ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNOPAUSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du master complémentaire en médecine générale.

Dr Lemaire Stéfanie
Promoteur Dr. Jean-Marc Feron
Année académique 2020-2021

UCL Université catholique de Louvain

TABLE DES MATIERES

Remerciements 2
Résumé 3
Introduction 4
Première partie : recherche de littérature 6
Définition 6
Rappel : physiopathologie de la ménopause 6
Symptomes 7
Court terme 7
Long terme 10
Diagnostic 14
Femmes sans antécédent > 45ans 14
Femmes sans antécédent 40-45ans 14
Femme sans antécédent <40ans 14
Situations particulières 15
Traitements 16
Les recommandations actuelles 16
Les contre-indications 17
Bénéfices du traitement 17
Risques du traitement 19
Bilan pré-thérapeutique 22
Modalités de prescription 23
Œstrogènes 23
Progestatifs 23
Les différents schémas 24
Deuxième partie : Étude qualitative 30
Méthodologie 30
Résultats 31
Contenus et analyse des entretiens 32
Analyse de la prise en charge de la ménopause en médecine générale. Évaluation des freins et des obstacles rencontrés. 44
Limites et biais 46
Conclusion 47
Bibliographie 49
Annexes 52

REMERCIEMENTS

Au docteur Jean-Marc Feron, mon promoteur, merci pour vos conseils avisés et votre disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

Au docteur Luc Lemaire, mon maître de stage au cours de cette troisième année d'assistanat, merci pour tes conseils judicieux et ton soutien infaillible.

A tous mes professeurs et maîtres de stage, merci pour vos enseignements et le partage de vos expériences qui m'ont permis de me former et d'évoluer au cours de ces 9 années d'études.

Merci aux médecins qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à mes interviews.

A Marc, mon mari, merci pour ton soutien tout au long de ces études, pour ta présence et ton amour chaque jour à mes côtés.

A ma famille et belle-famille, pour votre présence, votre soutien quotidien.

Résumé

Introduction :

Au cours de mes années d'assistanat, j'ai été plusieurs fois confrontée à des patientes se présentant pour des plaintes en rapport avec la ménopause. J'ai ressenti une certaine réticence de la part de mes maîtres des stage à les prendre en charge et un certain manque de connaissances sur le sujet. Une question a donc directement émané de ces constations : Existe-t-il des freins et des obstacles à la prise en charge de la ménopause en médecine générale ?

L'objectif principal de ce travail fut donc d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la ménopause et sa prise en charge. Une attention particulière fut prêtée pour l'instauration d'un traitement hormonal.

Méthodologie :

La réalisation de ce mémoire a comporté deux étapes principales. Premièrement une recherche de littérature étendue dans différents moteurs de recherche ainsi que via des revues médicales scientifiques. Cette première étape m'a permis de faire un résumé des recommandations actuelles et de rédiger un guide d'entretien pour mon étude qualitative.

La deuxième étape a consisté à réaliser l'étude qualitative en elle-même. 8 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes. Les entretiens ont ensuite été retranscrits et analysés séparément afin d'émettre des conclusions.

Résultats :

L'étude qualitative a permis de mettre en évidence les freins et les obstacles que rencontrent les médecins généralistes pour prendre en charge la ménopause.

J'ai pu constater que les médecins ont globalement de bonnes connaissances théoriques mais très peu de connaissances pratiques. Il en ressort un manque d'expérience et d'aisance pour prendre en charge les plaintes liées à la ménopause.

Un manque d'intérêt pour la sphère gynécologique ou encore le sentiment de non légitimité peuvent également être des freins rencontrés.

De ce fait, beaucoup de médecins généralistes préfèrent référer au spécialiste ne se sentant pas expérimentés pour proposer une prise en charge et un traitement adéquat.

Conclusion :

La ménopause est un état physiologique mais pouvant engendrer de gros bouleversements dans la vie d'une femme. La qualité de vie peut se retrouver fortement altérée et une prise en charge individuelle doit être proposée à chaque patiente.

La première partie de ce travail a permis de faire une mise à jour des données de littérature concernant la prise en charge de la ménopause du diagnostic au traitement.

La deuxième partie a mis en avant les freins et obstacles rencontrés. Ce travail aura permis à petite échelle de les identifier et de chercher les possibilités pour améliorer la prise en charge en médecine générale. En effet, je reste convaincue qu'il s'agit d'un sujet à la portée du médecin généraliste et que bien plus encore, le médecin généraliste représente de par sa proximité, son accessibilité et le lien confiance établi avec ses patients , le médecin de choix pour prendre en charge ces différentes plaintes et accompagner les femmes dans cette étape de leur vie.

INTRODUCTION :

Selon l'OMS, la ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité ovarienne folliculaire.

La ménopause survient entre 45-55 ans avec une moyenne de 51ans en Belgique [29].

La ménopause est un phénomène physiologique mais qui peut cependant s'accompagner de symptômes très invalidants et ayant un véritable impact sur la qualité de vie de la femme.

Ces symptômes, regroupés sous le nom de syndrome climatérique, comprennent entre autres, les bouffées de chaleur, les troubles uro-génitaux, les troubles du sommeil… pouvant être un motif de consultation en médecine générale.

Plusieurs traitements existent pour atténuer ces symptômes avec en chef de file le THS (traitement hormonal de substitution) utilisé pour pallier la carence en œstrogène et en progestérone et donc de diminuer le syndrome climatérique. Ce traitement était très largement prescrit avant les années 2000.

En juillet 2002, l'étude américaine de la Women's Health initiative relative à l'utilisation du traitement hormonal de substitution a bouleversé l'usage et la prescription des THS. Cette étude a en effet mis en avant de nombreux effets indésirables notamment l'augmentation du risque de cancer du sein, risque thromboembolique et cardiovasculaire [13].

Notons que cette étude a été réalisée avec des traitements très peu utilisés en Belgique (œstrogènes équins et acétate de médroxyprogestérone), que la moyenne d'âge était de 63.5 ans à l'initiation du traitement et que les patientes présentaient des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Ces données ont cependant été largement relayées par les médias et ont complètement modifié les prescriptions des médecins.

En 2000, 54% des femmes entre 48-52 ans étaient sous THS , en 2007, seules 16% prenaient encore un THS [10].

Depuis lors, de nouvelles études avec des traitements et une population plus représentative ont vu le jour. Les nouvelles recommandations maintiennent que le THS reste le meilleur traitement pour le syndrome climatérique. Sa prescription est aujourd'hui recommandée lorsque les symptômes altèrent significativement la qualité de vie de la patiente à condition qu'ils soient prescrits moins de 10 ans après le début de la ménopause à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte possible.

J'ai décidé d'aborder ce sujet de TFE car j'ai pu au cours de mes stages, observer une certaine réticence des médecins à prescrire un THS.

Plusieurs fois confrontée à des plaintes de patientes ménopausées , j'ai constaté que mes maîtres de stages se sentaient hésitants, peu informés face aux différentes recommandations et aux différents traitements. J'ai également constaté que beaucoup de femmes, une fois leur grossesse derrières elles n'ont plus de suivi gynécologique régulier. D'où la place du généraliste qui a la chance de continuer à les voir tout au long de leur vie.

Je me souviendrai toujours d'une patiente de 61ans, se présentant en consultation pour une atrophie vulvo-vaginale sévère. Le médecin généraliste lui expliqua que cela était lié à carence oestrogénique et en lien avec sa ménopause sans pour autant lui prescrire de traitement. Cette patiente souffrait pourtant énormément de cette plainte qui avait des répercussions dans sa vie privée et sur son moral.

Une question a donc directement émané de ces constatations : quels sont les freins et les obstacles qui repoussent les généralistes à prendre en charge la ménopause. Est-ce par manque d'intérêt pour la sphère gynécologique, par manque de connaissances, par manque de temps ?

L'objectif de mon TFE est donc d'évaluer la prise en charge des symptômes et des comorbidités liés à la ménopause en médecine générale. De mettre en avant quels sont les freins et les obstacles à la prise en charge et de faire le point sur les pratiques actuelles des médecins généralistes.

PREMIÈRE PARTIE : RECHERCHE DE LITTÉRATURE

DÉFINITION

Selon l'OMS, la ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité ovarienne folliculaire.

Cependant l'arrêt des menstruations ne permet pas à lui tout seul le diagnostic de ménopause. En effet, pour déclarer qu'une femme est ménopausée, il faut 12 mois d'aménorrhée sans autre cause pathologique ou physiologique identifiable.

Avant d'être ménopausée, la femme va généralement présenter une période d'irrégularité menstruelle avec des menstruations sporadiques. Cette période, précédant la ménopause porte le nom de péri-ménopause. Elle représente une période charnière pour beaucoup de femmes avec l'apparition de symptômes tels que des mastodynies, des bouffée de chaleur, des troubles de l'humeur, de la sécheresse vaginale… Ces symptômes sont les premiers reflets des modifications hormonales physiologiques. La péri-ménopause peut durer de quelques mois à 7 ans.

Une ménopause artificielle peut être induite par certaines thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie…). Elle peut donc survenir à tout âge de la patiente.

En général, la ménopause survient entre 45 et 55 ans avec un âge médian à 51.4 ans. Ces données concernent la population européenne [20].

L'âge de la ménopause est génétiquement programmé mais peut être influencé par certaines facteurs environnementaux.

Si la ménopause survient avant 40 ans on parlera de ménopause précoce ou d'insuffisance ovarienne prématurée selon les termes plus récents.

RAPPEL : PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MÉNOPAUSE

La ménopause est la combinaison d'une insuffisance ovarienne programmée et de modifications hypothalamiques.

Comme dit précédemment, la ménopause ne survient généralement pas brutalement mais est précédée d'une période de transition : la péri-ménopause, elle-même divisée en « early stage » et « late stage » (Annexe 1,2,3).

Cette phase est liée à des perturbations hormonales en rapport avec l'épuisement progressif du capital folliculaire ovarien ainsi qu'à une moindre capacité des cellules de la granulosa à répondre à la FSH. Il s'ensuit une nette augmentation des taux de FSH premier reflet du vieillissement ovarien.

Dans les dernières années de la période reproductive, on peut observer des cycles raccourcis avec une tendance à l'hyperoestrogénisme .

En effet, suite à la moindre sensibilité à la FSH des follicules, à la diminution de la production d'inhibine par les cellules de la granulosa, les taux de FSH vont augmenter fortement. Suite à cela, on observera (Annexe 2) :

- Maturation folliculaire accélérée avec un raccourcissement de la phase folliculaire du cycle → cycles raccourcis
- Augmentation des taux d' E2 circulant en phase pré-ovulatoire et lutéale responsable d'un syndrome hyperoestrogénisme .

A ce moment, les femmes peuvent présenter des mastalgies , une pesanteur pelvienne, une augmentation des migraines, une prise de poids avec rétention hydrosodée, des troubles anxieux.

En conséquence on peut également observer une augmentation de certaines pathologies telles que l'hyperplasie endométriale, l'adénomyose, l'endométriose, les fibromes utérins.

La quantité de progestérone produite est généralement diminuée ce qui aggrave encore les symptômes liés à l'hyperoestrogénisme.

La phase suivante concerne la péri-ménopause à proprement dite.

Dans un premier temps , les cycles vont devenir de plus en plus irréguliers (cycles plus longs) avec cette fois l'apparition d'un profil hypooestrogénique.

En effet, au fur et à mesure du temps, les follicules vont devenir des plus en plus résistants aux gonadotropines. Certains rares follicules arriveront encore à une maturation terminale mais les cycles deviendront de plus en plus irréguliers, avec de nombreux cycles anovulatoires, des périodes d'aménorrhée, disparaissant petit à petit.

Les taux des LH et de FSH vont en conséquence augmenter fortement et le taux d'oestrogène diminuer. Les conséquences cliniques de ce syndrome hypooestrogénique donneront lieu au syndrome climatérique bien connu.

Notons qu'à ce stade, des variations importantes des concentrations de FSH et de oestrogènes peuvent être observées au niveau sanguin.

