les dames elles demandent parce qu'elles ont entendu ou qu'elles ont vu des fois dans les magazines (...).* »

M9 : « *Ah ouais, elles peuvent dire « ma voisine a des bouffées de chaleur, qu'est-ce que vous donnez ? », ou « j'en ai une qui prend du calcium » (...).* »

Un des médecins signale que seulement un quart des patientes ménopausées réclame un traitement.

M9 : « (...) *mais celles qui disent « Docteur il me faut un truc pour ma ménopause », peut-être un quart, mais pas plus (...)* »

1. Une demande rare de THM

Un médecin explique qu'il n'est pas fréquent que ses patientes lui demandent un THM, mais il arrive parfois que des patientes soient en demande de ce traitement après en avoir entendu parler dans leurs connaissances.

M12 : « *C'est assez rare qu'on me réclame un traitement hormonal, ça peut si elles ont des connaissances qui ont eu une ménopause avec beaucoup de signes, des bouffées de chaleur etcetera et qui ont été très soulagées par un traitement hormonal, c'est vrai qu'elles vont en parler mais moi dans ce cas-là je les adresse.* »

2. Une demande de vitamine D

Un médecin rapporte que ses patientes ont tendance à demander une supplémentation en vitamine D.

M12 : « *Euh des fois elles réclament de la vitamine D, ça c'est souvent quelque chose qui vient de la part des patientes.* »

3. Un traitement pour les sécheresses vaginales

Une autre médecin interrogée est sollicitée par ses patientes pour prendre en charge leurs sécheresses vaginales.

M13 : « *C'est plus pour la sécheresse vaginale j'trouve, 'fin plus par rapport aux rapports finalement (...)* »

4. Un traitement non hormonal en première intention

Pour une autre généraliste, les patientes sont demandeuses de traitement lorsque les troubles sont invalidants. Elles essayent en première intention un

traitement non hormonal, et lorsqu'elles sont rassurées, elles sont prêtes à essayer un THM.

M7 : « (...) je dirais plutôt qu'elles sont d'abord dans l'attente d'essayer des traitements non hormonaux initialement et puis après si elles sont vraiment rassurées, elles sont prêtes à passer au traitement hormonal. »

5. Certaines patientes ne demandent rien

La ménopause est vue comme un phénomène naturel par les patientes, selon les médecins interrogés.

M2 : « (...) je pense que la ménopause est devenue quelque chose de relativement naturel, et euh... Peut-être que les femmes de ce fait assimilent de façon... Bah comme dans un parcours de vie, mais sans cette demande médicale qu'il pouvait y avoir avant. »

De ce fait, les médecins de notre étude sont moins sollicités pour les THM, car leurs patientes sont informées sur le risque de cancer et sont donc à la recherche de traitements plus naturels.

M4 : « Et mêmes les femmes elles hésitent de plus en plus à prendre ce traitement à cause des risques. Quand elles regardent sur internet les risques ça les refroidit un petit peu quoi. »

M3 : « Depuis deux-trois ans je trouve que les traitements substitutifs la plupart du temps elles n'en veulent plus. »

M7 : « (...) elles me demandent pas forcément tout de suite des hormones, parce que d'ailleurs ça leur fait peur la plupart du temps. Dès qu'on dit « on va mettre un traitement à base d'hormones », elles sont aussi frileuses par rapport à la prescription (...) »

E. Prévention de l'ostéoporose chez la femme ménopausée

1. Des règles hygiéno-diététiques

La prévention de l'ostéoporose chez les patientes ménopausées passe avant toute chose par la préconisation de l'activité physique et de l'arrêt du tabac.

M5 : « *Donc calcium, vitamine D, tabac, est-ce qu'on peut l'arrêter ou le diminuer, et puis l'activité physique ! Moi je trouve que c'est une bonne façon de lutter contre l'ostéoporose et donc voilà, c'est toujours ce que je préconise.* »

M9 : « *(...) il faut préserver le capital osseux. D'où l'activité physique, l'apport de calcium, l'apport d'une alimentation saine (...).* »

Une médecin interrogée réévalue les apports calciques avec les patientes et leur donne des conseils nutritionnels.

M8 : « *Après calcium bah c'est tout, je revois l'alimentation, un petit peu expliquer ce qu'elles peuvent manger, ce qu'il faut manger, ce qui est riche en calcium, les os tout ça.* »

2. Une supplémentation vitamino-calcique non systématique

Plusieurs médecins généralistes de notre étude supplémentent leurs patientes en vitamine D. La supplémentation calcique n'est pas systématique.

M7 : « *Après je les supplémente systématiquement en vitamine D, on sait que la ménopause ça favorise forcément tout ce qui est carence, et puis forcément y'a une diminution un petit peu, 'fin on va dire une fragilité osseuse, donc je les supplémente systématiquement en vitamine D. »*

M13 : « *Elles sont toutes supplémentées en vitamine D de base, 'fin je fais des ampoules mensuelles dans ces cas-là. Euh... C'est vrai que j'ai pas forcément le réflexe de les mettre sous calcium-vitamine D d'emblée, mais je les mets sous vitamine D en tout cas. »*

M14 : « *bah dans ce cas-là c'est une supplémentation en vitamine D et calcium, après si elles ont une alimentation normale, éventuellement des ampoules de vitamine D, à part ça bah après y'a le traitement hormonal qu'on peut proposer en effet. »*

Pour d'autres, la supplémentation en vitamine D n'est pas systématique.

M8 : « *La vitamine D c'est vrai que j'en prescris mais pas à toutes. C'est vrai que si on parle pas de ça j'y pense pas forcément. »*

M12 : « *Bah en général c'est toujours une supplémentation vitaminique et un apport calcique (...). Mais à la ménopause je vais pas forcément avoir tendance à la proposer systématiquement. Si y'a pas de point d'appel, si y'a pas de fracture, je vais pas forcément y penser. »*

3. Certains médecins instaurent des biphosphonates après réalisation d'une densitométrie osseuse

Des médecins prescrivent la densitométrie osseuse (DMO) dans le cadre du dépistage de l'ostéoporose chez la femme ménopausée puis traitent en fonction des résultats.

M10 : « Alors, oui là oui, donc là ben je fais faire une densitométrie, et en fonction de la densitométrie, traitement ou pas traitement. »

M9 : « Alors après il y a tous les traitements qu'on met facilement en route, les traitements contre l'ostéoporose. Et là il y en a un paquet, puis maintenant ce qui est bien par exemple, c'est comment le dernier là... Gastro-résistant, Actonel® je crois, gastro-résistant c'est bien (...). Moi c'est quand même un des sujets où j'insiste le plus, le confort de vie puis après penser à plus tard, il faut préserver le capital osseux. D'où l'activité physique, l'apport de calcium, l'apport d'une alimentation saine, et après s'il faut avec les densitométries (...). »

D'autres prescrivent l'ostéodensitométrie uniquement en cas de facteurs de risque avérés d'ostéoporose.

M11 : « Bah si elles sont ménopausées avant l'âge, c'est-à-dire une ménopause précoce, entre 40 et 45 ans, je propose une ostéodensitométrie et en fonction du résultat on introduit un traitement avec l'avis du rhumato (...). »

M13 : « (...) alors si elles ont des facteurs de risques j'propose une ostéodensitométrie pour voir un petit peu ce qu'il en est. »

Cependant, aucun médecin de notre étude n'a recours au THM pour la prévention de l'ostéoporose.

M6 : « Ouh bah là j'ai des progrès à faire. Le dépistage et le traitement de l'ostéoporose oui, la prévention par le THM ça je pratique pas vraiment quoi. »

IV. Le suivi gynécologique des femmes ménopausées : organisation et acteurs

A. Les médecins généralistes hommes : un frein au suivi ?

La plupart des médecins interrogés dans cette étude s'accordent sur le fait qu'une médecin femme a plus de facilité à communiquer avec les patientes au sujet de leur ménopause qu'un médecin homme et ce d'autant plus que les plaintes sont intimes.

M1 : « *Alors c'est pas qu'une histoire de religion ou autre, je pense qu'il y en a pour qui elles sont plus à l'aise pour en parler avec une femme plutôt qu'un homme. »*

M7 : « *Totalement. Alors ça oui, parce-que je le vois bien quand je remplace mon confrère, qui pour le coup dès que les patientes viennent me voir pour des examens gynécos, comme il ne fait pas de gynéco, à chaque fois elles me disent « ah bah quand j'ai vu que vous faisiez de la gynéco, tout de suite je suis venue, parce-que je me voyais pas parler de ces problèmes avec Monsieur un tel », je l'ai tout le temps ça, tout le temps. »*

M8 : « *Ah bah oui, de toute façon je le vois, mes deux collègues sont des hommes et des fois j'ai des dames qui prennent rendez-vous avec moi, pas forcément ménopause, mais pour des motifs gynécos, plutôt que de voir le médecin qui les suit. Alors la ménopause c'est peut-être moins intime et elles du coup elles sont peut-être plus enclines à en parler quel que soit le sexe, mais je pense quand même qu'elles s'adressent peut-être plus facilement à une dame. »*

M10 : « *(...) si elles veulent un examen gynécologique, elles vont plutôt le faire chez les femmes, pour moi c'est clair. »*

M11 : « *Je dirais que oui, je dirais qu'une femme aurait plus de facilité à parler avec un médecin généraliste femme (...). »*

Le vécu personnel de certaines femmes médecins généralistes favoriserait les échanges avec les patientes.

M8 : « *Oui je me sens impliquée parce que déjà je me mets à leur place aussi, du coup en tant que femme forcément on se met un peu à la place. »*

M5 : « *Bienvenue au club ! Bah je suis une fille, j'ai 60 ans, je suis ménopausée. Il y a des choses que j'ai vécu, d'autres non, mais c'est une étape importante. Donc oui je trouve que c'est une étape impliquante, oui ! »*

Pour deux médecins hommes, ainsi qu'une médecin femme, il n'y a pas de lien entre le sexe du médecin interrogé et un frein à aborder ce sujet.

M3 : « *D'un patient à l'autre, certaines femmes acceptent à parler à des femmes, d'autres à des hommes, de voir un gynéco femme, de voir un gynéco homme. Ça dépend... (...) Donc dire si le fait d'être une femme c'est plus facile... Aucune idée, j'en sais rien, je sais pas. Je pense que ça dépend vraiment des patientes. »*

M4 : « *Oh pas du tout non non, je trouve que les femmes sont très à l'aise avec ça, beaucoup moins coincées que les hommes, que ce soit les problèmes sexuels ou gynécologiques, elles sont vraiment à l'aise les femmes, donc y'a pas de souci. »*

M12 : « *Mais je pense pas que les patientes ou moi on va être plus limités dans le fait d'aborder le sujet, je pense qu'elles en parlent assez facilement (...).* »

Néanmoins un médecin estime être moins sensible face aux plaintes des patientes, du fait d'être un homme.

M12 : « *(...) après mon implication dans le fait de comprendre les symptômes, le fait d'être un homme je suis peut-être un peu moins... Moi je vois le côté où elles sont pas en danger et si je mets un traitement, notamment hormonal substitutif où il y a un risque potentiel, et du coup je vais peut-être être pas assez sensible à la gêne occasionnée par les symptômes de la ménopause. »*

Un autre médecin évoque que le frein à l'échange sur ce sujet avec les patientes serait plutôt d'avoir une trop grande familiarité avec elles.

M9 : « *Pas spécialement d'être un homme, mais plutôt d'avoir un relationnel particulier, comme on disait avant être le médecin de famille c'est bien, mais dans ce sens-là ça peut être un petit peu... Si tu les connais trop, si t'as trop de familiarité, ça pose problème. Donc le fait d'être un homme peut-être un frein, mais ça dépend toujours de la motivation de la patiente, si la patiente est motivée, homme ou pas homme il n'y a pas de problème, personne ne va la freiner.* »

B. Le suivi par dépistage

1. Le frottis

a. Des médecins qui en pratiquent

Certains médecins n'éprouvent pas de difficulté à réaliser les frottis de leurs patientes.

M5 : « (...) *et tout ce que je peux faire comme frottis je le fais, toutes les dames qui veulent bien que je le fasse je le fais y'a pas de souci.* »

M13 : « Oui oui je fais aussi tout ce qui est pose de stérilet, implant, tout ça donc la gynéco ça va. »

M14 : « *Ah oui bah pour les frottis moi j'les fais (...)* »

Une médecin interrogée, réalise encore quelques frottis mais les réserve à ses patientes ménopausées qui ont un suivi ponctuel par leur gynécologue.

M2 : « (...) *il y en a qui ont un suivi même assez tardif, et il y en a d'autres qui ont un petit suivi ponctuel. C'est plus des fois celles-ci chez qui je vais faire un frottis. (...) Moi j'en fais un petit peu mais très peu.* »

Un médecin interrogé réalise les frottis chez ses patientes qui sont réticentes à aller voir quelqu'un d'autre.

M6 : « (...) de temps en temps il y a des patientes qui sont vraiment réticentes, il y a encore des patientes à qui je fais des frottis moi-même (...) »

Selon un médecin de l'étude, certaines patientes souhaitent être suivies par leur généraliste sur le plan gynécologique.

M7 : « Enfin en tout cas les patientes viennent spontanément, « ah au fait vous faites des examens gynécos ? Ça m'intéresse ! Ah parce-que les délais sinon c'est compliqué ! ». Et c'est là où je me rends compte où elles sont pas du tout dérangées, à priori, d'être suivies par un médecin généraliste. »

b. Des médecins qui laissent le choix aux patientes

Plusieurs médecins laissent le choix à leurs patientes de choisir entre eux et leur gynécologue pour la réalisation des frottis.

M5 : « Bah oui si elles veulent bien que je le fasse je le fais, si elles veulent qu'on trouve un gynéco, on trouve un gynéco y'a pas de souci ! »

M7 : « (...) du coup quand je vois qu'elles ont pas retrouvé de gynéco et quand je vois les délais qu'elles vont avoir pour voir un gynéco, je fais le relai très rapidement en leur demandant « c'était quand votre dernière mammo ? C'était votre dernier frottis ? », et là bah c'est moi qui le prévois en leur disant que bien sûr après si par la suite elles veulent avoir un suivi avec un gynéco, voilà y'a aucun problème. »

M13 : « Bah je leur parle quand même de qui sont les gynécos du coin, puis après si je vois qu'elles sont réfractaires je leur dis qu'on peut le faire à l'occasion d'une consultation aussi à mon cabinet du coup, comme elles me connaissent déjà c'est parfois plus simple. »

c. D'autres qui n'en font pas

i *Par crainte de conséquences médico-légales*

Un médecin de notre étude éprouve une réticence à réaliser les frottis en raison d'une crainte de conséquences médico-légales au décours, par le fait de réaliser un examen gynécologique en tant qu'homme.

M1 : « *Bah un désintérêt puis les conséquences euh... j'allais dire médico-légales que ça peut avoir quoi. Fin examiner une femme seul dans un cabinet médical pour un mec ça devient compliqué quoi, surtout sur le plan gynéco. Après on sait jamais ce qu'il peut se passer donc euh, j'ai eu des amis qui ont eu des soucis quoi, donc j'ai pas envie d'avoir les mêmes quoi. »*

ii *Par désintérêt*

Plusieurs médecins évoquent un désintérêt à réaliser ce geste.

M1 : « *(...) d'abord je pense que ça ne m'intéresse pas, faut être logique (...) »*

M6 : « *Je les fais plus beaucoup parce-que c'est pas ma tasse de thé, pour être clair. »*

iii *Par manque de formation*

Une médecin interrogée parle d'un manque de formation à ce geste.

M8 : « *(...) mais frottis je fais pas. Franchement la gynéco c'est vraiment pas mon truc... Je pense que j'ai manqué de formation aussi pendant mon internat et du coup je suis pas très à l'aise en gynéco donc je préfère le laisser à d'autres. »*

iv Par manque de temps

De plus, le geste est considéré par de nombreux médecins de l'étude comme chronophage comme évoqué plus haut.

v Par des réticences également du côté des patientes

Certains médecins de l'étude ressentent des réticences de la part de leurs patientes.

En effet, certaines patientes semblent être peu demandeuses à réaliser leur frottis chez leur médecin généraliste. Une médecin interrogée évoque notamment l'idée qu'il faut du temps pour obtenir l'accord de la patiente pour faire réaliser ce geste par le médecin généraliste.

M1 : « *J'avoue que j'ai pas de demande pour faire des frottis. »*

M5 : « *Oui moi je parle toujours de frottis, mais c'est toujours la même chose quand on parle de frottis c'est « ah ben je suis réglée » ou bien « j'ai ceci, j'ai cela », moi j'irai jamais vérifier, donc on dit oui et on marque qu'on a pas fait de frottis et qu'il faut redemander. Mais des fois c'est long pour obtenir l'assentiment de la patiente. »*

Un des médecins interrogés parle d'une potentielle gêne de la part des patientes, par familiarité avec le médecin traitant.

M9 : « *Et puis après peut être un rapport différent avec les patientes, peut être que ça les gênerait aussi pour certaines qu'on fasse le frottis. »*

L'une des médecins de l'étude explique qu'il y a un impact de la pandémie de COVID-19 dans le suivi et les dépistages des patientes.

M5 : « *C'est compliqué là je trouve parce qu'il y a eu le Covid, et donc je pense qu'il y a un certain nombre de choses qui sont passées à la trappe et faut qu'on récupère tout ça.* »

d. Les médecins interrogés qui ne réalisent pas de frottis délèguent le geste

- Au laboratoire

M1 : « *Donc je les envoie faire des frottis dans des laboratoires.* »

M4 : « *(...) de plus en plus, des fois pour faire les frottis (...) des fois y'a même certains labos qui les font.* »

M10 : « *Le frottis avant je le faisais moi-même, mais j'ai plus le temps. Donc souvent, je le fais faire soit au labo, soit par une sage-femme du coin.* »

Un des médecins explique que les laboratoires de son secteur ne réalisent plus les frottis.

M9 : « *Parce que les labos ne le font plus non plus, nous dans le coin les labos nous disent qu'ils n'en font pas.* »

- Aux internes en stage lorsque les médecins sont MSU

M1 : « *Alors après, j'ai de la chance d'avoir des internes qui les font à ma place parfois, mais moi je le fais pas.* »

- Aux sages-femmes

Certains médecins adressent facilement leurs patientes aux sages-femmes, pour effectuer les frottis.

M4 : « (...) de plus en plus, des fois pour faire les frottis j'envoie chez la sage-femme (...). »

M9 : « Ah bah maintenant y'a tout ce qui est sage-femme, et après les gynécos (...). »

Selon d'autres médecins de notre étude, il existe des limites au suivi gynécologique par frottis chez les sages-femmes pour les patientes ménopausées. En effet, ils estiment que les connaissances des sages-femmes sur la ménopause peuvent être limitées, et qu'il faut conserver un référent gynécologue.

M9 : « (...) les sages-femmes qui normalement suivent les grossesses au départ, et qui maintenant suivent les infections urinaires, qui débordent beaucoup de leur domaine hein. Alors nous on ne râle pas parce-que ça nous arrange quelque part, mais déontologiquement c'est pas bon, faudrait voir de vrais gynécos tout ça. »

M12 : « (...) la sage-femme chez la femme ménopausée elle est parfois un peu moins à l'aise, surtout s'il faut prescrire des traitements elle va être vite limitée (...). »

Pour une autre médecin interrogée, les sages-femmes s'occupent plutôt du suivi des femmes jeunes, et sont sollicitées pour les femmes ménopausées pour la rééducation périnéale.

M3 : « Sage-femme oui, mais sage-femme c'est plus tôt. Enfin, si ça peut être dans le cadre de la ménopause, mais plutôt quand il y a des troubles du périnée avec fuites urinaires. Donc là c'est sage-femme pour rééducation. Les frottis chez les sages-femmes, c'est vrai que ça arrive, mais c'est plutôt chez les plus jeunes. »

- Aux gynécologues

M4 : « *Oui oui bien sûr, mais sinon je conseille quand même la gynécologue. Elles sont plus habituées que nous, moi je fais pas ça tous les jours.* »

M8 : « *Bah c'est le gynéco du coup.* »

- Au consœurs médecins généralistes orientées gynécologie au sein du même cabinet

M6 : « *Les frottis je ne les fais pas, je les fais passer soit par le gynéco soit par ma consœur au cabinet qui elle pratique les frottis. Donc voilà ça peut être soit ma collègue généraliste soit leur gynéco habituel.* »

M12 : « *(...) par contre du coup j'oriente vers des médecins généralistes qui font de la gynéco, qui ont le DU, y'en a dans l'environnement proche au travail, y'en a une dans la même maison médicale que moi (...).* »

Pour autant, les médecins interrogés s'assurent que le suivi est bien réalisé même s'il est délégué.