Une fois cette étape terminée, la femme entre alors en ménopause :

La ménopause correspond à l'arrêt définitif et complet du fonctionnement ovarien. Une aménorrhée définitive s'installe donc. Il faut 12 mois d'aménorrhée pour parler de ménopause.

Les taux d'oestrogène et de progestérone s'effondrent.

Le syndrome climatérique peut se manifester d'autant plus.

SYMPTÔMES

A. Court Terme

La carence en œstrogène a pour conséquence une série de symptômes regroupés sous le terme de syndrome climatérique.

La sévérité de ces symptômes et le degré avec lequel ils interfèrent avec la qualité de vie est particulièrement variable d'une femme à l'autre.

Environ 20% des femmes se plaindront de symptômes sévères et seul 10-15% des femmes consulteront dans l'objectif d'obtenir un traitement.

1. Bouffées de chaleur, troubles vasomoteurs :

Les bouffées de chaleur ou troubles vasomoteurs représentent le symptôme le plus fréquent de la ménopause et de la péri-ménopause. En effet, on estime que 8O% des femmes présenteront cette plainte. Leur cause est directement liée à la carence en œstrogènes (annexe 4).

Les bouffées de chaleur sont souvent décrites comme une sensation soudaine de chaleur centrée sur le haut de la poitrine et le visage qui s'étend ensuite rapidement au reste du corps. La bouffée dure de 2-4 minutes et s'accompagne souvent de sueurs suivies d'une sensation de frissons. Elles peuvent survenir de jour comme de nuit et peuvent survenir plusieurs fois par jour. Elles sont particulièrement fréquentes la nuit et pour cette raison peuvent entraver fortement la qualité de vie des femmes.

On estime que ce symptôme diminue au fur et à mesure du temps chez la plupart des femmes ménopausées. Cependant, certaines femmes peuvent en souffrir pendant plus de 20ans [2].

2. Troubles du sommeil

Comme mentionné ci-dessus, les troubles vasomoteurs surviennent fréquemment la nuit, altérant fortement la qualité du sommeil des femmes.

Cependant, on a remarqué que les troubles du sommeil sont également présents chez les femmes ménopausées qui ne présentent pas de bouffées de chaleur nocturnes.

Un autre explication réside dans le fait qu'à la ménopause, certaines femmes présentent un niveau d'anxiété plus élevé ainsi que des patterns dépressifs. Ces deux éléments peuvent également engendrer des troubles du sommeil.

3. Troubles de l'humeur

Une vulnérabilité psychologique semble être présente lors de la ménopause. En effet, un certains nombres de rapports semblent montrer qu'il existe une augmentation du nombre de cas de dépressions au début de la ménopause [2].

Les cas de dépressions ne semblent pas être directement liés à la carence en œstrogène mais plutôt aux conséquences entrainées par cette carence.

Certains facteurs comme la présence de bouffées de chaleur, les troubles du sommeil, la prise de poids pourraient entrainer l'expression de ces patterns dépressifs. En effet, on comprendra aisément que les troubles du sommeil peuvent entrainer de la nervosité, de l'anxiété et donc modifier l'humeur.

4. Sécheresse vaginale et troubles des organes génitaux

La réduction de l'imprégnation oestrogénique est responsable d'une modification des structures dont la trophicité était assurée par les œstrogènes. Il s'agit notamment des épithélium du vagin et de l'urètre.

La vulve et le vagin s'atrophient, les grandes et petites lèvres s'amincissent et se dépigmentent, l'orifice vulvaire se rétrécit, la production de mucus diminue, la flore se modifie.

Ces modifications peuvent entraîner des dyspareunies, des sensations de brûlures vaginales, des sensations de sécheresse et avoir un grand impact sur la vie sexuelle de la femme.

On estime que plus de 85 pourcent des femmes au-delà de 40 ans présentent des plaintes de sécheresse vaginale [2].

Les symptômes ont tendance à s'aggraver avec le temps et la carence oestrogénique.

A la ménopause, on observe également une modification de la flore vaginale qui a tendance à s'appauvrir d'où le risque plus élevé de développer des infections urinaires ou vaginales.

5. Diminution de la libido

La fréquence des rapports sexuels à tendance à baisser chez les femmes ménopausées.

Cela est d'une part dû à une baisse de la libido et du désir sexuel mais également aux différents éléments cités ci-dessus (atrophie vaginale, diminution de la production du mucus, dyspareunie…) . En effet, les rapports peuvent en conséquence être douloureux et procurer moins de plaisir. La carence en oestrogènes mène en effet à une diminution du flux sanguin au niveau de la vulve et du vagin. Cette diminution du flux est une cause majeure de la diminution de lubrification vaginale. Les muqueuses peuvent également devenir atrophiques.

6. Troubles urinaires

Les troubles urinaires telles que la dysurie, l'incontinence urinaire, les mictalgies , les infections urinaires à répétitions sont au moment de la ménopause plus fréquentes suite à la carence en œstrogènes. En effet, comme cité précédemment les œstrogènes jouent à plusieurs niveau du tractus urogénital :

- Maintien du flux sanguin optimal
- Maintien de la production d'acide hyaluronique qui garde les muqueuses hydratées
- Maintien de la production de collagène qui permet de garder l'élasticité et l'épaisseur des parois des muqueuses.
- Action sur la flore vaginale (flore de Döderlein)

En conséquence l'hypooestrogénisme visible à la ménopause mène à un inconfort urinaire, à de la dysurie et à des infections urinaires plus fréquentes.

On peut observer un risque plus élevé de développer de l'incontinence d'urgence [6].

7. Troubles cutanéo-phanériens

A la ménopause, on peut observer des modifications au niveau de la peau et des phanères. Le vieillissement cutané s'accélère suite à la carence en œstrogène qui en temps normal permet de maintenir la production de collagène au niveau de la peau et des os. On pourra constater une atrophie du derme et de l'épiderme, une accentuation des rides, une diminution de l'élasticité de la peau.

Certaines femmes présentent aussi une sécheresse cutanée intense accompagnée de prurit.

Un phénomène d'hyper androgénie transitoire peut survenir menant à une alopécie androgénique ou un hirsutisme modéré.

8. Douleurs articulaires

Les douleurs ostéoarticulaires ou arthralgies sont fréquemment rapportées par les femmes ménopausées.

Alors que les femmes obèses ou dépressives semblent présenter ces plaintes plus fréquemment, il semble également y a avoir un lien avec la ménopause.

Si les arguments d'un effet protecteur des œstrogènes sur la masse osseuse ne manquent pas, il n'y a à ce jour, pas de lien clairement établi entre la carence en œstrogène et les douleurs articulaires. La fréquence exacte ainsi que les mécanismes physiopathologiques restent largement inconnus [15].

9. Mastodynies

Les mastodynies sont surtout présentes lors de la péri-ménopause. Elles sont liées aux déséquilibres hormonaux en faveur des œstrogènes présent pendant le phase précoce.

Elles ont tendance à s'améliorer avec le temps.

10. Migraines

De même que pour les mastodynies, les migraines peuvent augmenter chez les femmes prédisposées en périménopause ou lors de la phase précoce de la ménopause.

La cause est la même que celle évoquée ci-dessus.

B. Long terme

1. Ostéoporose

L'ostéoporose se caractérise par une diminution de la masse osseuse et une détérioration de la structure interne du tissu osseux. Elle rend donc les os plus fragiles et accroit donc considérablement le risque de fracture.

Elle est de plus en plus fréquente dû au vieillissement de nos populations et représente un véritable enjeu de santé publique.

En effet, selon l'INSERM, chaque année près de 400 000 fractures sont attribuées à l'ostéoporose en France. Parmi les plus fréquentes citons les fractures du col du fémur, les fractures de Pouteau Col et les fractures vertébrales.

Ces fractures compromettent souvent la qualité de vie des patientes notamment en raison des douleurs persistantes qu'elles peuvent engendrer et des répercussions sur leur autonomie.

Le tissus osseux est soumis à un remaniement constant assuré par la balance entre le travail des ostéoblastes et des ostéoclastes. A la ménopause, la carence oestrogénique entraine une accélération du processus de déminéralisation osseuse par la modification de l'activité du remodelage osseux. En effet, on observe une diminution de l'activité ostéoblastique, une accélération de l'activité ostéoclastique et une diminution de l'absorption du calcium intestinal.

Les risques de développer de l'ostéoporose sont d'autant plus importants que la patiente présente des facteurs de risques associés :

- Consommation d'alcool et de tabac
- Faible activité physique
- Ménopause précoce (<40ans)

- Maigreur
- Carence en vitamine D et Calcium
- Prise de glucocorticoïdes sur le long terme
- Affections internistiques (Annexe 5)

Pour ce qui est du dépistage, la National Bone Health Alliance suggère d'évaluer le risque d'ostéoporose chez toutes les femmes ménopausées. Le but de cette évaluation est d'identifier les femmes chez lesquelles un traitement devrait être instauré afin de diminuer le risque d'évolution vers de l'ostéoporose et donc le risque de fracture.

L'évaluation doit comprendre :

- Antécédents de la patiente
- Recherche des facteurs de risque de fracture
- Score FRAX

Le Frax permet sur base de différents items de calculer le risque de fractures sur 10 ans pour les patients entre 40-90 ans (Annexe 6).

L'ostéodensitométrie permet de calculer la densité minérale osseuse. Il existe en effet une corrélation entre densité minérale osseuse (DMO) et le risque de fracture. Cette mesure est généralement réalisée en 2 sites (rachis lombaire et col fémoral) et permet de classifier les patients en 3 catégories :

- DMO supérieure à la moyenne de référence chez l'adulte jeune moins un écart type (T-Score -1)
- Ostéopénie : -2.5 < T-score < -1
- Ostéoporose : T score <-2.5

2. <u>Effets cardiovasculaires</u>

En 2018, les maladies cardiovasculaires représentent encore la première cause de mortalité chez les femmes belges.

Alors que les hommes semblent nettement plus atteints que les femmes avant 50 ans, la balance à tendance à s'inverser après la ménopause. De telle manière que certains considèrent la ménopause comme un facteur de risque à part entière.

En effet, les œstrogènes ont de très nombreux effets sur la coagulation, la tension artérielle, la régulation du métabolisme.

A la ménopause, on peut observer les modifications métaboliques suivantes.

Métabolisme des lipides et des lipoprotéines	• Augmentation des lipides LDL et triglycérides • Diminution des HDL
Facteurs vasculaires	• Augmentation de la tension artérielle (action sur le muscle lisse et endothélium vasculaire) • Augmentation de la rigidité artérielle
Syndrome métabolique	• Distribution des masses adipeuses type androïde • Augmente l'insulino résistance → risque plus élevé diabète de type II
Coagulation	• Augmentation du fibrinogène • Augmentation PAI-1 • Augmentation facteur VII La balance fibrinolyse coagulation penche vers la coagulation.

3. Arthrite

Certaines revues mentionnent que les arthrites ostéoarticulaires seraient plus fréquentes une fois la femme ménopausée.

Les données sont encore trop limitées que pour tirer des conclusions.

4. Changement cognitif

La possibilité d'une dégradation des fonctions cognitives liées à la carence oestrogénique à la ménopause a été évoquée portant notamment sur les capacités de mémorisation, les performances intellectuelles , le raisonnement…

A l'heure actuelle, nous n'avons pas encore assez de preuves pour assurer le lien entre les œstrogènes et les troubles cognitifs [2].

5. Changements corporels

Comme mentionné plus haut, la chute des œstrogènes va entrainer une redistribution des graisses donnant un profil plutôt androïde.

Les femmes ménopausées ont tendance à gagner en masse grasse et perdre de la masse musculaire.

La prise de poids ne semble quant à elle pas directement liée à la ménopause [2].

DIAGNOSTIC

A. Femme sans antécédent > 45ans

Le diagnostic de la ménopause est avant tout un diagnostic clinique !

En effet, pour déclarer qu'une femme est ménopausée il faut qu'elle présente une aménorrhée de 12 mois sans autre cause identifiable.