M12 : « *(...) je fais plus de frottis mais par contre je surveille que ce soit fait dans les temps.* »

2. La palpation mammaire au cabinet

Les médecins interrogés réalisent la palpation mammaire au cabinet.

M1 : « *(...) bon la palpation des seins on peut le faire c'est pas gênant (...).* »

M8 : « *Ouais, ouais. J'avoue au cabinet je fais palpation mammaire, si j'ai la moindre anomalie, je leur prescris la mammo (...).* »

3. Mammographie

Grâce au dépistage organisé, la plupart des médecins interrogés s'occupent du suivi par mammographie.

M1 : « *Je parle des frottis, les mammos elles le font avec le dépistage (...) organisé.* »

M3 : « *(...) une fois qu'elles ont leur invitation ADCN elles peuvent aller faire leur mammo comme ça.* »

M10 : « *(...) elles reçoivent aussi le dépistage organisé de l'ADCN hein.* »

M11 : « *Alors la mammographie normalement elles ont l'ADCN, tous les deux ans, ça je vérifie toujours quand elles viennent me voir les patientes « vous en êtes où de la mammo ? De quand date la dernière ? » (...).* »

M13 : « *(...) de toute façon les mammographies je les reçois avec le dépistage organisé (...).* »

Il arrive que les médecins de notre étude prescrivent directement la mammographie, notamment lorsque les patientes ont besoin d'une surveillance annuelle dans le cadre d'un antécédent familial de cancer du sein.

M10 : « *Alors, mammographie bah je la prescris (...).* »

M11 : « *Et si vraiment il y a un risque de cancer dans la famille tout ça, c'est tous les ans, donc elles reçoivent tous les deux ans l'ADCN, et moi l'année qui suit je fais moi-même une ordonnance, voilà.* »

Une des médecins interrogés évoque le problème d'une lecture unique lorsque l'ordonnance est faite par le médecin traitant, en dehors du dépistage organisé.

M11 : « (...) si elles n'ont pas reçu le papier, je fais la prescription, c'est moins bien parce qu'il y a qu'une seule lecture au lieu de deux, mais je le fais. »

4. Une différence de suivi par les patientes sous THM vs sans THM ?

Non, car dans tous les cas :

a. Une surveillance régulière est nécessaire

Dans notre étude, le suivi semble globalement identique entre les patientes sous THM et celles qui ne le sont pas, mais les médecins s'accordent pour être d'autant plus vigilants à ce que le dépistage soit correctement effectué pour les patientes sous traitement hormonal.

M1 : « C'est-à-dire si c'est pour introduire un traitement hormonal substitutif et puis que la femme ne fait pas ses mammos, ne fait pas ses frottis, ça sert à rien de le faire. On met pas en place une bombe à retardement sans être sûr de pouvoir la désamorcer à temps. »

M5 : « Mais si jamais il y avait un THM c'est mammographie et frottis d'accord, ça c'est non négociable ! »

M13 : « Je suis peut-être plus sévère quand même avec les patientes sous traitement hormonal, parce-que du coup y'a quand même des femmes qui refusent de faire le dépistage organisé, les mammographies et je relance régulièrement, mais si elles sont sous traitement hormonal je ne le renouvèlerais pas temps qu'il n'y a pas de dépistage par contre. »

b. Il faut insister sur la prévention auprès des patientes

Parmi les médecins interrogés, certains insistent auprès de leurs patientes sur le fait que le suivi par dépistage reste important qu'elles soient sous THM ou non.

M1 : « (...) même s'il y a pas de traitements hormonaux substitutifs c'est la surveillance mammographique et les frottis qui doivent quand même rester en place quoi. »

M9 : « Nous on encourage, quand elles demandent si elles doivent le faire, nous on dit « bien sûr, c'est important », on est là pour enfoncer le clou quoi. Frottis et mammos, c'est important. »

c. Renforcer l'importance du suivi en s'appuyant sur le gynécologue

Une médecin de l'étude explique que lorsque les patientes n'ont pas de suivi gynécologique une fois ménopausées, elle insiste pour qu'elles consultent un gynécologue, afin de renforcer l'importance et la nécessité d'un suivi gynécologique.

M3 : « (...) aucun suivi gynéco je rouspète... Parce-que déjà normalement elles auraient dû en avoir, à partir de 50 ans c'est quand même un petit peu limite. Donc si elles en ont pas j'insiste de toute façon pour qu'il y ait un gynéco qui les voit ne serait-ce qu'une fois pour faire un petit point. Faut pas s'endosser toute la responsabilité je trouve, de tout faire pour eux, je trouve qu'à un moment c'est important de déléguer à un spé pour qu'il y ait du poids dans le fait que oui c'est important, faut le faire... »

Cependant, le manque de gynécologues médicaux se fait cruellement sentir.

C. Pénurie des gynécologues médicaux

1. Différemment perçue par les médecins interrogés

Cette pénurie est ressentie par la majorité des médecins interrogés.

M1 : « *Alors, le problème c'est la pénurie de gynécologues médicaux qui s'installe (...).* »

M3 : « *Oui, c'est énorme. La difficulté qu'elles ont à trouver un gynéco, oui c'est énorme.* »

M10 : « *Ah clairement oui, clairement oui. Les gynécos ont des rendez-vous à six mois – un an, quand ils prennent des nouveaux patients, ce qui est pas le cas pour tous, loin de là. Ouais ouais, y'a une grosse pénurie.* »

M12 : « *Ouais, bah là depuis un an sur le secteur où je suis y'a trois ou quatre gynécologues qui sont partis en retraite sans avoir de successeur, et les autres prennent plus de nouveaux patients.* »

Elle semble dépendre du secteur d'exercice.

M2 : « *Non parce qu'en fait sur le secteur les gynécologues exercent toujours, donc pour l'instant non.* »

M6 : « *Sur la métropole lilloise, franchement on peut pas trop se plaindre je pense.* »

Les médecins qui ont l'habitude de réaliser un suivi gynécologique de leurs patientes ne se sentent pas impactés.

M14 : « *Euh non pas tellement, parce que le suivi gynéco on le fait beaucoup au cabinet du coup... Je trouve que les femmes se suivent bien au niveau gynéco, chez le médecin traitant, parfois chez le gynécologue.* »

2. Conséquence de cette pénurie : un suivi plus compliqué

Les médecins interrogés expliquent que leurs patientes ont de plus en plus de difficultés à trouver un gynécologue.

M3 : « *La difficulté qu'elles ont à trouver un gynéco, oui c'est énorme.* »

M8 : « *(...) mais y'a quand même beaucoup de dames qui ont du mal à avoir rendez-vous.* »

En raison de ce manque de gynécologues, les délais de consultation s'allongent.

M3 : « *Donc du coup il y a toujours des délais terribles avant qu'elles puissent être suivies par quelqu'un (...).* »

M8 : « *J'ai une dame qui me vient en tête justement qui était très embêtée par des bouffées de chaleur (...) je pense qu'elle a du bien attendre cinq mois avant d'avoir rendez-vous avec sa gynéco à elle (...).* »

M10 : « *Les gynécos ont des rendez-vous à six mois – un an, quand ils prennent des nouveaux patients, ce qui est pas le cas pour tous, loin de là.* »

M12 : « *Souvent il y a des créneaux de nouvelles patientes tous les trimestres, donc faut appeler le bon jour à la bonne heure sinon il y a plus de place et faut rappeler trois mois après, donc c'est vrai que c'est souvent très difficile l'accès au gynéco en ville.* »

Les patientes doivent parcourir des trajets plus importants pour aller chez le gynécologue.

M12 : « *Je dois les adresser à vingt, vingt-cinq minutes de mon lieu d'exercice.* »

Les gynécologues se retrouvent de ce fait surchargés, et même les urgences gynécologiques s'encombrent.

M11 : « (...) *c'est pas facile d'avoir un gynécologue au bout du fil, même à l'hôpital de Tourcoing là ils m'ont dit une fois « si c'est pas de la cancéro c'est pas la peine de nous appeler on a trop de boulot. »*

M8 : « *J'en ai qui vont spontanément aux urgences gynéco même si ça le justifie pas forcément. »*

V. Pistes d'amélioration pour le suivi des femmes ménopausées

A. Améliorer l'accès aux professionnels de santé et inciter les patientes à consulter

1. Un réseau de professionnels de santé

L'un des médecins généralistes interrogés suggère de créer un réseau de professionnels de santé pour faciliter le suivi gynécologique des patientes.

M1 : « Après ce qu'on pourrait améliorer, je pense qu'on pourrait quand il y a plusieurs médecins au sein d'une ville ou même d'un canton, je pense aux CPTS ou autres, on pourrait organiser des dépistages qui seraient faits par des médecins généralistes intéressés. (...) ce serait la solution, d'après moi, à l'échelle d'une ville, à l'échelle d'un canton, à l'échelle d'une CPTS, d'une maison de santé pluridisciplinaire, de réaliser un suivi cohérent, par des gens qui seraient impliqués ou qui voudraient s'impliquer. Moi ça ne me gênerait pas d'envoyer mes patientes voir un autre médecin généraliste pour réaliser un frottis, pour réaliser d'autres gestes... la pose d'implant, la pose de stérilet, parce qu'il sait le faire. Ça ne me gênerait pas. C'est une histoire après de trouver les gens, puis il faut créer des réseaux, c'est ça qui est important, et c'est compliqué. »

2. Une consultation dédiée à la ménopause prise en charge par la sécurité sociale

a. Des médecins y sont favorables

i Pour faire le point sur le suivi

En effet pour certains médecins interrogés, cette consultation dédiée à la ménopause serait l'occasion de faire le point sur le suivi gynécologique des femmes.

M1 : « *Dans le principe pourquoi pas. Parce que de toute manière ça permettrait de faire le point sur la mammographie, de faire le point sur les frottis, et pas mal de choses. Oui, pourquoi pas. Ce serait une bonne idée.* »

M6 : « *En tout cas il pourrait y avoir une proposition, je sais pas s'il faut que ce soit particulièrement encadré etcetera avec des tarifications spéciales, mais en tout cas qu'on leur dise que c'est possible de consulter et que ça vaut le coup de faire le point, oui ça pourrait être pas mal.* »

M11 : « *Pourquoi pas oui, ce serait intéressant, de rappeler l'importance du dépistage, la prévention et voir un peu avec elles leurs troubles, de quoi elles se plaignent, oui ce serait intéressant.* »

M14 : « *(...) le fait qu'il y ait une consultation dédiée, peut-être plus de prévention et plus d'information comme quoi elles peuvent consulter pour la ménopause pour voir s'il y a un traitement à mettre.* »

ii Mais également sur le couple

Un médecin pense que cette consultation serait l'occasion pour certaines patientes de parler de leur sexualité et leur vie de couple.

M7 : « Ah ben totalement favorable, parce qu'il y a plein de femmes qui je pense ne parlent pas de leurs problèmes, qui en fait leur paraissent normaux, elles ont inclus leurs symptômes dans la normalité. (...) Elles se rendent pas forcément compte de l'impact que ça peut avoir sur leur sexualité, ou alors elles s'en rendent compte, mais en fait elles incluent ça vraiment dans la normalité ; « bah oui c'est la ménopause, c'est normal que j'ai plus de rapports avec mon mari parce que ça me fait mal », « c'est normal que j'ai plus de libido », voilà, je dirais qu'en tout cas par rapport à la sexualité ça débloquerait beaucoup de choses pour le couple. »

iii Elle permettrait une prise en charge globale de la santé de la femme

D'autres médecins imaginent cette consultation comme une opportunité de faire le point sur la santé globale des patientes.

M7 : « Mais oui bien sûr ça permettrait de faire un point global, par rapport à la sexualité dans le couple, par rapport à la femme elle-même voilà sur les symptômes qui peuvent être invalidants, les bouffées de chaleur, voilà, et à côté de ça aussi faire du dépistage, parce qu'il y a plein de femmes qui pour elles c'est pas forcément grave, or on sait que des métrorragies post-ménopausiques ça peut être dramatique. Et voilà, ça permettrait effectivement d'arriver parfois sur des diagnostics tardifs et pouvoir discuter de tout ça avec les patientes quoi. »

M9 : « C'est sûr, une bonne consultation avec un bon bilan sanguin, pour voir ce qu'il se passe, au niveau des os, éventuellement une densitométrie, une consultation comme on fait pour l'instauration de la pilule quoi. »

M12 : « Donc le fait de faire une consultation où c'est acté que c'est dédié à ça, ça permet de prendre en charge le problème dans la globalité, quand on parle des bouffées de chaleur on va pas forcément parler de la ménopause, on va pas forcément parler du changement du statut gluco-lipidique ou des choses comme ça alors que ça peut valoir le coup de le faire. Donc de faire une consultation dédiée ouais je pense que ce serait une bonne chose. »

iv Une consultation qui inciterait les femmes à parler d'un sujet parfois tabou

Certains médecins estiment qu'une consultation dédiée inciterait les patientes à parler plus facilement de leurs troubles liés à la ménopause.

M4 : « (...) ça peut toujours être intéressant si ça peut déclencher des choses et faire que du coup les femmes se disent « ah ben tiens il y a une consultation dédiée, on peut en parler, donc c'est pas un sujet tabou je vais peut-être y aller », dans ce sens-là ça peut être intéressant, y'a rien contre. »

M9 : « Ah ça je pense que ce serait bien, et j'pense qu'une consultation spécifique pousserait les gens à en parler d'avantage, c'est sûr. »

M13 : « Ah oui je pense que ce serait bien, après en pratique finalement, quand on fait une consultation gynéco à la ménopause j'pense qu'on le fait de base, mais c'est vrai peut-être qu'en sachant qu'il y a une consultation dédiée, certaines femmes se diraient « faut le faire ». »

v Attirer les femmes avec peu de revenus

Une prise en charge intégrale par la sécurité sociale de cette consultation permettrait d'attirer des patientes aux revenus faibles selon une médecin interrogée.

M5 : « Si ça peut permettre de faire venir des dames qui n'ont pas beaucoup de sous et qui n'ont pas beaucoup de mutuelle, oui pourquoi pas, bien sûr ! »

vi Une médecin est d'accord sur l'idée mais estime devoir se reformer

Une médecin est favorable à cette consultation dédiée, à condition qu'elle se reforme en amont sur le sujet.

M8 : « *Alors dans l'idée pourquoi pas, mais du coup faudrait que je me reforme. Ouais faudrait que je me rebranche là-dessus pour être plus informative, disons. »* »

vii *Comment informer les patientes de cette consultation dédiée ?*

- Par la sécurité sociale

M10 : « *Ah ouais ouais si la caisse faisait un petit peu de pub là-dessus, oui oui ça les inciterait c'est clair. »* »

- Dans le courrier de dépistage du cancer du sein

M6 : « *Bah ça pourrait être pas mal qu'en même temps que le courrier qu'elles reçoivent pour la mammographie, que pour le suivi on leur propose ça aussi. »* »

b. Des médecins n'y sont pas favorables

Une médecin ne sait pas à quel moment du suivi aborder ce type de consultation.

M2 : « *Parce-que la ménopause c'est une période assez floue dans le temps. (...) et en fin de compte j'ai du mal à imaginer quand positionner dans le parcours de la femme cette consultation dédiée. »* »

Pour une autre médecin, cette consultation équivaut à une vision cloisonnée de la prise en charge.

M2 : « *'Fin pour être honnête j'ai du mal à saisir cette vision très cloisonnée... On rémunère tel type d'acte... enfin moi c'est pas du tout ma façon de fonctionner. »* »

La consultation dédiée ne débloquerait pas le sujet avec les patientes qui ne souhaitent pas en parler, selon une participante.

M3 : « *Je suis pas opposée mais je pense pas que ça solutionne franchement le problème. Le problème il est autre, c'est quand elles en parlent pas elles veulent pas en parler, quand elles viennent pas elles veulent pas en entendre parler encore. C'est tout, c'est pas un problème d'accès financier je pense.* »

c. Les médecins qui réalisent des suivis gynécologiques devraient en informer leurs patientes dès la salle d'attente

Une médecin généraliste interrogée affiche en salle d'attente qu'elle pratique des actes de gynécologie afin d'en informer les patientes.

M7 : « *Et du coup j'ai mis en salle d'attente, et c'est depuis que j'ai mis ça, j'ai mis un mot en salle d'attente des médecins que je remplace que si besoin je faisais les examens gynécos, frottis, suivi sénologique. Et depuis que j'ai mis ce mot là en salle d'attente, j'ai un nombre de demandes qui a en 6 mois de temps, ça a doublé...* »

B. Améliorer la formation des médecins

Les médecins interrogés évoquent régulièrement un manque de connaissances sur le sujet.

M8 : « *Ah oui bah oui, en fait c'est quand on est confronté au sujet en consultation et qu'après coup on se dit, « mince je manquais de connaissances » et on se refait des petits topos en tête. Forcément, la multitude de motifs fait qu'on peut pas être bon partout et à chaque consultation, mais oui je pense que clairement j'ai des lacunes concernant la prise en charge de la ménopause, ça ouais.* »

1. Ressenti d'un manque d'enseignement pendant les études de médecine

Les médecins interrogés évoquent un manque de formation au sujet de la ménopause pendant leurs études médicales.

M7 : « *Enfin dans notre formation médicale on n'a pas eu beaucoup de cours sur la ménopause. »*

M11 : « *Oh oui clairement oui, on a un chapitre à l'ECN mais ça représente rien du tout sur le terrain... Non on n'est pas assez formé quoi. »*

M12 : « *De formation initiale c'est sûr, moi la seule formation que j'ai eu sur ça, c'était vingt minutes dans le bureau d'une gynécologue quand j'étais en stage d'interne, où on avait vingt minutes à perdre entre guillemets et où elle nous a dit « bah venez je vais vous faire un cours sur le traitement hormonal substitutif », 'fin c'était que sur ça et c'était pas sur le reste de la ménopause mais voilà c'était ce qu'on peut prescrire, les contre-indications, c'était sur une petite feuille A5 et ça a duré vingt minutes. Et de mémoire dans les études de médecine, avant l'internat j'ai pas l'impression que ce soit abordé en détails, en tout cas. Donc je pense que ouais il y a un manque de formation. »*

M14 : « *Oui en effet on n'a pas beaucoup de formation sur le sujet. »*

Le schéma thérapeutique du THM apparaît imprécis pour plusieurs médecins interrogés, qui se sentent peu à l'aise avec la prescription de ce traitement.

M7 : « (...) avec la façon aussi de délivrer en quelques sortes, c'est à dire le schéma thérapeutique vraiment à avoir, avec est-ce qu'on met en continu, est ce qu'on met du 1^{er} au 25^e jour, fin je trouve que c'est assez flou et au vu des risques cardio-vasculaires ça fait toujours peur de l'introduire, enfin en tout cas pour ma part ça me fait toujours peur de l'introduire même si les patientes elles ont pas de facteur de risque. »

M8 : « Non, je suis pas à l'aise. J'avoue que je connais pas bien le nom des spécialités, je me sens pas compétente dans le fait de prescrire le traitement hormonal substitutif en fait. Puis je sais qu'il faut qu'il y ait quand même un suivi assez régulier. Ouais je me sens pas à l'aise, autant une contraception y'a pas de problème, mais j'avoue que le traitement hormonal substitutif j'y connais... Ouais je me sens pas compétente. »

M11 : « (...) déjà parce que je le maîtrise pas très bien, je connais pas le nom des molécules, leur dosage, est-ce que c'est en crème, en patch, en crème si c'est une pulvérisation, deux pulvérisations, est-ce qu'on met plutôt un oestro-progestatif ou un œstrogène seul... »

Le chapitre sur la ménopause n'est pas suffisamment détaillé au cours du DU de gynécologie selon le médecin de notre étude qui a bénéficié de cette formation.

M7 : « Même moi en ayant fait le DU, je trouve qu'ils n'ont pas assez insisté sur la prise en charge de la ménopause (...). »

2. Un manque de FMC

Plusieurs médecins constatent qu'il existe peu de formations médicales continues sur le sujet.