La périménopause peut cependant déjà être suspectée chez les femmes qui présentent des modifications de l'intervalle entre leurs cycles ou des cycles irréguliers. L'association à des symptômes climatériques tels que des bouffées de chaleur, des troubles du sommeil, des troubles génito-urinaires sont également des éléments en faveur d'une péri ménopause.

Rappelons également que dans les premières années de transition ménopausique, un climat d'hyperoestrogénisme peut s'installer avec dans ce cas-là des mastalgies, des dysménorrhées…

Le dosage de LH et de la FSH ne sont pas nécessaires pour effectuer le diagnostic . En effet, les taux hormonaux peuvent fluctuer fortement d'un cycle à l'autre en période de péri-ménopause.

Si une femme présente des cycles anovulatoires pendant plusieurs mois et développe une aménorrhée, un test au progestatif peut être réalisé. Le progestatif est administré 10 jours par mois. S'il n'y a pas de saignements à l'arrêt du progestatif pendant plus de 3 cycles, on peut en conclure que la patiente ne sécrète plus d'œstrogènes.

Il n'y a pas de méthode fiable pour prédire à quel moment surviendra la ménopause chez une femme

B. Femmes sans antécédent 40-45ans

Le diagnostic est également clinique et basé sur les mêmes principes que les femmes âgées de plus de 45ans.

Cependant il conviendra d'exclure par prudence les autres causes d'aménorrhée avec un dosage de la prolactine, de l'HCG, de la TSH et T4.

C. Femmes sans antécédent < 40ans

Les femmes de moins de 40ans présentant une aménorrhée ou des changements dans leur cycles menstruels doivent avant tout faire l'objet d'investigations.

Avant 40ans on parlera avant tout d'insuffisance ovarienne. Une anamnèse complète devra être réalisée ainsi qu'une biologie.

Parmi les diagnostics différentiels évoquons entre autres :

- Hyperthyroidie
- Hyperprolactinémie
- grossesse
- Anorexie
- Médicamenteuse
- Acromégalie
- Cushing
- …

D. Situations particulières

1. Femmes avec cycles irréguliers

Chez les femmes avec des cycles irréguliers par exemple à cause du syndrome OMPK, se baser sur les symptômes cliniques n'est pas suffisant et pas fiable.

Certaines études mentionnent que les femmes souffrant de ce syndrome ont tendance à avoir des cycles plus réguliers dans les dernières années précédant la ménopause. Cependant nous avons relativement peu d'informations fiables à ce sujet.

Pour faire le diagnostic de ménopause chez ces patientes, un dosage de la FSH est recommandé d'autant plus s'il est associé à des symptômes climatériques.

2. Femmes sous contraception hormonale

Chez les femmes sous contraception hormonale, le diagnostic de ménopause peut s'avérer plus compliqué étant donné que ces femmes ne vont pas présenter de dérèglement de leurs cycles ni de symptômes climatériques.

De plus comme leur axe hypothalamo-hypophysaire est inhibé par la prise d'hormones exogènes, le taux de FSH ne peut être interprété de façon fiable.

Les guidelines conseillent donc de stopper la pilule et de mesurer le taux de FSH 2-4semaines plus tard. Un taux supérieur à 25U/L indique que la patiente rentre probablement dans la phase de ménopause mais ne peut cependant pas l'affirmer.

La contraception peut dans ces cas être arrêtée aux alentours de 50 ans quand la fertilité est devenue relativement faible.

3. Femmes hystérectomisées

De nouveau, chez ces patientes le critère de l'aménorrhée >12 mois ne peut être utilisé pour déterminer le statut de la patiente.

Le diagnostic sera dans ce cas établi sur base de la survenue de symptômes climatériques associés à un dosage de la FSH.

TRAITEMENTS

Dans le passé, les indications du THS étaient beaucoup plus nombreuses et les traitements de substitutions nettement plus prescrits. En 2002, l'étude WHI publie des données mettant en évidence que les traitements à base d'œstrogènes augmentent le risque d'infarctus, de thrombose veineuses, d'embolies et de cancers du sein.

Des résultats similaires sont exposés dans de nombreuses méta analyses. Cette grande étude aujourd'hui connue de tous modifiera les modes de prescription et les indications de traitement.

Le traitement hormonal de substitution THS , consiste à administrer des œstrogènes dans le but de contrecarrer les effets de la carence oestrogénique survenant à la ménopause.

Il est nécessaire d'y associer un progestatif chez les femmes non hystérectomisées pour contrebalancer l'effet prolifératif des œstrogènes sur la muqueuse utérine.

A. Les recommandations actuelles :

Selon Haute Autorité de Santé (HAS) française, un THS trouve sa place quand :

→ les symptômes de la ménopause altèrent significativement la qualité de vie des femmes. Il s'agit principalement des symptômes climatériques. Une évaluation individuelle de la balance bénéfices/ risques doit être réalisée systématiquement pour chaque patiente tenant compte du risque cardiovasculaire, thromboembolique, oncologique et ostéoporotique[20].

Dans ce cas, un THS peut être justifié à condition qu'il soit prescrit à la plus petite dose efficace et pour la durée la plus courte possible et en respectant la fenêtre thérapeutique c'est-à-dire qu'il soit instauré avant 60ans ou maximum 10ans après l'apparition des premiers symptômes.

Une évaluation régulière doit avoir lieu.

Une autre indication

→ Prévention de l'ostéoporose.

On ne doit pas prescrire un THS systématiquement chez une patiente ménopausée dans le seul but de préserver son capital osseux.

En effet, à l'heure actuelle aucune étude ne démontre l'efficacité à long terme du THS après arrêt du traitement sur la prévention des fractures.

Le THS constituera une alternative aux traitements de l'ostéoporose qu'en cas d'intolérance ou de contre-indication à ces derniers.

B. <u>Les contre-indications</u>

- Cancer du sein connu ou suspecté ou antécédent de cancer du sein
- Tumeur œstrogène-dépendante connue ou suspectée
- Hyperplasie endométriale non traitée
- Antécédent d'accident thromboembolique veineux
- Anomalies thrombophiliques connues (déficit en protéine C, protéine S …)
- Hémorragie génitale sans diagnostic établi
- Patiente à haut risque cardiovasculaire (la présence de facteurs de risques cardiovasculaires isolés ne constitue pas à ce jour une contre-indication majeure et permanente)
- Antécédent de syndrome coronarien aigu ou de maladie coronaire
- Affection hépatique aigue ou chronique jusqu'à normalisation des tests hépatiques
- Porphyrie

Le traitement devra être immédiatement arrêté en cas de :

- Ictère ou altération de la fonction hépatique
- Augmentation brutale de la tension artérielle
- céphalées de types migraines inhabituelles

C. <u>Bénéfices du traitement : (Annexe 7)</u>

1) <u>Troubles climatériques</u>

Les troubles vasomoteurs sont l'indication première de prescription d'un THS. Les patientes avec des symptômes légers à modérés sans répercussion sur leur qualité de vie ne doivent pas systématiquement recevoir un traitement. Une évaluation au cas par cas doit avoir lieu. Cependant, notons que les patientes avec des symptômes modérés à sévères avec répercussions sur la qualité de vie sont des candidates pour un THS.

L'efficacité du THS sur les bouffées de chaleur a été prouvée dans de très nombreuses études. Une diminution de 80% des bouffées de chaleur a été observée chez les patientes symptomatiques sous THS, l'amélioration est corrélée à leur intensité [5].

2) Ostéoporose et fractures

L'effet bénéfique du THS en matière de prévention de l'ostéoporose et de la diminution des fractures est maintenant bien démontré. L'étude WHI n'avait d'ailleurs pas remis ce bénéfice en question. En effet, le risque de fractures ostéoporotiques y était significativement diminué dans le groupe de femmes traitées par rapport au placebo pour la survenue de fractures de l'extrémité supérieure du fémur, fractures vertébrales, fracture du poignet. Ce gain de masse osseuse est dose donc dépendant et augmente principalement au cours de la première année de traitement avant de tendre vers un plateau [1] .

D'autres études ont également démontré des résultats similaires.

Cependant, lors de l'arrêt du traitement, la perte osseuse reprend un risque physiologique. (Annexes 8-9)

3) Cancer du colon

Le risque du cancer colorectal diminue légèrement sous THS, ces données ont été retrouvées dans plusieurs études dont la WHI [1].

L'effet est seulement observé pour un THS oestroprogestatif et non pas pour un traitement oestrogénique seul.

4) Fonction cognitive

La prévention des troubles cognitifs a longtemps été revendiquée comme un effet favorable et bénéfique du THS.

Cependant, qu'il s'agisse de l'étude WHI ou de la plus récente étude ELITE, aucune ne met en évidence une préservation des fonctions cognitives sous THS. L'âge au moment de l'initiation du traitement ne semble pas non plus influencer les résultats [1].

5) Infections urinaires à répétition

Les œstrogènes locaux sont efficaces pour diminuer les symptômes liés à l'atrophie vaginale. Les œstrogènes locaux semblent également être efficaces pour diminuer la fréquence des infections du tractus urinaire.

6. Qualité de vie

La qualité de vie des patientes sous THS semblent être améliorée à condition qu'elles aient présenté des symptômes vasomoteurs ou en lien avec la ménopause [1].

D. Risques du traitement

1) Cancer de l'endomètre

Le THS par œstrogènes seuls augmente le risque de cancer de l'endomètre raison pour laquelle il doit impérativement être associé à un progestatif chez les patientes non hystérectomisées. Ceci survient autant avec des œstrogènes oraux que transdermiques. Le risque relatif allant de 3.1 à 15 selon les études.

L'administration séquentielle ne diminue pas non plus le risque.

L'association d'un œstrogène à un progestatif abolit quasiment le risque de cancer de l'endomètre. Cette constatation est également celle de l'étude WHI [1,13].

L'étude PEPI (postmenopausal estrogen progestin intervention) montre que l'utilisation cyclique de progestérone est équivalente aux traitements continus. L'administration de progestérone <10j par cycle est moins protectrice.

2) Cancer ovarien

Les études concluent que le risque de cancer de l'ovaire suite à la prise d'un THS est extrêmement faible. L'utilisation d'un THS pendant 5 ans chez des femmes âgées de 50-54 ans augmenterait de 1/1000 le nombre de cancers de l'ovaire et serait responsable d'un décès sur 1700.

La prise en compte du risque de cancer de l'ovaire ne doit pas être une contre-indication à la prescription d'un THS étant donné que le risque absolu de cancer de l'ovaire sous THS est extrêmement faible.

3) Cancer du sein :

Il existe un sur-risque de cancer du sein chez les patientes traitées avec un THS [1,9,12,13].

Ce risque avait initialement été mis en lumière par l'étude WHI et été la base de la déprescription spectaculaire des traitements de substitution. L'étude WHI avait en effet mis en évidence une augmentation du risque de cancer du sein avec THS oestroprogestatifs et suggérait une petite diminution du risque sous œstrogènes seuls.

L'étude WHI, qui rappelons-le utilisait des oestrogènes équins et de la medroxyprogestérone, a montré que l'augmentation du risque de cancer du sein survenait principalement après 5.6ans d'utilisation comparé au placebo. (annexe 10)

L'étude avait démontré un excès de 8 cas de cancers du sein sur 10000 personnes traitées après une moyenne de 5.2ans.

Un grande méta-analyse datant de 2019 et incluant 145 000 patientes avec cancer du sein et 425 000 sans cancer du sein a fait le point sur cette association :

- Les THS oestroprogestatifs sont associés à une augmentation du risque de cancer du sein. Il n'y a pas de risque excessif avec les œstrogènes vaginaux.
- Les risque de cancer du sein augmente avec la durée du traitement.
- L'obésité n'est pas associée à un risque excessif
- Il est formellement démontré avec une durée de traitement supérieur à 5ans
- Le type de progestatif utilisé semble avoir une influence

Cette méta-analyse présente cependant quelques limitations. En effet, la majorité des femmes incluses dans l'étude utilisaient une association d'œstrogène et de medroxyprogesterone acétate alors que les traitements utilisés à l'heure actuelle et recommandés contiennent plutôt des doses plus faibles d'œstrogènes (transdermiques, 17 beta estradiol…) associés à de la progestérone micronisée . De cette combinaison résulte un risque plus faible de cancer du sein .