M8 : « *Bah c'est pas très fréquent, j'en ai pas l'impression non.* »

M11 : « *Non pour l'instant toutes les FMC que j'ai faites, j'ai pas sélectionné ce sujet-là, mais en même temps est-ce qu'il existait ce sujet-là ? Ce sujet-là n'est pas prédominant, après en médecine générale il y a énormément de sujets qu'il faut traiter donc bon... Par exemple cette année j'ai fait deux FMC, j'ai pas choisi la ménopause mais je crois qu'il y avait pas au programme de toute façon.* »

Discussion

I. Forces et limites

A. La méthode d'étude

L'objectif de ce travail était d'étudier l'implication des médecins généralistes des Hauts-de-France dans la prise en charge de la ménopause de leurs patientes et de déterminer s'ils se sentent prêts à répondre à leurs attentes. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés semblait appropriée dans ce contexte. Ce type de recherche est tout à fait adapté en médecine générale, car elle permet d'étudier l'aspect relationnel des soins et d'en améliorer la compréhension [9].

B. Choix de l'échantillon

Les participants étaient tous des médecins généralistes, recrutés aléatoirement puis par effet « boule de neige ». Cette méthode a permis d'obtenir un échantillon aux caractéristiques diverses. Le but de la recherche qualitative n'est pas d'avoir un échantillon représentatif de la population générale, mais plutôt un échantillon qui reflète la richesse de la population et de la problématique étudiées.

C. Recueil et analyse des données

Le recueil des données s'est effectué sous forme d'entretiens individuels, à l'aide d'un guide d'entretien. La réalisation d'entretiens individuels permet aux participants de s'exprimer librement sur leur expérience et leur ressenti. Cependant, ce type d'entretien peut entraîner un biais de désirabilité sociale, qui consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. La multiplicité des entretiens permet de limiter ce biais.

Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens, en fonction de l'émergence de nouvelles idées. La suffisance des données a été obtenue après douze entretiens, et deux entretiens supplémentaires ont permis de confirmer cette saturation.

Un codage ouvert en double aveugle pour chaque entretien suivi d'une triangulation des codages a permis de limiter la subjectivité de l'investigateur principal de l'étude ainsi que le biais d'interprétation.

II. **Discussion autour des résultats**

A. Un sujet d'abord compliqué

1. Par les médecins

La ménopause n'est pas un sujet facilement abordé en consultation de médecine générale. En effet, certains médecins n'évoquent pas la question avec leurs patientes en l'absence de plaintes de ces dernières. Pourtant selon l'étude KANTAR [3] les femmes attendent des professionnels de santé que ce soit eux qui abordent le sujet en premier. Par ailleurs, dans l'étude de P.J. ROBERTS [10], 80% des femmes auraient aimé avoir plus d'informations sur la ménopause avant son installation.

Cette absence d'initiative à aborder la ménopause de la part des médecins peut s'expliquer par un manque de temps au cours d'une consultation souvent multi-motifs. Cette idée est retrouvée dans l'étude de G. LEVASSEUR et collaborateurs [11], montrant que les médecins généralistes qu'ils soient hommes ou femmes, éprouvent des difficultés dans leur pratique de la gynécologique, notamment en raison de la multiplicité des motifs de consultation. D'autres médecins expriment un désintérêt pour la gynécologie médicale [12].

Le 18 octobre est la journée mondiale de la ménopause, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui incite les nations du monde entier à

mettre en avant la santé après la ménopause, à la fois dans la recherche et dans la santé publique [13]. Pourtant, cette journée dédiée à la ménopause semble peu mise en avant dans les médias, et ne permet donc pas d'inciter les professionnels de santé à communiquer davantage sur le sujet.

2. Mais aussi par les patientes

Les freins à l'abord de la ménopause en consultation semblent également venir des patientes, qui selon les médecins de notre étude, prennent en charge seules leur ménopause, en cherchant des informations dans les médias, sur internet, mais également par échanges entre elles. Ainsi, les médecins généralistes estiment être sollicités par les patientes uniquement pour des troubles ponctuels, ou en cas de doute et non pour un suivi gynécologique sur le long terme, qu'elles préfèrent confier au gynécologue, probablement par méconnaissance sur les compétences du médecin généraliste à réaliser ce suivi. Ces données sont également retrouvées dans le travail de recherche qualitative de KC. FERREIRA, qui explique que les patientes interrogées dans son étude estiment que le médecin généraliste n'est pas compétent en gynécologie [14]. En effet, dans la thèse qualitative de C. TERRIS, cinq patientes sur douze seulement savaient que le médecin généraliste pouvait réaliser des consultations gynécologiques [2]. Il apparaît que parmi les femmes habituellement suivies par un gynécologue, une sur quatre consulte son médecin généraliste en cas d'urgence, notamment par difficulté à obtenir un rendez-vous chez son gynécologue [15].

Ainsi, il semble évident que le médecin généraliste représente une facilité d'accès, avec des délais de consultation acceptables pour des troubles gynécologiques aigus, mais les patientes préfèrent confier leur suivi de prévention à leur gynécologue, potentiellement par méconnaissance des compétences de leur médecin traitant à réaliser ce suivi.

Il apparaît donc nécessaire d'informer les patientes sur les compétences du médecin généraliste, d'une part afin de leur laisser le choix du professionnel de santé pour leur suivi gynécologique, mais également pour renforcer le lien de confiance

médecin-patient. L'étude qualitative de P. MOTTE montre justement que les femmes sont prêtes à confier leur suivi à leur médecin traitant [7].

Ces différents freins, à la fois du côté médecin et du côté patientes semblent justifier le fait que la ménopause est un motif de consultation essentiellement secondaire et peu fréquent chez le généraliste. Pourtant, la littérature suggère que la ménopause est le deuxième motif de consultation gynécologique en médecine générale [16].

Par ailleurs, des médecins de notre étude estiment que la ménopause peut être problématique pour les patientes uniquement lors de son instauration.

B. Un suivi variable selon les médecins

Des médecins parlent volontiers de la ménopause avec leurs patientes, plutôt au cours d'une consultation axée sur la gynécologie. Ils se sentent plus ouverts à aborder le sujet car ils ont bénéficié de formations complémentaires, notamment un DU de gynécologie, une FMC sur la ménopause, ou encore grâce à un stage formateur en gynécologie durant l'internat. Ils expliquent que ces formations leur ont été bénéfiques sur leur capacité à réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes, et notamment les examens gynécologiques tels que le frottis cervico-utérin. En effet, il semble que les médecins ayant bénéficié de ces formations complémentaires ont une activité gynécologique majorée par rapport à leurs confrères et effectuent plus de gestes techniques [17].

Cependant, d'autres praticiens préfèrent déléguer ce geste à d'autres professionnels, à savoir des gynécologues, des consœurs médecins généralistes avec des compétences en gynécologie, des sages-femmes, des laboratoires, et parfois les internes en stage au cabinet. Pour justifier cela, ils évoquent un désintérêt et un manque de temps à la réalisation de ce geste, mais également un manque de formation initiale. Dans l'étude de Y. CHARIER qui étudiait les pratiques, les freins et difficultés rencontrés pour les principaux motifs de consultation gynécologique en médecine générale, 35 médecins sur 158 ne réalisaient pas de FCU, pour 22,5% par

choix, pour 20,7% par manque de temps et pour 15,5% par manque de formation [18]. Dans l'étude de A. BADET-PHAN et collaborateurs, l'absence de formation initiale représente un obstacle à la réalisation du frottis pour les médecins généralistes interrogés [19].

Un autre frein évoqué dans notre étude à la réalisation des FCU, est la crainte de conséquences médico-légales, notamment en étant un médecin homme qui réalise ce geste seul au cabinet. Cette notion est aussi retrouvée dans le travail de recherche qualitative de B. DIEN-BERGEARD, où plusieurs médecins craignaient des accusations infondées en réalisant des examens gynécologiques [20].

Les médecins ressentent une réticence de la part des patientes également, qui ne semblent pas toujours demandeuses à réaliser leur suivi par frottis chez leur médecin généraliste, potentiellement par gêne en raison d'une familiarité avec ce dernier. Des études mettent en évidence une pudeur de la part des patientes pour l'examen gynécologique, notamment par un lien relationnel médecin-patient important [2], surtout lorsque le médecin est connu depuis longtemps [21]. Néanmoins, certains médecins constatent que les patientes ménopausées sont parfois moins régulières pour leur suivi par dépistage. En effet, d'après l'étude du groupe BVA, les plus jeunes patientes âgées entre 15 et 24 ans et les plus âgées, à partir de 65 ans, sont les catégories de patientes les moins suivies. L'étude suggère également que le suivi gynécologique est plus important chez les femmes issues d'un statut socio-économique plus élevé [15]. Cette idée est soulignée par un participant de notre étude qui explique que le niveau d'éducation des patientes joue un rôle important dans leur degré d'implication pour le suivi et dans la prise en charge de leur santé.

Concernant le suivi par mammographie, les médecins généralistes partagent ce rôle de surveillance avec le dépistage organisé national. Ils prescrivent également d'eux-mêmes les mammographies si nécessaire et n'éprouvent pas de frein à réaliser la palpation mammaire. 98,1% des généralistes de l'étude de Y. CHARIER déclarent réaliser l'examen des seins et 91,8% participent aux campagnes de dépistage. Par ailleurs, la totalité des participants à l'étude prescrivent également des mammographies à titre individuel si cela s'avère nécessaire [18].

Le suivi par dépistage par frottis et mammographie semble être équivalent, que les patientes soient sous THM ou non. En effet, les médecins insistent sur la nécessité d'une surveillance régulière, et certains n'hésitent pas à s'appuyer sur le gynécologue pour renforcer ces actions de prévention.

La pénurie de gynécologues médicaux est ressentie par la plupart des médecins de l'étude. Elle rend le suivi gynécologique plus compliqué, car les délais de consultation sont majorés et les patientes doivent s'éloigner de plus en plus pour consulter un gynécologue. Les gynécologues sont eux-mêmes surchargés en conséquence. Au contraire, pour d'autres médecins cette pénurie n'est pas ressentie dans certains secteurs.

Des médecins de notre étude estiment qu'il existe des limites au suivi gynécologique des patientes ménopausées par frottis chez les sages-femmes, en raison d'un manque de connaissances supposé de ces dernières sur la ménopause. Mais qu'en est-il en réalité ? J. POUILLART étudie les pratiques des sages-femmes libérales de France, sur le suivi des femmes ménopausées. Elle retrouve que les deux motifs principaux de consultation sont le suivi gynécologique de prévention pour 94,10% et la rééducation du périnée pour 88%. Concernant leur ressenti, une majorité de la population étudiée se sent qualifiée pour le suivi des femmes ménopausées [22]. Les sages-femmes sont habilitées à effectuer un suivi gynécologique de prévention, mais elle se doivent d'adresser les patientes à un médecin en cas de situation pathologique [23].

On pourrait donc envisager de confier davantage les patientes ménopausées aux sages-femmes dans les années à venir, d'autant plus que le nombre de gynécologues médicaux ne fait que décroître.

Néanmoins, les médecins qui délèguent la réalisation du frottis aux autres professionnels de santé sont prêts à prendre le relai lorsque les patientes sont demandeuses d'un suivi par le généraliste. Par ailleurs, lorsque les patientes sont informées que leur médecin généraliste réalise des examens gynécologiques, elles sont intéressées pour leur confier leur suivi, notamment en raison des délais de rendez-vous conséquents chez le gynécologue.

C. Différentes pratiques pour le diagnostic

Même si les médecins s'accordent à dire que le diagnostic de la ménopause est clinique, certains ont tendance à céder aux demandes de leurs patientes, et prescrivent un bilan biologique hormonal. D'autres réservent cette prescription aux patientes précocement ménopausées ou hystérectomisées. Les pratiques divergent également en ce qui concerne les patientes sous contraception hormonale.

Selon les dernières recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et du Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillissement hormonal (GEMVI) en 2021 [24], aucun examen complémentaire n'est recommandé pour réaliser le diagnostic de ménopause dans le cadre d'une situation physiologique.

Par ailleurs, le test au progestatif n'est pas recommandé pour établir un diagnostic de ménopause.

Les dosages hormonaux ou l'échographie pelvienne n'ont pas fait la preuve d'un intérêt pour le diagnostic de la ménopause, et l'utilisation de ces examens n'est pas recommandée pour arrêter la contraception hormonale. En effet, la stratégie à adopter dans ces situations pour le diagnostic de ménopause est l'interruption de la contraception hormonale, et la surveillance de la survenue de l'aménorrhée. Il ne faut pas oublier la mise en place d'une contraception par méthode barrière en relais, à arrêter après un an d'aménorrhée. Dans le cas d'un antécédent d'hystérectomie interannexielle ou d'endométrectomie suivie d'aménorrhée, des dosages répétés de FSH supérieurs à 30 UI/l associés à un dosage bas d'estradiol, pourraient être une orientation en faveur d'un diagnostic de ménopause [24].

D. Des traitements limités

1. Les alternatives thérapeutiques avec une efficacité relative

L'abord de la ménopause en consultation est considéré difficile par certains médecins, par manque de traitements efficaces en dehors du THM, notamment pour la prise en charge des bouffées de chaleur, qui semblent être les plaintes les plus fréquentes des patientes.

Les médecins préconisent en première intention des règles hygiéno-diététiques afin de lutter contre les bouffées de chaleur, mais également de l'homéopathie et de la phytothérapie, dont l'efficacité semble relative. Certains médecins prescrivent de l'Abufène®, ou encore du Catapressan®, un anti-hypertenseur d'action centrale, toujours avec une efficacité semblant limitée.

Les dernières recommandations du CNGOF et du GEMVI portent effectivement sur l'amélioration de l'hygiène de vie et de la nutrition, une augmentation de l'activité physique et l'éviction du tabac, qui contribueraient à limiter les effets indésirables à long terme de l'insuffisance oestrogénique, ainsi que la survenue de plusieurs pathologies, notamment cardiovasculaires.

Les alternatives non hormonales au THM sont évaluées essentiellement pour la prise en charge des bouffées vaso-motrices. La béta-alanine (Abufène®) est le seul traitement qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des troubles vaso-moteurs. Pourtant, les données existantes pour évaluer son efficacité dans cette indication sont insuffisantes, et ne permettent pas de la recommander [24]. Son effet indésirable le plus notable est la survenue de paresthésies des mains dans les 45 minutes après la prise, qui régressent spontanément [25].

L'homéopathie n'a pas fait la preuve de son efficacité sur les bouffées vaso-motrices [24]. Les phyto-œstrogènes, sont des composés dérivés de plantes, retrouvés dans une grande variété d'aliments, notamment le soja [26]. Ils ne peuvent être recommandés pour le traitement des troubles vaso-moteurs car les données de la littérature sont contradictoires sur leur efficacité [24,27]. Par ailleurs, en raison de

leur mécanisme d'action, via le récepteur des œstrogènes, il est recommandé de ne pas utiliser ces compléments alimentaires chez les femmes ménopausées suivies pour un cancer hormono-dépendant [24].

Certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), comme la paroxétine, le citalopram et l'escitalopram semblent efficaces pour diminuer la sévérité et la fréquence des bouffées vaso-motrices. Concernant les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), la venlafaxine et la desvenlafaxine sont efficaces dans cette indication. La gabapentine, la prégabaline et la clonidine (Catapressan®) sont également des traitements pouvant être proposés pour la prise en charge des bouffées vaso-motrices de la ménopause [24,28].

L'étude de la North American Menopause Society a mis en évidence l'efficacité de traitements non médicamenteux sur la sévérité et la fréquence des bouffées de chaleur, à savoir les thérapies cognitivo-comportementales et l'hypnose [29]. En revanche, l'exercice physique, le yoga, les techniques de relaxation et l'acupuncture n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la littérature, et ne sont donc pas à recommander pour lutter contre le syndrome climatérique [24,29].

Dans notre étude, les sécheresses vaginales qui font partie du syndrome génito-urinaire de la ménopause, sont prises en charge par topiques locaux non hormonaux en première intention, puis hormonaux en cas d'inefficacité, ce qui est en adéquation avec les dernières recommandations [24]. Le paradoxe des lubrifiants non hormonaux est qu'ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie [25], avec un coût très variable d'une pharmacie à l'autre, ce qui peut freiner certaines patientes à les utiliser en cas de budget restreint.

2. Méfiance vis-à-vis du THM

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause est un traitement qui suscite une certaine méfiance chez les médecins généralistes, les amenant à peu le prescrire, notamment depuis les données controversées de l'étude américaine de la Women's Health Initiative, parue en 2002 [30]. Cette étude a montré que l'administration

d'œstrogènes conjugués équinés par voie orale et d'un progestatif de synthèse, l'acétate de médroxyprogestérone (non utilisé en France), entraînait une augmentation significative du cancer du sein et d'évènements cardio-vasculaires. Les participants de notre étude ne semblent pas pousser la prescription de ce traitement, notamment par peur du sur-risque de cancer et des conséquences médico-légales qu'ils pourraient rencontrer, comme le travail de recherche qualitative de H. PAQUENTIN le suggère également [31]. Le THM est parfois considéré comme un traitement de confort avec un risque supérieur au bénéfique, et l'idée que la ménopause n'est pas une fatalité : « c'est pas quelque chose dont elles peuvent mourir les symptômes de la ménopause (...) » (M12).

Pourtant, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le THM reste le traitement le plus efficace pour prendre en charge le syndrome climatérique, lorsqu'il altère la qualité de vie des femmes ménopausées, à condition de réévaluer le rapport bénéfice-risque individuel chaque année, et de le prescrire pour la durée la plus courte possible et à dose minimale efficace [32].

Alors que certains médecins généralistes n'éprouvent pas de difficultés à prescrire le THM à leurs patientes, d'autres préfèrent laisser l'initiation du traitement au gynécologue, et s'occupent de le renouveler. Pour certains médecins de notre étude, la prescription initiale du THM n'est pas évidente, par méconnaissance des différentes molécules mais aussi en raison d'un schéma thérapeutique qui leur semble imprécis. P. NALET suggère dans son étude que les médecins rencontrent des réticences à la prescription du THM, notamment les effets indésirables potentiels de ce traitement, mais aussi leur méconnaissance des différents traitements disponibles sur le marché [33].

La prescription de ce traitement hormonal implique que les patientes comprennent son rôle, ses risques et limites, et se doivent également d'être assidues dans leur suivi par dépistage.

Les patientes ne sont pas en forte demande de THM d'elles-mêmes, notamment parce qu'elles sont plus informées sur les risques de ce traitement et sont donc à la recherche d'alternatives naturelles en première intention et souhaitent avant

tout être rassurées. On retrouve ce besoin d'apaisement et d'information dans l'étude danoise de L. HVAS et collaborateurs [34]. Dans son travail, J. GINDRE suggère que l'importante médiatisation sur le THM ne semble pas étayer les connaissances des femmes sur ce traitement [35]. En effet, la multitude d'informations et leur complexité sur le traitement hormonal peuvent être finalement une source de confusion pour les patientes si le médecin ne s'implique pas comme principal informateur des bénéfices et risques de celui-ci.

En novembre 2020, le GEMVI a établi une fiche d'information dédiée aux patientes sur la ménopause, qui reprend les symptômes de la ménopause et les différentes solutions thérapeutiques existantes [36]. Ce document détaille également les bénéfices et risques du THM. Il serait donc tout à fait intéressant, que les médecins généralistes fournissent cette fiche à leurs patientes ménopausées de manière systématique, pour pallier au manque de temps qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique. Ils pourraient par la suite, dédier une consultation pour reprendre les points incompris par les patientes et les leur expliquer avec des termes adaptés à leur niveau de compréhension.

3. La prévention de l'ostéoporose

Concernant la prévention de l'ostéoporose chez la femme ménopausée, les règles hygiéno-diététiques sont essentielles. La supplémentation vitamino-calcique n'est pas systématique et les médecins adaptent leur prescription au cas par cas, ne semblant pas s'appuyer sur des recommandations particulières. Ils recommandent également une activité physique à leurs patientes.

Un apport diversifié en protéines, en vitamine D et en calcium, notamment alimentaire, est recommandé pour les femmes ménopausées. La vitamine D est naturellement fournie à 80% par synthèse cutanée sous l'effet des rayons ultraviolets [24].