Rappelons que le risque de cancer du sein dépend également de la densité mammaire, du type de progestatif utilisé.

4) Risque cardio-vasculaire

On a longtemps pensé que le THS avait un effet bénéfique et protecteur sur le système cardiovasculaire. En effet, la majorité des études publiées jusque dans les années 1990 allaient dans ce sens.

Il faudra attendre les grandes études HERS et WHI pour que ces résultats soient remis en cause. Dans l'étude HERS aucun effet bénéfique n'est retrouvé. Dans l'étude WHI un léger sur risque est mis en évidence uniquement pour les femmes traitées avec un oestroprogestatif.

Après la parution de ces deux études, les recommandations ont été de ne plus prescrire de THS dans le cadre de la prévention primaire des accidents coronariens. Cependant, il faut préciser que ces études sont critiquables à plusieurs niveau : l'âge des patientes était élevé (en moyenne plus de 63ans) , 70 pourcent étaient en surpoids, 35% étaient hypertendues et 5% diabétiques. Le progestatif utilisé était le medroxyprogestérone acétatte ayant des propriétés androgéniques.

Aujourd'hui on considère donc que chez des patientes à bas risque cardio-vasculaire, ce léger sur risque ne justifie pas de ne pas prescrire un THS qui aurait par ailleurs un bénéfice élevé d'autre nature

5) Risque AVC

Le THS (par œstrogènes équins et medroxyprogestérone) oestroprogestatif augmente le risque d'AVC ischémique et non pas hémorragique indépendamment de la durée de traitement et des autres facteurs de risque.

Le risque serait moins élevé avec des préparations transdermiques.

Le risque ne serait que très faiblement augmenté chez les patientes âgées de 50-59ans [1].

Ce sur-risque ne justifie pas de ne pas prescrire un THS chez les patientes qui auraient par un ailleurs un bénéfice élevé d'une autre nature.

6) Risque thromboembolique

Il existe une augmentation du risque d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde chez les utilisatrices d'un THS (par œstrogènes équins et medroxyprogestérone).

Le risque semble être plus faible avec les traitements transdermiques comparés aux préparations orales [1].

Le risque varie également en fonction du progestatif utilisé.

7) Incontinence urinaire

Les œstrogènes peuvent soulager la dyspareunie, les cystites à répétitions, les atrophies vaginales et urétrales.

Cependant les études HERS et WHI ont rapporté que le THS aggravait l'incontinence [1,13].

Il ne doit donc pas être prescrit dans cette indication.

L'utilisation d'œstrogène par voie locale n'augmente pas ce risque.

8) Lithiase biliaire

Le risque de lithiase serait augmenté sous THS ce qui est dû aux œstrogènes. Ce risque a été mis en évidence au cours de l'étude WHI et serait plus important chez les femmes recevant un œstrogène seul.

BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

Il est important de rappeler que toute prescription d'un THS doit être basée sur une indication médicale et avoir pour but l'amélioration des symptômes en lien avec la carence oestrogénique, la qualité de vie de la patiente.

Avant l'instauration d'un traitement hormonal de substitution il en va de faire une consultation avec anamnèse précise quant à la symptomatologie de la patiente.

Il sera important de confirmer que les symptômes sont bien attribuables à la ménopause et d'évaluer la sévérité et l'impact de ces derniers sur la qualité de vie de la patiente.

Les facteurs de risques et les contre-indications à la prescription d'un THS seront systématiquement recherchés.

Le médecin peut être aidé dans l'évaluation de l'impact des symptômes climatériques sur la vie quotidienne au niveau psychique, psychologique et sexuel grâce au ménopause rating scale MRS ou également par les tables score de Kupperman.

Un examen clinique sera systématiquement réalisé avec une prise de poids, mesure de la tension artérielle.

Un bilan biologique comportant un bilan lipidique et une glycémie à jeun n'est à priori pas obligatoire chez une femme n'ayant aucun antécédent cardiovasculaire ou métabolique. Il permet cependant d'orienter la voie d'administration des œstrogènes et d'éviter la prise orale en cas d'élévation des triglycérides ou autre trouble métabolique.

Une mammographie bilatérale et comparative est recommandée avant l'instauration d'un THS afin d'exclure une néoplasie débutante. La densité mammaire est importante à connaitre. En effet, il y existe une association positive entre la densité mammaire, l'utilisation d'un THS et le risque de développer un cancer du sein . Plus la densité mammaire est élevée plus le risque induit par le traitement est important.

L'échographie gynécologique n'est pas pertinente chez une femme ménopausée asymptomatique. Elle s'imposera par contre en cas de saignements gynécologiques, de douleurs pelviennes, ou en présence d'antécédents de pathologie utéro ovarienne.

Il n'est pas jugé utile de demander une ostéodensitométrie avant la prescription d'un THS dans la mesure où l'on considère a priori qu'un traitement fait à dose efficace et dans de bonnes conditions préviendra la perte osseuse. L'ostéodensitométrie reste réservée aux patientes présentant des risques

MODALITÉS DE PRESCRIPTION

A. Les œstrogènes

Chez nous, le traitement de référence est un œstrogène naturel : le 17-β-oestradiol, dont la molécule est identique à l'œstrogène endogène.

Il peut être administré par voie orale, par voie locale (transdermique) patch ou percutanée (gel).

Selon les données de littératures, la voie transdermique, qui évite le premier passage hépatique, serait la plus sûre.

En effet, la voie transdermique limiterait l'élévation des VLDL, des triglycérides, et des facteurs de la coagulation. Le risque thromboembolique serait donc moins impacté.

Les p

osologies sont adaptées en fonction de l'efficacité sur les symptômes climatériques et de la tolérance (signe d'hyperoestrogénisme).

Rappelons que l'objectif est toujours d'administrer la dose la plus faible possible.

Chez les patientes hystérectomisées, un traitement oestrogénique peut être administré seul.

Aux Etats-Unis, les oestrogènes majoritairement utilisés aujourd'hui restent les oestrogènes équins qui sont ceux ayant été utilisés lors des grandes études telle que la WHI.

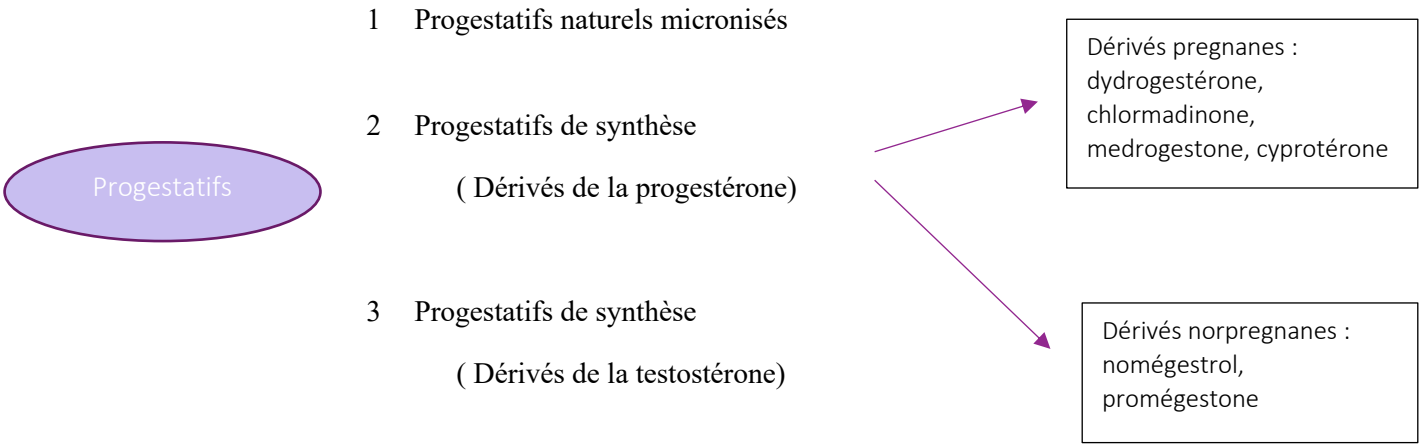
B. Les progestatifs

L'association d'un progestatif aux œstrogènes est indispensable chez les femmes non hystérectomisées afin d'éviter une hyperplasie de l'endomètre.

Les progestatifs les plus utilisés chez nous sont la progestérone naturelle et les progestatifs de synthèse comprenant les dérives de 17-hydroxyprogestérone, les pregnanes et les norpregnanes. La progestérone micronisée ainsi que la didrogestérone sont des choix prioritaires en raison de leur profil plus sécure.

Les progestatifs dérivés de la 19-Nortestostérone doivent être évités en raison de leur effet androgénique délétère sur les paramètres métaboliques

Le choix des progestatifs est très important pour la sécurité du THS.



C. Les différents schémas

Les progestatifs peuvent être utilisés soit de façon continue soit discontinue (minimum 25 jours par mois).

Ils sont associés aux œstrogènes chez les femmes non hystérectomisées au mois 12 jours par mois (Annexe 11, 12).

Le choix du schéma thérapeutique se fait en fonction des préférences de la patiente.

Les traitements séquentiels favoriseraient moins le risque de cancer du sein que les traitements combinés.

Séquentiel :

Le traitement oestrogénique est donné 25 jours par mois et associé à un progestatif les 12 derniers jours du mois. Une hémorragie de privation survient généralement dans les 2-3jours qui suivent l'arrêt des traitements.

Une autre option est de donner un œstrogène en continu associé à un progestatifs les 12 derniers jours du mois. Ce schéma est appelé séquentiel continu. Dans ce cas, l'hémorragie de privation est moins constante à l'arrêt du progestatif.

Combinés:

L'œstrogène et le progestatif sont administrés simultanément dès le premier jour du mois. Le schéma peut être arrêté le 25ème jour du mois puis repris le mois suivant. C'est ce qu'on appelle le schéma combiné discontinu.

Dernière option le schéma combiné continu, dans lequel le traitement est pris sans interruption.

SUIVI

Suite à l'instauration d'un THS, une surveillance clinique doit avoir lieu avec un examen clinique régulier et un rendez-vous quelques mois après l'instauration du traitement.

Ce suivi aura pour objectif d'évaluer l'efficacité du traitement ainsi que sa tolérance. Rappelons l'objectif de toujours donner la plus petite dose efficace possible. La posologie sera adaptée en fonction de la clinique. Un traitement trop faiblement dosé se manifestera par des symptômes climatériques alors qu'un traitement trop fortement dosé se caractérisera par l'apparition de mastodynie par exemple.

A chaque consultation, un prise de tension artérielle sera réalisée et une évaluation des facteurs de risque.

Rappelons que la présence de facteurs de risque faibles ou modérés ne représentent pas une contre-indication absolue à la prescription d'un THS. Il faudra faire une évaluation individuelle et adaptée à chaque patiente.

Les consultations de suivi sont aussi le moment idéal pour rappeler à la patiente la prévention. Dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal à réaliser tous les 3 ans et mammographie de dépistage tous les 2ans.

Il sera également nécessaire d'évaluer une fois par an la nécessité du traitement de substitution. Pour cela , il est conseillé de diminuer les doses d'œstrogènes ou de suspendre le traitement pendant quelques semaines et de voir l'évolution.

Dans tous les cas, le traitement devrait dans l'idéal se limiter à 5 ans même si aujourd'hui les recommandations ne contre-indiquent pas une durée plus longue au besoin.

ALTERNATIVES AUX TRAITEMENTS OESTROPROGESTATIFS

Modifications du mode de vie et mesure hygiéno-diététiques :

De manière systématique une bonne hygiène de vie est à encourager chez les patientes ménopausées qu'elle soit associée ou non à un traitement médicamenteux. Dans tous les cas un mode de vie sain ne peut qu'être encouragé afin d'une part, de diminuer les symptômes liés à la ménopause, mais d'autre part, pour également prévenir le risque cardio-vasculaire, l'ostéoporose …

Parmi ces mesures on retrouve :

- Pratiquer une activité physique régulière

- Modérer la consommation de boissons chaudes, d'aliments chauds ou épicés, de caféine, d'alcool ou de tabac.
- Porter des vêtements légers
- Dormir dans une pièce fraiche

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine(SSRI)

Représenteraient d'après la littérature [5] l'alternative la plus efficace. La réponse clinique serait rapide, plus rapide que celle attendue dans le cadre de la dépression.