En ce qui concerne la réalisation d'une densitométrie osseuse (DMO), certains médecins la prescrivent en cas de facteurs de risque avérés d'ostéoporose, tandis que

d'autres la prescrivent dans le cadre plus large du dépistage de l'ostéoporose chez les patientes ménopausées. Si l'on se base sur les recommandations du CNGOF et du GEMVI, il n'est pas recommandé à ce jour de procéder à un dépistage systématique du risque d'ostéoporose par DMO à la ménopause, car il n'y a pas de donnée concernant l'impact de ce dépistage sur le taux de fracture et la mortalité. En effet, les recommandations actuelles suggèrent d'évaluer le risque d'ostéoporose en recherchant les facteurs de risque cliniques (âge, antécédent personnel de fracture par fragilité, antécédent maternel ou paternel de fracture vertébrale ou de hanche, antécédent d'hypogonadisme avant 40 ans, antécédents d'endocrinopathies et pathologies déminéralisantes, IMC < 19 kg/m², tabagisme, corticothérapie systémique, traitements déminéralisants) et de prescrire la DMO chez les femmes ménopausées ayant un ou plusieurs facteurs de risque fracturaire [24].

Ainsi, chez les femmes à risque avéré de fracture en début de ménopause, avec un seuil défini par un T-score vertébral ou fémoral < -2, il est recommandé la prise d'un THM en première intention pour prévenir l'ostéoporose. Aucun médecin de notre étude n'a recours au THM en prévention primaire de l'ostéoporose.

E. L'influence du genre du médecin

La majorité des médecins de cette étude s'accorde à dire que les femmes médecins ont plus de facilités que les hommes à aborder le sujet de la ménopause. Dans son travail de recherche qualitative, B. DIEN-BERGEARD interroge des médecins généralistes, pour lesquels il est évident que les patientes s'orientent vers un médecin de sexe féminin pour leur suivi gynécologique [20]. Dans la thèse de KC. FERREIRA [14], les femmes expriment l'idée qu'il est plus facile de se faire examiner par une autre femme en vieillissant, car elle est susceptible d'avoir expérimenté les mêmes choses qu'elles sur le plan gynécologique.

Cette idée rejoint celle de notre étude, où des médecins généralistes femmes se sentent plus concernées pour l'abord du thème de la ménopause en consultation, de par leur vécu personnel. Il est mentionné par l'un des médecins de notre étude, que le fait d'être un homme le sensibilise moins aux problématiques que rencontrent les

femmes ménopausées. On retrouve cette idée que les femmes ressentent un manque d'implication de la part d'un homme médecin dans l'étude de L. HVAS et collaborateurs, qui reprend les attentes des femmes ménopausées face à leur médecin généraliste [34].

Le genre du médecin semble avoir une influence également sur la pratique gynécologique des médecins, puisque ce sont majoritairement des femmes médecins qui réalisent des examens gynécologiques parmi les participants de notre étude.

Les sécheresses vaginales peuvent être un sujet tabou lorsque l'interlocuteur principal des femmes est un homme. En effet, le travail de recherche qualitative de L. BONAMICH, souligne cette difficulté à parler de symptômes d'atrophie vulvo-vaginale lorsque le médecin généraliste est un homme, pour près de 22% des patientes interrogées [37]. Par ailleurs, parmi les participantes à cette étude, 81% en parlent en premières et ce après plusieurs mois d'attente, pour 61,4% d'entre elles. Mais ce sujet est difficilement évoqué par les patientes de façon générale, notamment car ces dernières n'attribuent pas forcément ce trouble à leur ménopause et à la carence oestrogénique, et mettent en cause des rapports sexuels peu fréquents, des difficultés au sein de leur couple, ou bien les aléas du vieillissement [38]. Il semble là encore nécessaire que le médecin prenne les devants pour aborder le sujet avec les femmes, qui peuvent être gênées de façon considérable dans leur sexualité et leur vie de couple.

En revanche, on constate que dans certaines études, le sexe du praticien n'a pas d'influence sur le choix des patientes pour leur suivi gynécologique [2,39,40].

F. Perspectives

Plusieurs pistes sont envisagées pour améliorer le suivi des femmes ménopausées. D'une part, la création de réseaux de professionnels de santé pour organiser le dépistage, vers qui les médecins généralistes débordés ou simplement désintéressés de la gynécologie médicale pourraient adresser leurs patientes pour un suivi gynécologique régulier. Nos voisins belges ont créé Le Centre de la Ménopause

en 1998, au sein de la Clinique Sainte-Rosalie à Liège, dédiée à la santé de la femme ménopausée et faisant intervenir une équipe multidisciplinaire. Le CHU de Toulouse a également créé une consultation de ménopause au sein de l'hôpital Paule de Viguiers.

D'autre part, les médecins semblent favorables à une consultation dédiée à la ménopause intégralement prise en charge par la sécurité sociale, où il serait intéressant de faire un point sur la santé globale de la patiente ménopausée mais également sur sa vie de couple. Cette consultation pourrait inciter les femmes à consulter plus aisément leur médecin traitant pour leur ménopause, qui s'avère être un véritable sujet tabou pour certaines. Elle pourrait être proposée via le courrier de dépistage organisé du cancer du sein, mais également par des publicités réalisées par la sécurité sociale. Selon les données de la littérature, les femmes seraient d'accord pour une consultation dédiée à la ménopause, même si l'étude KANTAR de E. RIVIERE et collaborateurs propose que cette consultation soit réalisée chez le gynécologue [3], ce qui est dommage puisque la baisse constante de ces spécialistes sur le plan démographique ne permet pas de leur laisser assurer le suivi seuls et les médecins généralistes semblent prêts à s'investir d'avantage dans le suivi gynécologique de leurs patientes. Depuis le travail de K. TEXIER [41] en 2013, il n'y a pas eu de nouveaux travaux explorant cette idée d'une consultation dédiée à la ménopause.

Il semblerait que les médecins généralistes sont prêts à renforcer leurs connaissances sur la ménopause, en suivant des formations continues. Dans l'étude de G. LEVASSEUR et collaborateurs, les médecins généralistes ont conscience des limites de leurs compétences, et souhaitent les améliorer par le biais de FMC, ainsi que d'acquérir une meilleure technicité à la réalisation de l'examen gynécologique [11].

Il existe un MOOC sur la ménopause, établi par le CNGOF, le GEMVI et The Women Health Association of French and Chinese, disponible sur le site de la Pédagogie Numérique en Santé (PNS) [42]. Il s'agit d'une formation en ligne gratuite accessible aux professionnels de santé et à un public plus large. L'objectif de cette formation est d'informer les professionnels de santé des dernières connaissances médicales disponibles sur le sujet, pour accompagner au mieux les patientes.

Les fiches d'informations sur la ménopause dédiées aux patientes, comme celle du GEMVI, permettent de susciter le questionnement chez les patientes et de créer un dialogue avec le médecin.

Aussi, le questionnaire Menopause Quick 6 ou MQ6 (Annexe 2) a été établi par Susan GOLDSTEIN pour aider les médecins généralistes à dépister les symptômes de la ménopause, pour lesquels il existe des solutions thérapeutiques [43]. De la même façon, l'échelle MRS ou Menopause Rating Scale (Annexe 3) est un questionnaire évaluant l'importance de l'impact des troubles du climatère sur la qualité de vie des patientes [44]. Ce questionnaire permet de juger de l'efficacité d'un traitement. Ces types d'outils pourraient être davantage utilisés en pratique pour faciliter l'abord de la ménopause en consultation de médecine générale.

Conclusion

Si certains médecins généralistes abordent facilement le sujet de la ménopause avec leurs patientes, d'autres peinent à l'évoquer. Ils délèguent alors sa prise en charge à d'autres professionnels de santé : gynécologues, consœurs médecins généralistes mais aussi aux sages-femmes, mêmes si les connaissances de ces dernières sur le sujet les interrogent.

Les principaux freins sont un désintérêt pour la pratique de la gynécologie, un manque de temps, mais aussi l'absence de propositions thérapeutiques validées en dehors du traitement hormonal substitutif dont l'utilisation est jugée risquée.

L'abord de la ménopause en consultation est favorisé par l'existence de formations complémentaires (DU de Gynécologie, FMC) mais aussi par la réalisation de stages formateurs en gynécologie au cours de l'internat.

La pénurie de gynécologues médicaux, différemment ressentie par les médecins généralistes de notre étude en fonction du bassin de population où ils exercent, devrait néanmoins les amener à s'investir davantage dans le suivi de la femme ménopausée.

Selon les médecins de notre étude ce suivi ne diffère pas, que la femme soit sous THM ou non, car ils veillent à la régularité des examens de dépistage.

Les médecins interrogés se trouvent dépourvus au niveau des traitements à proposer à leurs patientes ménopausées, en raison du peu d'efficacité de ceux-ci, en dehors du THM. En effet, ce dernier leur fait encore peur en raison d'une diabolisation, notamment médiatique mais aussi par manque de connaissance sur son utilisation.

On pourrait envisager des perspectives d'amélioration de la prise en charge des femmes ménopausées par les médecins généralistes, notamment via des outils simples (questionnaire MQ6, échelle MRS, fiche dédiée aux patientes établie par le GEMVI) et une consultation dédiée à la ménopause à laquelle la majorité des

participants de notre étude sont favorables. Enfin, une amélioration de la formation initiale et continue permettrait de susciter l'intérêt des médecins généralistes pour la prise en charge de la ménopause.