1) Paroxétine : prise à petites doses (10-20mg mg/j) représente le premier choix de SSRI à utiliser dans le cadre des bouffées de chaleur. Elle a reçu l'approbation de la FDA pour être utilisée dans cette indication aux USA. Attention cependant à ne pas utiliser la paroxétine chez les patientes traitées par tamoxifène car la paroxétine est une inhibitrice du cytochrome CYP2D6. Les effets secondaires sont ceux des SSRI et dose dépendant.
2) Le citalopram peut également être utilisé à raison de 20mg par jour, les effets secondaires sont minimes dans ce cas et similaires à ceux observés dans la dépression
3) La sertraline et la fluoxétine ne semblent pas avoir d'effet démontré dans les bouffées de chaleur et ne sont donc pas conseillées dans cette indication là.

Anti-épileptiques

La Gabapentine dont l'utilisation est bien connue dans les douleurs neuropatiques présente également une efficacité sur les bouffées de chaleur[5]. A dose de 900mg par jour, elle a montré une efficacité supérieure au placebo dans beaucoup d'étude.

Pour une effcicacité optimale, il est conseillé de prendre la dose de gabapentine juste avant d'aller dormir. On conseille de commencer par 100mg et d'augmenter tous les 3jours jusqu'à obtenir une réponse suffisante. La dose maximale étant de 900mg. Attention à cette dose, la gabapentine peut provoquer des effets secondaires comme des céphalées, des vertiges , de la confusion. La balance bénéfices risques doit donc être pesée avant l'initiation du traitement.

La prégabaline peut également être utilisée à dose de 300mg par jour.

Clonidine

La clonidine est un agoniste alpha adrénergique d'action centrale qui peut être utilisé dans le cadre des bouffées de chaleur.

Les effets secondaires qui peuvent découler de son utilisation (vertiges, agitations nocturnes, sécheresse buccale) fait qu'elle est peu prescrite aujourd'hui [5].

Tibolone

Il s'agit d'un progestatif norstéroide ayant 3 activités (androgénique, oestrogénique, progestative). Il semblerait améliorer les troubles vasomoteurs, les troubles trophiques génito-urinaires, les troubles psychiques ainsi que la densité minérale osseuse.

Étant donné son effet sur le profil lipidique et pro-thrombotique ainsi que sur l'augmentation du risque de cancer du sein et de l'endomètre, il présente les mêmes contre-indications que les THS oestroprogestatifs[5,24].

Phytothérapie

Les phyto-œstrogènes sont des médicaments dérivés de nutriments d'origine végétale, ayant une action par similitude structurale avec l'œstradiol.

Il existe 3 catégories (isoflavones,lignanes,coumestanes) dérivant surtout du soja, de la luzerne et des lentilles.

Ils seraient efficaces sur les bouffées de chaleur (faible niveau de preuve) mais leur sécurité d'emploi pose encore à ce jour problème faute d'études fiables [17].

Il est important de rappeler qu'ils possèdent probablement les mêmes effets indésirables que les œstrogènes. Ils sont donc contre-indiqués chez les femmes ayant un antécédent de cancer du sein oestrogénodépendant [3,4].

Béta-alanine

Il s'agit d'un acide aminé qui agirait sur les phénomènes de vasodilatation périphérique comme inhibiteur non hormonale des bouffées de chaleur.

Les preuves ne sont pas assez fortes pour assurer sa supériorité à un placebo et son utilisation peut mener à des effets secondaires tel que des paresthésies [5].

Œstrogènes par voie vaginale

Déjà cités dans les sections ci-dessus, cette forme doit principalement être réservée aux femmes présentant des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale. Ils sont principalement prescrits sous forme de crème ou d'ovule.

Rappelons leurs bénéfices sur la restauration de la flore vaginale, épaississement de l'épithélium, augmentation de la lubrification vaginale, diminution des sécheresses vaginales et donc de la dyspareunie. Les œstrogènes locaux ont également montré un effet bénéfique sur les infections urinaires à répétition [6].

En cas de dyspareunie des traitements à base de gels lubrifiants non hormonaux peuvent également être proposés.

DHEA

Disponible sous forme de prastérone vaginale, ce précurseur stéroïde d'hormones sexuelles peut être utilisé dans le traitement de la dyspareunie ou de l'atrophie vaginale liées à la ménopause.

La prastérone ne représente pas un premier choix et ne doit s'utiliser qu'après échec des traitements locaux type lubrifiants et contre-indication absolue aux oestrogènes locaux.

Son mécanisme d'action est lié à l'aromatisation de l'androstenedione et de la testostérone en oestrone et oestradiol locaux.

Certaines études ont montré un effet positif sur la libido [6].

La prastérone expose cependant à un risque d'écoulements vaginaux plus importants et de candidose. De par son origine, la prastérone peut également exercer des effets androgéniques et oestrogéniques et présenter des risques peu connus sur le long terme.

Elle n'est donc pas conseillée dans le cadre de la prise en charge de la ménopause.

Hypnose, yoga, acupuncture

L'hypnose, le yoga et l'acupuncture sont des méthodes qui semblent diminuer les bouffées de chaleur liées à la ménopause chez certaines femmes sans effets indésirables.

Leur efficacité au-delà de celle d'un placébo est difficilement indentifiable [3].

Valériane

Selon des données de faibles preuves, la valériane semble diminuer la fréquence des bouffées de chaleur liée à la ménopause.

La valériane n'expose pas à des effets indésirables notables sous réserve d'être utilisée sous forme d'extrait aqueux ou hydro alcoolique.

Homéopathie

L'évaluation des préparations homéopathiques pour soulager les bouffées de chaleur est pauvre et n'a pas montré d'efficacité supérieure à celle d'un placebo [5].

L'innocuité des préparations n'est garantie qu'à partir d'un certain degré de dilution. Si la dilution n'est pas suffisante des réactions d'hypersensibilité peuvent être observées.

Antagonistes des récepteurs à la neurokinine 3 :

Le centre de la thermorégulation au niveau hypothalamique est innervé par des neurones à la kisspeptin, neurokinine B , dysnorphine. Ces neurones sont stimulés par la neurokinine B et inhibés par les oestrogènes. A la ménopause, les oestrogènes diminuent et les signaux induits par la neurokine augmentent. Il en résulte une augmentation des phénomènes vasomoteurs. Actuellement des antogonistes des recepteurs à la neurokinine B sont étudiés et semblent être une alternative prometteuse au THS [5].

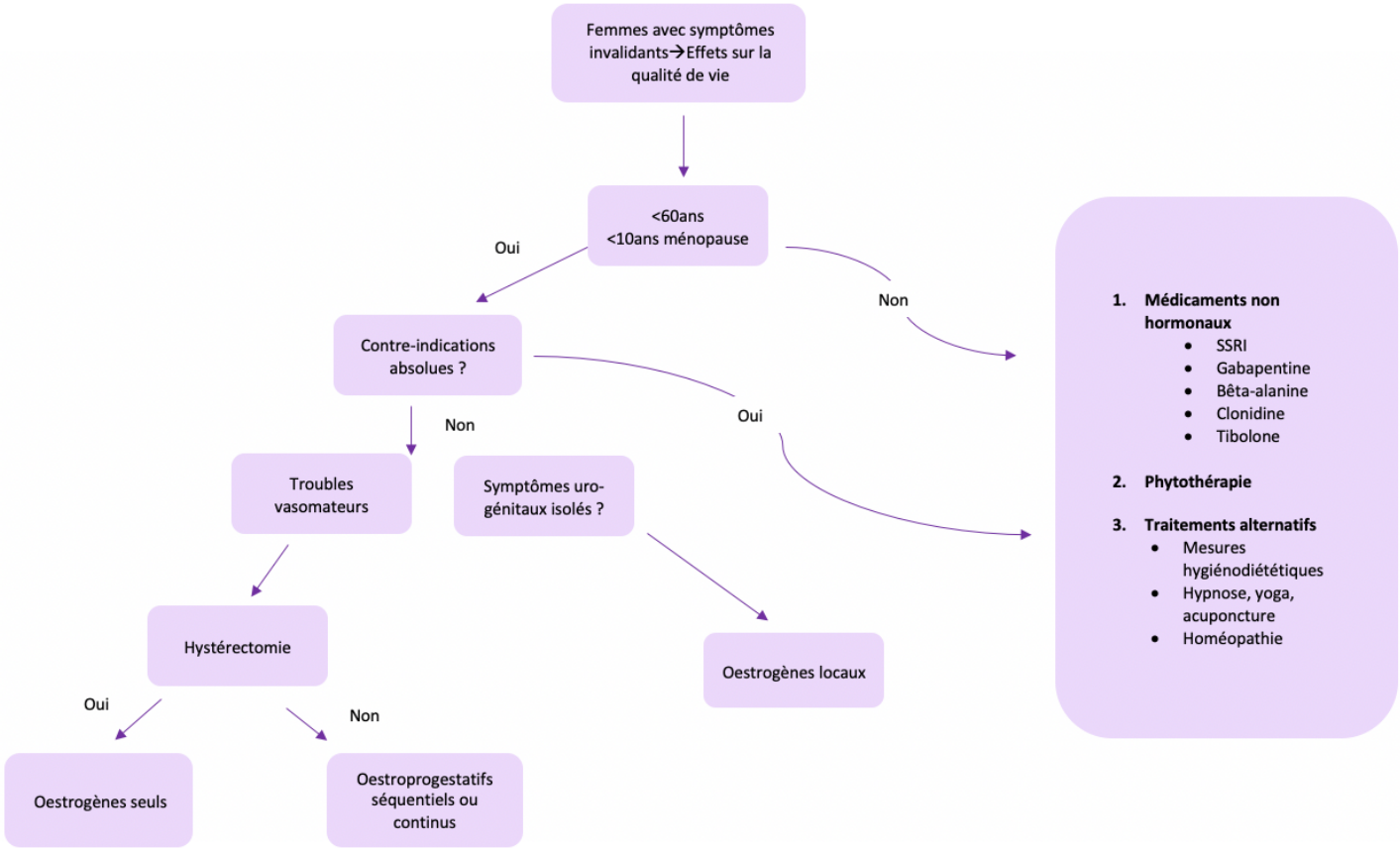
Association Bazedoxifène/ oestrogènes

Une nouvelle classe de médicaments disponibles est l'association d'un SERM (bazedoxifène) avec un oestrogène. Cette combinaison est disponible aux USA et en Europe pour le traitement des symptomes vasomoteurs de la ménopause.

L'association a un effet bénéfique sur l'os, sur les symptômes vasomoteurs ainsi que sur les symptômes vulvo-vaginaux tout en ayant un effet neutre sur le sein et l'endomètre.

L'avantage de cette combinaison serait d'avoir les effets bénéfiques des œstrogènes sans les risques du progestatif associés.

A l'heure actuelle des études sont encore nécessaires pour évaluer l'innocuité de ce traitement [5].



DEUXIÈME PARTIE : ETUDE QUALICATIVE

MÉTHODOLOGIE

La première partie du travail a consisté à choisir une problématique précise et à définir l'objectif de mon TFE. La problématique a directement émané d'une situation clinique vécue en stage et de questions que je m'étais posées suite à cette situation. J'ai donc décidé de travailler sur la ménopause et plus précisément sur l'évaluation de la prise en charge des symptômes et des comorbidités liés à la ménopause en médecine générale.

Mon objectif principal est donc d'évaluer la prise en charge la ménopause par les médecins généralistes. D'une part de regarder s'il s'agit d'un sujet avec lequel les médecins sont à l'aise et d'autre part d'évaluer si la prise en charge est adaptée aux recommandations actuelles.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Évaluer les connaissances en termes de traitements de la ménopause. Mettre en évidence l'existence de freins ou de obstacles à la prescription de THS.
- Évaluer les alternatives proposées par les médecins

Une fois mon thème choisi et mes objectifs fixés, j'ai commencé à faire des recherches dans la littérature. Les recherches ont été faites principalement sur Up to date, Pub Med, Cochrane. D'autres ressources ont également été consultées, le site de la haute autorité de santé (HAS) par exemple pour des données épidémiologiques.

Les recherches étaient effectuées par mots clés : ménopause, treatment, management, side effects, hormonal therapy.

Seuls les articles écrits entre 2010-2021 étaient retenus.

Les articles en anglais et en français ainsi que des articles complets ou des résumés furent sélectionnés.

Les cours de master 1 de gynécologie-obstétrique (UCL) ainsi que le cours de Bac3 de physiologie de la reproduction (FUNDP) ont été également consultés principalement pour des données théoriques sur la physiopathologie, sur les signes cliniques, les conséquences de la ménopause.

J'ai également utilisé différentes revues scientifiques telles que Minerva, Prescrire, la Revue Médicale Suisse.

L'étape suivante a consisté à choisir ma méthodologie. J'ai choisi d'effectuer une recherche qualitative. En effet, je ne cherche pas à quantifier mais plutôt à comprendre un phénomène qui est dans ce cas la prise en charge de la ménopause en médecine générale.

J'ai pour cela élaboré un guide d'entretien basé sur mes questions ainsi que sur celles émanant directement de mes recherches dans la littérature. Les questions ont été regroupées et classées selon un ordre logique.

J'ai ensuite décidé de contacter les médecins travaillant dans le Brabant Wallon afin d'effectuer mes entretiens.

Les demandes ont été faites par mail. Le mail expliquait brièvement le sujet de mon travail ainsi que son objectif. Les adresses emails avaient préalablement été récoltées via les cercles de médecins généralistes (Agecob et LAHURIX). Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecins entre 25-60ans, pratique solo, groupe ou maison médicale, pratique active de la médecine générale. Les médecins répondant en premier étaient retenus. Un rendez-vous était ensuite fixé à leur meilleure convenance.

En raison des conditions sanitaires, certains entretiens ont eu lieu en présentiel mais d'autres ont été réalisés par vidéo conférence.

Les entretiens furent réalisés jusqu'à saturation des données. Elle fut atteinte après 8 entretiens .

Les entretiens étaient enregistrés afin de pouvoir les retranscrire le plus précisément possible. L'accord du médecin était toujours demandé.

Les retranscriptions étaient faites de manière anonyme. Les médecins se sont vu attribuer un numéro comme dénominateur.

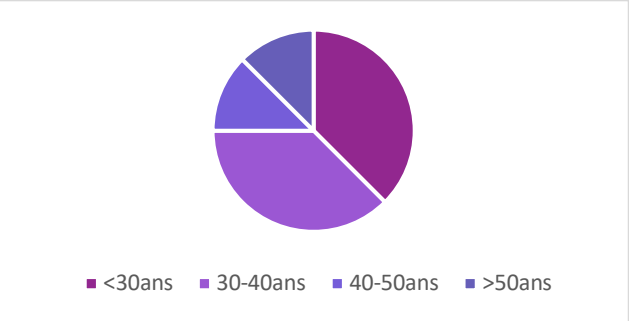
Les données ont ensuite été analysées et des conclusions tirées dans la partie discussion.

RÉSULTATS :

Nombre de participants	8 médecins
Région	Brabant Wallon :6 Hainaut : 1 Luxembourg : 1
Sexe	4 hommes – 4 femmes

Type de pratique	4médecins travaillent en association 2 Assistants 1 médecin travaille en maison médicale au forfait 1 médecin solo
Âge	< 30ans : 3 30-40ans : 3 40-50ans :1 >50ans : 1

Tableau n°1 : Échantillonnage des médecins interrogés



CONTENUS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la ménopause.

L'objectif en posant cette question était de voir si les médecins généralistes trouvaient légitime de s'occuper de la ménopause ou s'ils trouvaient qu'il s'agissait plutôt d'une prise en charge du ressort du gynécologue.

De manière générale, la plupart des médecins généralistes interrogés estiment que la prise en charge de la ménopause est un sujet faisant tout à fait partie du ressort de la médecine générale. En effet, ils l'attribuent à un trouble endocrinien plutôt qu'à un trouble purement gynécologique.

Le fait qu'il n'y ait pas d'acte spécifique à réaliser pour diagnostiquer la ménopause encourage les médecins à penser qu'elle peut être prise en charge en médecine générale.

Ils considèrent que le médecin généraliste est bien placé pour accueillir les plaintes des patientes liées à la ménopause et doit tout au moins savoir les reconnaître et poser le diagnostic. Ils estiment pour la

plupart que poser le diagnostic est important d'autant plus que la ménopause a des conséquences métaboliques importantes. Celle la plus souvent évoquée était le risque d'ostéoporose.

Un médecin estime qu'il s'agit du domaine de la médecine générale mais que pour la prendre en charge il faut présenter un certain tropisme pour la gynécologie.

Médecin 6 : « J'aurais tendance à dire le généraliste car le gynécologue reste un spécialiste et le généraliste c'est le médecin de première ligne ».
Medecin 4 : « Pour moi, à partir du moment où il n'y a pas vraiment un acte qui est posé, un acte technique, je pense que le médecin généraliste a clairement sa place ».
Medecin 5 : « Je pense que cela peut être traité par le généraliste dans le sens où il n'y a pas besoin d'examens complémentaires spécifiques ».
Medecin 7 : « Il y a vraiment un rôle de prévention, discuter des autres risques de la ménopause comme l'ostéoporose ».

B. <u>Envoi vers le spécialiste</u>

Les réponses à cette question étaient plus diverses.

Certains médecins envoient d'office leurs patientes chez le gynécologue lorsqu'elles se présentent en consultation avec une plainte liée à la ménopause. La principale raison évoquée était le fait de ne pas être à l'aise avec les traitements hormonaux ou un manque de connaissance des alternatives disponibles.

D'autres initient eux-mêmes un traitement par phytothérapie en première intention. Quand celui-ci ne suffit pas et qu'ils envisagent un traitement hormonal de substitution, ils réfèrent vers le gynécologue. Encore une fois le manque d'expérience et de connaissance était évoqué.

Certains médecins ont également évoqué ne pas être à l'aise face aux contre-indications des traitements hormonaux et donc préfèrent ne pas prendre de risque et passer la main au spécialiste.

Le manque d'attrait pour la sphère gynécologique a également été évoqué comme raison de renvoi vers le gynécologue.

D'un autre côté, certains médecins mentionnent que certaines femmes sont suivies par leur gynécologue de façon régulière. Ces femmes-là auront selon leur dires plus tendance à consulter leur gynécologue pour les plaintes gynécologiques. Chose que déplorent certains médecins ayant un tropisme pour la gynécologie.

Beaucoup de médecins ont évoqué que les femmes ne savent pas que le généraliste est compétent pour prendre en charge les plaintes gynécologiques de base.

Enfin, certains médecins préfèrent référer afin que le gynécologue réalise les « bilans nécessaires » et le suivi de la femme ménopausée.

Médecin 2: " Je pense que le médecin généraliste ne peut pas prendre en charge seul la ménopause s'il n'a pas de tropisme pour la gynécologie, alors je pense qu'il doit le faire en collaboration avec le gynécologue ».

Médecin 2 : « Je ne me sens pas du tout compétent dans ce domaine-là et je préfère que ce soit le gynécologue qui les suit qui fasse leur frottis, qui s'occupe de leur mammographie et prescrive un traitement. Il sera mieux conscient que moi s'il y a une pathologie de l'utérus ».

Médecin 6 : « Après, je pense que ça peut être intéressant d'avoir un avis gynéco dans des cas compliqués ».

C. Vision de la ménopause selon les généralistes

La plupart des médecins généralistes interrogés définissent la ménopause comme étant l'arrêt des menstruations pendant une durée supérieure à 12mois. Définition correspondant donc bien à celle donnée par l'OMS.

Tous se rejoignent pour dire que l'arrêt des cycles entraine des modifications hormonales importantes qui peuvent changer tant le psychologique que le physique de la patiente.

Beaucoup sont conscients des modifications entrainées par la ménopause et sont attentifs aux plaintes des patientes sachant que celles-ci peuvent avoir un impact important sur leur qualité de vie.

Plusieurs médecins ont également défini la ménopause comme étant l'arrêt de la fertilité

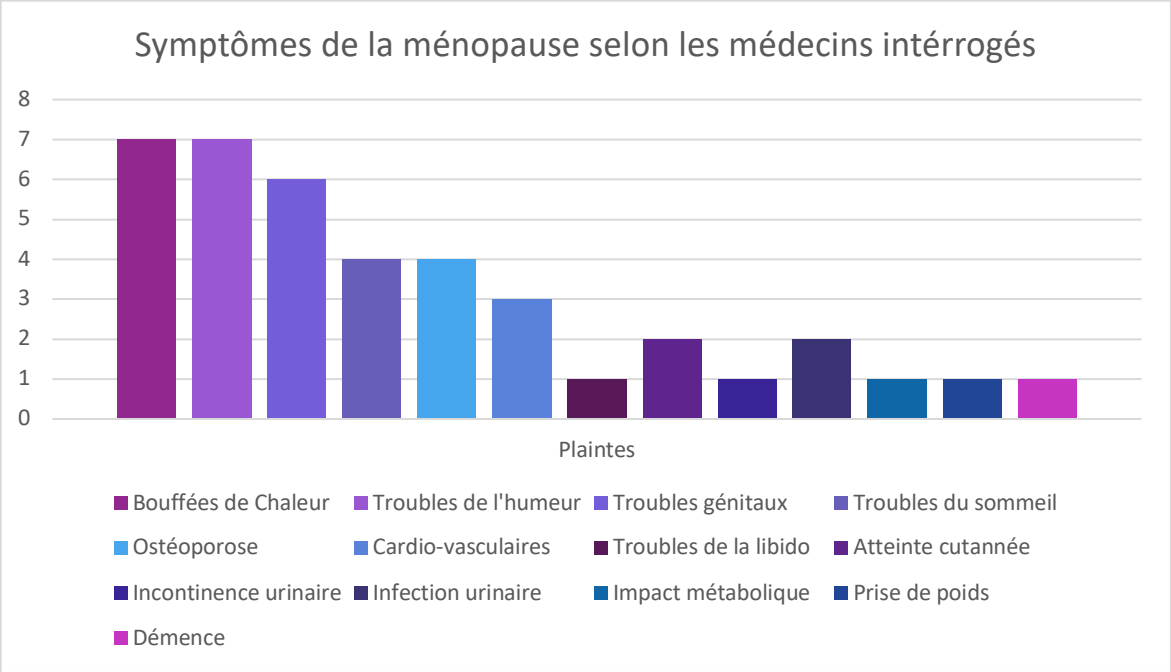
Médecin 1 : " Pour moi, la ménopause c'est l'arrêt du fonctionnement des ovaires qui entraine des modifications générales à la fois au niveau du corps et également je dirais de l'esprit ».

Médecin 2 : « C'est un cap ! Je ne suis pas du tout une femme, mais je pense que c'est un cap autant psychologique que physique qui doit être très difficile ».

Médecin 8 : « Donc tout d'abord la ménopause pour moi c'est une période importante dans la vie d'une femme car ça va être caractérisé par la perte de la production hormonale et donc un arrêt de la fertilité ».

D. Connaissances des symptômes de la ménopause

Le graphique ci-dessous reprend les principaux symptômes évoqués par les médecins quand on leur demande de citer les principaux symptômes de la ménopause.



On remarque que les symptômes les plus souvent cités comprennent les bouffées de chaleur, les troubles de l'humeur, les troubles génitaux (atrophie vaginale et dyspareunie).