Références

- [1] Lopes P. Qu'est-ce que la ménopause? Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr 2016. <http://www.cngof.fr/component/content/article?id=108:menopause> (accessed May 7, 2021).
- [2] Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Etude qualitative auprès des patientes. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1, 2016.
- [3] Rivière E, Caline G, Morisson C. Les Français et la Ménopause. Kantar 2019. <https://www.kantar.com/fr/inspirations/health/2020-les-francais-et-la-menopause> (accessed May 10, 2021).
- [4] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Densité médicale par qualification en exercice libéral exclusif - Gynécologie Médicale 2021. https://demographie.medecin.fr/#bbox=50411,7138345,1248925,1116604&c=indicateur&f=18&f2=18&i=qualif.l&i2=qualif_evol.var_qualif&s=2021&s2=2010_2021&view=map10 (accessed January 2, 2022).
- [5] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Variation des effectifs par qualification depuis 2010 - Gynécologie Médicale 2021. https://demographie.medecin.fr/#bbox=50411,7138345,1248925,1116604&c=indicateur&f=18&f2=18&i=qualif.l&i2=qualif_evol.var_qualif&s=2021&s2=2010_2021&view=map10 (accessed January 2, 2022).
- [6] Dumont F. Démographie inquiétante des gynécologues médicaux en France. Sénat 2021. <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210824116.html> (accessed October 26, 2021).
- [7] Motte P. La ménopause : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de patientes. Thèse d'exercice. Université de Lille, 2019.
- [8] Frappé P. Études par entretiens individuels. Initiat. À Rech. 2e Edition, GMSanté et CNGE Productions; 2018, p. 50–2.
- [9] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;19:4.
- [10] Roberts PJ. The menopause and hormone replacement therapy: views of women in general practice receiving hormone replacement therapy. Br J Gen Pract 1991;421–4.
- [11] Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. The Gynecological Activity of General Practitioners in Brittany. Santé Publique 2005;17:109–19.
- [12] Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Thèse d'exercice. Bordeaux, 2014.
- [13] 18 octobre : Journée Mondiale de la Ménopause. INSERM 2013. <https://presse.inserm.fr/18-octobre-journee-mondiale-de-la-menopause/9840/>

(accessed December 28, 2021).

- [14] Ferreira KC. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes. Thèse d'exercice. Nice, 2013.
- [15] David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. BVA; 2008.
- [16] Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R. Observatoire Thalès. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes. 2000. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm (accessed May 7, 2021).
- [17] André R. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes libéraux bourguignons (état des lieux, analyse et éléments de réflexion). Thèse d'exercice. Dijon, 2012.
- [18] Charier Y. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés. A propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze. Thèse d'exercice. Université de Limoges, 2009.
- [19] Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitaine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins* 2012;Vol. 43:261–8.
- [20] Dien-Bergeard B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical : une enquête qualitative. Thèse d'exercice. Tours, 2013.
- [21] Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice. Lyon, 2008.
- [22] Pouillart J. Suivi gynécologique des femmes ménopausées : quelles sont les pratiques des sages-femmes libérales de France? Mémoire. Versailles, 2021.
- [23] Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9). Légifrance 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/ (accessed January 8, 2022).
- [24] Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf J-M, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVI. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* 2021;49:305–17.
- [25] Chabbert-Buffet N, Boutet G. Les traitements non estrogéniques des symptômes de la ménopause : quels risques ? *Réalités Cardiologiques* 2012:1–5.
- [26] Patisaul HB, Jefferson W. The pros and cons of phytoestrogens. *Front Neuroendocrinol* 2010;31:400–19.
- [27] Chen M, Lin C, Liu C. Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review. *Climacteric* 2015;18:260–9.
- [28] Laufer LR, Erlik Y, Meldrum DR, Judd HL. Effect of clonidine on hot flashes in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1982;60:583–6.

- [29] Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2015;22:1155–74.
- [30] Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women’s Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA J Am Med Assoc* 2002;288:321–33.
- [31] Paquentin H. 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 d’exercice. Université Lille 2, 2014.
- [32] Traitements hormonaux de la ménopause. Haute Aut Santé 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause (accessed December 28, 2021).
- [33] Nalet P, Kinouani S, Duhamel S, Demeaux JL. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) chez les jeunes medecins generalistes de Gironde: connaissances, attitudes et pratiques. Bordeaux; 2015.
- [34] Hvas L, Reventlow S, Malterud K. Women’s needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:118–21.
- [35] Gindre J. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal. Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à l’aide d’entretiens semi-dirigés. Thèse d’exercice. Université Claude Bernard Lyon1, 2009.
- [36] GEMVI. Fiche d’information aux patientes, éditée par le GEMVI. 2020. <http://www.gemvi.org/documents/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf> (accessed November 25, 2021).
- [37] Bonamich L. Les attentes des femmes ménopausées concernant la prise en charge des symptômes d’atrophie vulvo-vaginale en médecine générale : enquête réalisée dans les Hautes-Pyrénées. Thèse d’exercice. Toulouse, 2016.
- [38] Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:509–22.
- [39] Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Thèse d’exercice. Saint Etienne, 2010.
- [40] Bernard PJ. Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Étude qualitative. Thèse d’exercice. Lille, 2018.
- [41] Texier K. Consultation dédiée à la ménopause : étude transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse d’exercice. Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2013.
- [42] MOOC Ménopause : l’affaire de tous. Pédagogie Numér En Santé <https://pns-mooc.com/fr/mooc/1/presentation> (accessed January 10, 2022).
- [43] Goldstein S. Un outil efficace de prise en charge de la ménopause en première ligne. *Can Fam Physician* 2017;63:219–22.
- [44] L’échelle MRS (Menopause Rating Scale). La Ménopause 2017. <https://lamenopause.fr/le-saviez-vous/echelle-mrs/> (accessed January 10, 2022).

Annexes

I. Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Katarina Mitrovic, je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur la prise en charge des patientes ménopausées par les médecins généralistes.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré dans le cadre d'une étude qualitative, mais vos propos resteront anonymes.

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots (âge, type d'exercice, patientèle) ?

Questions :

- Vous sentez-vous impliqué dans la prise en charge de la ménopause de vos patientes ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Si oui, de quelle manière ?
- Qui parle de ménopause en premier entre vous et vos patientes ?
 - Si c'est elles, en parlent-elles au début ou à la fin de la consultation ?
 - La ménopause est-elle le motif principal pour lequel elles consultent ?
- Les patientes vous demandent-elles un dosage biologique pour confirmation diagnostique ?
 - Le prescrivez-vous ?
- Concernant les traitements, aussi bien médicamenteux que non médicamenteux, que leur proposez-vous en fonction de leurs plaintes ?
- En ce qui concerne les sécheresses vaginales, les troubles de libido, leur proposez-vous quelque chose ?
- Concernant la prévention de l'ostéoporose chez la femme ménopausée, que faites-vous ?
- Les patientes sont-elles demandeuses de traitements particuliers ?
- Concernant le THM, vous arrive-t-il d'en prescrire ou de le renouveler ?

- Vous sentez-vous à l'aise avec cette prescription ?
 - ➔ Si non : pour quelle raison ?
- A propos de vos patientes traitées par THM, qui réalise leur suivi de dépistage par mammographie et FCU ?
- Vos patientes non traitées par THM ont-elles le même suivi ?
- Si elles n'ont aucun suivi gynécologique après la ménopause, à qui leur proposez-vous de le confier ?
- Ressentez-vous un impact de la pénurie de gynécologues médicaux sur la fréquence de vos consultations de suivi gynécologique ?
- Au sein de votre patientèle, à quelle fréquence en moyenne voyez-vous des patientes qui consultent pour leur ménopause ?
- Une thèse de médecine générale faite à Lille il y a deux ans montrait que les femmes sont prêtes à parler de leurs problèmes liés à la ménopause avec leur médecin traitant peu importe le sexe du praticien
 - ➔ Pensez-vous que le fait d'être une femme facilite l'échange avec vos patientes au sujet de leur ménopause, aussi bien pour vous que pour elles ?
 - ➔ Pensez-vous que le fait d'être un homme est un frein à l'échange sur le sujet de la ménopause avec vos patientes, aussi bien pour vous que pour elles ?
- Il existe actuellement une consultation dédiée à la contraception et à la prévention chez les jeunes filles. Seriez-vous favorable à une consultation dédiée à la femme ménopausée, prise en charge intégralement par la sécurité sociale, où par exemple ce serait l'occasion de faire le point sur le suivi post-ménopausique et les troubles pouvant survenir après la ménopause ?

II. Annexe 2 : Questionnaire Menopause Quick 6 (MQ6)

Figure 1. Le questionnaire Menopause Quick 6 : Si une patiente répond oui à une des questions 1 à 4, elle pourrait être candidate au traitement, et une exploration et une évaluation plus approfondies sont justifiées. Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'International Menopause Society recommandent de poser les questions 2 à 6 à toutes les femmes en périménopause^{4,6}.



III. Annexe 3 : Questionnaire ménopause (version français de Menopause Rating Scale MRS)

QUESTIONNAIRE MENOPAUSE

(Version français de Menopause Rating Scale MRS)

Date :

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants ? Pour chacun des symptômes, veuillez cocher la case correspondante :

- Pas du tout = 1
- Légèrement = 2
- Moyennement = 3
- Fortement = 4
- Très fortement = 5

	Symptômes / Echelle	1	2	3	4	5
1	Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)	<input type="checkbox"/>				
2	Gêne au niveau du coeur (Battements de coeur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	<input type="checkbox"/>				
3	Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)	<input type="checkbox"/>				
4	Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)	<input type="checkbox"/>				
5	Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	<input type="checkbox"/>				
6	Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)	<input type="checkbox"/>				
7	Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)	<input type="checkbox"/>				
8	Problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)	<input type="checkbox"/>				
9	Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)	<input type="checkbox"/>				
10	Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)	<input type="checkbox"/>				
11	Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				

AUTEUR : Nom : MITROVIC

Prénom : Katarina

Date de soutenance : 27 Janvier 2022

Titre de la thèse : Ménopause et médecine générale : enquête qualitative auprès de médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Ménopause, médecine générale ; gynécologie ; recherche qualitative ; prise en charge du patient.

Résumé :

Introduction : La ménopause est un phénomène physiologique responsable de nombreux symptômes pouvant impacter la qualité de vie des femmes. Elles attendent des professionnels de santé qu'ils s'impliquent davantage pour leur en parler. L'objectif de cette étude est d'étudier l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de la ménopause de leurs patientes.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de quatorze médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : Certains médecins généralistes rencontrent de nombreux freins à parler de la ménopause en consultation et attendent des patientes qu'elles abordent le sujet en premières. Ils délèguent la prise en charge à d'autres professionnels de santé, tandis que d'autres généralistes n'éprouvent pas de difficultés à gérer la ménopause de leurs patientes, notamment car ils ont bénéficié d'un enseignement riche durant l'internat ou de formations complémentaires.

Conclusion : Différents freins empêchent certains médecins généralistes de parler de la ménopause en consultation, mais une amélioration de leur formation ainsi que des outils comme une consultation dédiée pourraient aider à les y inciter.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François DELFORGE