E. A quel moment le sujet de la ménopause est abordé en consultation ? S'il ne l'est pas, quels en sont les motifs ?

Deux tendances ce sont dessinées pour cette question. D'une part un certain nombre de médecins n'abordent pas le sujet de la ménopause mais attendent que les patientes viennent avec leur plaintes. D'autre part, certains médecins en parlent lors du « check up » de la cinquantaine.

A la question : « Pourquoi n'abordez-vous pas vous-même la ménopause en consultation ? » , la plupart répondent par manque de temps. Certains médecins ont en effet mentionnés devoir déjà faire beaucoup de prévention lors des consultations.

Certains ont également mentionné le fait qu'ils estiment que les femmes en parlent à leur gynécologue lors de leur suivi.

D'autres encore ont décrit ne pas se sentir à l'aise avec le sujet et trouver cela délicat d'aborder cela lors d'une consultation sans plainte de la patiente.

> Médecin 3: "Je trouve que de nos jours, les femmes vont quand même souvent vers leur gynécologue pour parler de la ménopause et moins vers leur généraliste. Je pense que c'est pour cela que je n'en parle pas, parce que c'est plus géré par le gynécologue ».
>
> Médecin 1 : « J'aborde fréquemment le sujet ! Chez les femmes d'environ 45-60 ans , je m'assure toujours qu'elles font bien leur mammographie régulièrement, c'est l'occasion pour demander si elles sont toujours réglées et si elles ont des plaintes de ce coté-là ».

F. Différence hommes-femmes dans la prise en charge de la ménopause ?

De manière générale les médecins ne voient de différence majeure entre la prise en charge de la ménopause par un médecin femme ou homme. Ils n'ont pas non plus l'impression que le sexe du médecin représente un obstacle à la prise en charge.

Beaucoup disent qu'il s'agit d'une question de confiance en son médecin plus que d'une question de sexe.

Une minorité de médecins pensent tout de même que les femmes ont plus facile d'en parler avec un médecin femme car elles se sentent mieux comprises.

> Médecin 7: " De mon vécu, j'ai l'impression que lorsqu'il s'agit de parler de choses intimes, de gynécologie, les patientes ont plus facile d'en parler avec une femme. Moi j'ai travaillé pendant un an avec un médecin homme, et c'est vrai que quand il s'agissait de gynécologie, les patientes venaient toujours chez moi ».
>
> Médecin 8 : « Je pense que pour un examen gynécologique les femmes préfèrent une femme mais pour parler de ménopause il y a très peu de différence entre un homme et une femme. Pour moi ça fait partie d'un déséquilibre endocrinien. Je parle d'un problème de ménopause comme je parle d'un problème de thyroïde ».
>
> Médecin 5 : « Pas spécialement, moi par exemple je suis entrain d'aborder le sujet de la ménopause alors que je ne suis pas ménopausée. Et donc je pense que l'homme peut très bien aborder le sujet de la ménopause ».

Tous les médecins interrogés sont d'accord pour dire que la plainte la plus souvent rapportée par les patientes est les bouffées de chaleur. Les médecins mentionnent que les patientes s'en plaignent particulièrement lorsque celles-ci surviennent la nuit et altèrent le sommeil de la patiente.

Juste derrière arrivent les plaintes concernant les sautes d'humeur et les troubles thymiques. De nombreuses femmes en parlent et ne font pas toujours le lien avec leur ménopause.

Les médecins rapportent par contre que peu de patientes parlent de leur problèmes génitaux (sécheresse vaginale, dyspareunie) , principalement par pudeur. Ils rapportent devoir eux même poser la question mais ne pas observer de plainte spontanée.

> Médecin 4: " Émotionnellement, c'est vraiment très difficile, elle m'expliquait : docteur je ne suis plus comme avant, je m'emporte pour un rien à la maison ».
>
> Médecin 2 : « Les problèmes de sécheresse vaginale, j'ai l'impression que beaucoup en souffrent mais qu'elles n'osent pas en parler ».
>
> Médecin 5 : « J'ai l'impression qu'à chaque fois, il y a les bouffées de chaleur ».

H. Ressentez-vous des freins de la part des patientes à parler de la ménopause ?

La plupart des médecins ne constatent pas de freins ou de tabous venant de la part des femmes pour parler de la ménopause.

Ils rapportent que la plupart des femmes viennent en consultation en souhaitant savoir si elles sont ménopausées ou pas. Nombreuses sont celles qui demandent une prise de sang afin de savoir « où elles en sont ». Ils mentionnent que ne pas savoir si elles sont ménopausées est anxiogène pour de nombreuses femmes.

La ménopause est le plus souvent considérée comme quelque chose de normal et non pas comme un état pathologique.

La plupart des médecins constatent que les plaintes sont souvent camouflées dans une consultation. Rares sont les femmes qui prennent rendez-vous pour parler de leurs symptômes liés à la ménopause.

> Médecin 6: " Ca oui, sans aucun souci ! J'ai l'impression que les femmes contrairement aux hommes, comme on est habituée à aller voir le gyneco depuis très jeune, j'ai l'impression qu'au niveau de la sphère gynécologique les femmes ont moins de tabous. »

I. Intérêt pour la sphère gynécologique

Parmi les médecins interrogés, la plupart indiquent présenter un intérêt pour le gynécologie mais déplorent le peu de demandes de la part des patientes.

La majorité déclarent dès lors perdre la main et au fur et à mesure du temps ne plus pratiquer de gynécologie de base au cabinet .

La consultation directe des femmes chez leur gynécologue est un constat général.

Seul un médecin dit ne pas avoir de tropisme pour la gynécologie et préfère référer directement.

> Médecin 3: " J'ai l'impression qu'une grande partie de ma population qui se tourne directement vers leur gynéco. En tout cas moi j'adore la gynéco et je suis triste de ne pas avoir la chance d'en pratiquer plus ».

A la question « pensez-vous que la majorité des femmes ont un suivi régulier ? Les médecins émettent les constations suivantes :

- Il existe de grandes différences en terme de suivi gynécologique en fonction du milieu socio-économique. Plus le milieu est aisé, plus les femmes ont un suivi régulier par un gynécologue.

- Grandes différences en fonction de l'âge. Les patientes jeunes ont tendance à être mieux suivies. Une fois un certain âge, les femmes délaissent la prévention côté gynécologique et les suivis sont moins fréquents.

> Médecin 8: " A Genval, je dirais qu'il y a à peu près 80% des patientes qui sont suivies régulièrement par leur gynécologue. Les femmes sont surtout suivies pendant la période de fertilité, après la ménopause, c'est vrai que le suivi diminue ».
>
> Médecin 3: " je travaillais à Charleroi, j'avais beaucoup plus de personnes qui venaient me parler de leurs symptômes et qui étaient notamment plus frileuses d'aller vers le gynéco car plus cher et moins accessible "

J. Bilans réalisés pour le diagnostic de la ménopause

La plupart des médecins interrogés réalisent une prise de sang avec dosages hormonaux (LH, FSH, E2,Progestérone) pour confirmer le diagnostic de la ménopause. Rappelons que lorsque je leur avais demandé de me définir la ménopause, tous s'accordaient pour la définir comme l'absence de règles pendant 12mois.

Les médecins en profitent souvent pour faire un « check up général » avec dosage d'une glycémie à jeun, du bilan lipidique, hépatique…

La plupart des médecins interrogés mentionnent également qu'il s'agit très souvent d'une demande des patientes et qu'il est difficile de leur tenir tête.

Un seul médecin ne le fait pas systématiquement.

> Médecin 6: " Si ça n'a pas changé, ce que j'ai en tête c'est que la ménopause est un diagnostic purement clinique. Mais donc je ne le fais pas sauf s'il y a insistance plus plus plus plus de la patiente. Si la patiente me dit : j'ai mes règles mais elles sont de plus en plus irrégulières, je lui explique que ce n'est pas une ménopause et quand ça fera un an , on dira qu'elles sont ménopausées. J'essaye de leur expliquer que le bilan hormonal n'est pas très intéressant".

K. Traitement

Instauration d'un traitement par le médecin généraliste :

La plupart des médecins interrogés initient un traitement sur base de la demande de la patiente. Principalement lorsque les symptômes de la ménopause ont des répercussions importantes sur la qualité de vie.

Une partie des médecins interrogés initie un traitement que ce soit par phytothérapie ou traitement hormonal de substitution. Une autre partie réfère directement au gynécologue pour évaluation et prise en charge car ils ne se sentent pas à l'aise.

Certains médecins ont exprimé une crainte vis-à-vis des hormones.

Pour le choix du traitement hormonal, vu que peu de médecins en prescrivaient, les réponses sont des réponses individuelles. Un médecin mentionnait commencer par un traitement local par œstrogènes + progestatifs si nécessaire. Un autre médecin se dirigeait directement vers des traitements per os.

Un médecin mentionnait également mettre des traitements locaux pour les troubles locaux type atrophie génitale.

> Médecin 2: " Moi je dis toujours aux patientes que je ne me sens pas compétent dans ce domaine-là et je préfère que ce soit le gynécologue qui les suit qui fasse un frottis, qui s'occupe de leur mammo et qu'il prescrive un traitement, il sera plus conscient que moi des pathologies de l'utérus ».
>
> Médecin 4: " Il m'est déjà arrivé de donner des traitements par voie vaginale pour soulager les symptômes, mais vraiment donner un traitement per os, faire une prescription pour des compléments oestrogéniques, ça je le fais très très rarement. Si c'est vraiment la demande de la patiente et qu'elle me dit il faut faire quelque chose alors j'envoie au gynéco ».

L. **<u>Bilan préthérapeuthique et recherche de contre-indications</u>** :

Qu'ils en instaurent un ou pas, tous les médecins sont unanimes pour dire que lorsqu'ils envisagent un THS , ils recherchent des contre-indications.

Les contre-indications systématiquement recherchées comprennent les antécédents de cancer du sein ,les risques thromboemboliques. Certaines médecins mentionnent faire une anamnèse détaillée comprenant tous les antécédents personnels et familiaux, les habitudes de vies, tabagisme, activité physique…

Pour ce qui du bilan pré-thérapeuthique, une partie des médecins n'en réalisent pas car ils adressent directement au gynécologue.

Les médecins prescrivant un THS demandent dans la majorité des cas une mammographie et réalisent une biologie complète (comprenant une glycémie, des tests hépatiques et un bilan lipidique).
L'examen gynécologique n'a jamais été cité dans le bilan pré thérapeutique proposé.

Demande des patientes, freins et obstacles rencontrés :

En ce qui concerne les demandes des patientes plusieurs réponses ont été énoncées. Certains médecins trouvent que les patientes souhaitent surtout être rassurées et conseillées, d'autres estiment que les patientes viennent en consultation avec la demande d'un traitement.

Les patientes chez lesquelles les symptômes ont vraiment des répercussions sur leur qualité de vie, sont plus demandeuses d'un traitement.

Les freins à la prescription sont présents autant chez les médecins que chez les patientes. Nombreux sont les médecins qui ne sont pas à l'aise avec les risques que pourrait entrainer le TSH. Principalement au niveau cardio-vasculaire et thromboembolique et du risque de cancer du sein. Beaucoup de médecins émettent encore une certaine réticence au THS.

Pour ce qui est des patientes les avis sont partagés. Certains disent que la grande médiatisation des études des années 2000 a encore une influence aujourd'hui sur la perception du THS par les patientes et que certaines sont encore réticentes. Une effet de mode est aussi observé, principalement dans les milieux plus favorisés. D'autres estiment que les patientes font confiance au médecin et que si ce dernier estime qu'il est approprié, elles le prendront.

Médecin 8: " Je pense que c'est plutôt une crainte des médecins. Les patientes quand elles viennent en consultation et qu'elles demandent un traitement, elles se sont souvent renseignées ».

Médcein 4 : " Pour moi, la peur c'est de ne pas être dans les indications parfaites de prescriptions ».

Medecin 3: " C'est vrai que je suis assez frileuse, je ne sais pas exactement expliquer pourquoi je me sens pas à l'aise avec ce sujet. J'ai peur en prescrivant un THS , un an après la meuf fasse un cancer du sein et que ça me retombe dessus".

M. **Suivi suite à l'instauration d'un traitement**

Étant donné que très peu de médecins prescrivent un traitement, peu ont pu répondre à cette question.

Les médecins donnant un THS, disent revoir la patiente au bout de 3 mois, généralement quand la patiente n'a plus de traitement et réévalue à ce moment-là l'efficacité ainsi que l'indication et les effets secondaires éventuels.

Lorsque le traitement a été instauré par le gynécologue, les médecins estiment que le suivi est assuré par ce dernier.

Nombreux sont les médecins qui par contre mentionnent être plus attentifs aux autres facteurs de risque (cardiovasculaire, ostéoporose…) chez les patientes ménopausées. Ils assurent également veiller au respect des programmes de prévention.

Alternatives proposées :

Dans les alternatives au THS la plupart des médecins ont cité les compléments de phytothérapie. Ceux-ci sont cependant jugés chers et peu utiles.

Certains proposent également des traitement locaux non hormonaux tels que des crèmes lubrifiantes ou hydratantes.

Plusieurs médecins ont cité la tibolone, la clonidine, les antidépresseurs pour le traitements des bouffées de chaleur ou des troubles de l'humeur. Ils avouent tous ne pas avoir d'expérience avec ces médicaments et ne jamais les avoir prescrits dans le cadre de la ménopause.

N. Influence de l'étude WHI dans le choix de prescription des médecins

La plupart des médecins interrogés ont entendu parler de l'étude WHI même sans en connaître les détails.

Ils rapportent en avoir entendu parler dans les médias ou dans les cours donnés à l'université dans le secteur gynécologie obstétrique.

Seul un médecin n'en n'a jamais entendu parler.

Pour ce qui est de l'influence sur leur choix de prescriptions la plupart des médecins interrogés avouent garder en tête cette étude au moment de prescrire un traitement hormonal.

Ils pensent que cette étude, relayée de manière très importante au niveau médiatique a également eu une influence sur les demandes des patientes. Beaucoup ont aujourd'hui une crainte des hormones.

> Médecin 3: "Oui j'ai entendu parler de cette étude dans mes cours de gynéco. Oui ça reste dans ma tête , quand je veux prescrire un THS, cancer du sein est une alarme dans ma tête. ».
>
> Médecin 1 : " Oui j'en ai entendu parler, oui je pense à partir de ce moment-là, on a prescrit beaucoup moins. A la fois chez le médecin et dans le grand public, je pense qu'il y a une crainte de l'utilisation des hormones qui étaient beaucoup plus répandues avant. Avant on prescrivait beaucoup plus de traitements de la ménopause, c'était presque une généralité".

O. Différence en fonction du milieu socio-économique ou culturel ?

Pour ce qui concerne les différences en fonction du milieu socio-économique les médecins ont émis plusieurs constations :

D'une part les patientes de milieux aisés ont tendance à être plus suivies par le gynécologue et à s'adresser moins au généraliste contrairement aux patientes de milieu socio-économiques plus bas qui elles s'adressent en premier lieu au généraliste. Le gynécologue étant plus cher et moins accessible.

D'autre part les médecins constatent également des différences en ce qui concerne la conception de la ménopause. Les femmes de milieux plus aisés vivraient plus difficilement la ménopause « changements corporels, troubles de la libido »… et essayeraient plus de combattre ces changements. Elles sont également mieux informées et ont plus de connaissances sur le sujet. Dans les milieux socio-économiques plus bas, les médecins constatent qu'il s'agit d'une étape de la vie qu'elles acceptent sans trop se poser de question.

> Médecin 8 : " Moi j'ai beaucoup plus de plaintes de type bouffées de chaleur, troubles de l'humeur , du sommeil, de fatigue dans les milieux économiques aisés, dans les milieux socio-économiques très faibles il y a d'autres questionnements. Pour moi la ménopause reste un problème de riche".
>
> Médecin 6: "C'est vrai que les plaintes de type changement corporel, prise de poids, viennent plutôt des femmes de milieux socio-économiques aisés, des femmes qui font attention à leur apparence ».

Pour ce qui est des différences en fonction de la culture les médecins interrogés se prononçaient moins franchement, notamment car la diversité culturelle des patientèles n'était pas très importante.

Un médecin ayant travaillé à Bruxelles quelques années, mentionnait que la vision de la ménopause différait selon lui d'une culture à l'autre. Pour certaines, la ménopause était très dure à accepter car correspondant à l'arrêt de la fertilité qui est l'essence même de la femme dans certaines cultures.

Un autre médecin mentionnait avoir constaté à l'échelle de sa patientèle, que dans les populations d'origine magrébine, la ménopause était vécue comme quelques chose de normal. La prise de poids ne représentait absolument pas un problème et les traitements de substitution sont encore peu connus et peu demandés.

P. Formation au sujet de la ménopause

La plupart des jeunes médecins interrogés déclarent avoir acquis leurs connaissances grâce au cours de gynécologie-obstétrique donné en master 1 à l'UCL. Beaucoup déplorent le peu de temps accordé au sujet sur l'ensemble du cours de gynécologie obstétrique et se sentent de fait très mal formés à la sortie des études. Les jeunes médecins généralistes pointent également du doigt l'absence de formation spécifique en gynécologie au cours du master complémentaire en médecine générale. La plupart des jeunes médecins reconnaissent avoir des connaissances sur le sujet mais pas suffisamment pour se sentir à l'aise. Ils estiment que les connaissances sont surtout théoriques et très peu pratiques.

Pour ce qui est des mises à jour, les médecins obtiennent les informations via la littérature, les conférences, les délégués. Seuls les médecins ayant un tropisme pour le sujet avouent se former sur la ménopause.

La majorité des médecins sondés déclarent ne pas se sentir à l'aise face à une plainte de ménopause à cause du manque de formation et de mise à jour à ce sujet.

> Médecin 3: " Oui je pense qu'on manque clairement de connaissances, notamment par rapport aux nouveaux traitements. On ne nous rappelle pas assez souvent, moi personnellement c'est parce que je vais voir dans les guides mais aussi non, je trouve qu'on a pas assez d'infos ».
>
> Médecin 4: " Je me sens vraiment limité niveau connaissance, et donc je me sens mal à l'aise et je me méfie des traitements. Et donc j'ai tendance comme beaucoup de généralistes à référer au gynécologue. Moi, je sais que je n'ai pas forcément toutes les compétences ni d'ailleurs les arguments pour convaincre une patiente et peut être que le gynécologue pourra leur apporter des informations plus précises'.

Q. Qualité du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause

Les qualités les plus souvent énoncées par les médecins étaient l'accessibilité, et la bonne connaissance de nos patients. La connaissance des patientes et le fait de les suivre tout au long de leur vie est revenu quasiment à chaque fois comme étant un gros avantage. Les médecins estiment en effet mieux connaitre leur mode de vie, leurs antécédents et être du coup bien placé pour discuter des impacts de la ménopause sur la qualité de vie de la patiente.

Ils se sentent généralement assez proche de leur patientes et estiment de ce fait qu'il est parfois plus facile de parler de sujet tel que la ménopause et de trouver les arguments pour ou contre un traitement.

> Médecin 7: " Tout d'abord on connait mieux nos patientes que le spécialistes qui les voit une fois par X temps. Je vais dire pour le traitement hormonal encore une fois l'indication va dépendre de l'impact des symptômes sur la qualité de vie, donc oui, le fait qu'on connaisse mieux sa façon de vivre l'impact que ça peut avoir au quotidien, je pense qu'on peut mieux les conseiller ».
>
> Médecin 4: " Un grand atout du généraliste est le lien qu'il crée avec ses patients. On a vraiment la confiance des patients".
>
> Médecin 3 : " prendre rendez-vous chez le gynécologue, ça peut prendre jusqu'à 6mois, si on en sait pas répondre à la patiente, si on ne sait pas la soulager pendant 6 mois, c'est dommage ».

R. Outils proposés pour améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale

Lorsque l'on demande aux médecins quels outils pourraient améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale tous sont unanimes pour dire qu'on petit algorithme décisionnel pourrait les aider. Ils aimeraient y retrouver les indications, les contre-indications aux traitements. Les différents traitement existants sur le marché, les modalités de prescription.

Certains médecins ont évoqué l'idée d'un score permettant d'évaluer la répercussion des symptômes sur la qualité de vie de la femme.

Nombreux sont les médecins qui ont mentionné que les femmes devraient être informées qu'elles peuvent en parler avec leur généraliste. Ils souhaitent pour la plupart que les femmes soient informées que le généraliste est aussi formé pour faire de la gynécologie de base . Certains ont parlé de campagne de santé publique pour encourager la prévention à partir de 50ans. Une consultation qui reprendrait les différentes préventions actives à cet âge-là mais également une mise au point sur les symptômes de la ménopause.

L'idée d'affiche dans la salle d'attente a aussi été évoquée permettant de sensibiliser les patientes à en parler.

> Médecin 6: " Je suis assez étonnée parce que quand je propose à une femme de faire son frottis, beaucoup me disent : Ah tiens, vous savez faire cela. Je pense qu'il faudrait remettre la première ligne à sa place et la seconde ligne à la sienne. Je pense que le gynécologue reste une spécialiste de seconde ligne. Je constate que beaucoup de gens, dès qu'ils ont un problème bénin prennent un rendez-vous chez le gynécologue ».

ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNOPAUSE EN MÉDÉCINE GÉNÉRALE. ÉVALUATION DES FREINS ET OBSTACLES RENCONTRÉS.

Au cours des entretiens semi-dirigés, j'ai pu constater que la grande partie des médecins estimaient que la prise en charge de la ménopause était un sujet du ressort du médecin généraliste.

Les résultats des entretiens permettent de conclure que la plupart des généralistes définissent la ménopause conformément à la définition de l'OMS. Ils en connaissent généralement bien les symptômes et savent la diagnostiquer.

Pour ce qui est du diagnostic, les dosages hormonaux ne sont pas recommandés sauf dans certaines indications bien précises. Hors, une bonne partie des médecins généralistes interrogés continuent de les doser en routine. Les dosages hormonaux sont encore trop largement prescrits alors que leur seule indication fiable est l'aide au diagnostic de ménopause chez une patiente hystérectomisée. Il faudrait donc modifier les pratiques.

L'étude a mis en avant que les médecins abordent spontanément peu le sujet de la ménopause en consultation mais attendent plutôt que les patientes viennent avec des plaintes suggestives. Les médecins interrogés ont l'impression que les patientes abordent quant à elles assez spontanément le sujet sauf en ce qui concerne les plaintes génitales. Il est dès lors important de souligner que de ce côté-là, les médecins devraient améliorer la communication avec la patiente. Un prérequis nécessaire

est d'avoir de bonnes habilités communicationnelles et un bon lien de confiance avec sa patiente. Certains médecins ont avoué ne pas se sentir à l'aise d'aborder ces sujets délicats avec leur patientes. Une fois de plus, l'aisance pourrait être améliorée grâce à une meilleure maîtrise du sujet.

Concernant les indications de traitement, les médecins les connaissent également assez bien et étaient unanimes sur l'indication principale : troubles climatériques entrainant une diminution de la qualité de vie de la patiente.

Cependant cette étude a montré que la majorité des médecins n'instauraient pas de traitement hormonal d'eux même et référaient la plupart du temps au gynécologue.

Quels sont les freins à la prescription ?

En première position, on retrouve la crainte des effets secondaires liés au traitement. En effet, beaucoup de médecins avouent avoir peur des risques inhérents au traitement hormonal de substitution tel que cancer du sein, risque thromboembolique…

Cette crainte provient principalement d'un manque d'expérience avec ces traitements. En effet, les médecins déplorent le manque de connaissances et de mises à jour sur la prise en charge thérapeutique de la ménopause. Ils ont donc tendance à référer leurs patientes vers le spécialiste et a donc petit à petit perdre encore plus la main dans ce domaine.

Si le médecin vient à prescrire un traitement, les bilans pré-thérapeutiques ainsi que la rechercher de contre-indications sont effectués systématiquement et conformément pour la plupart aux recommandations actuelles. Seule la prescription d'ostéodensitométrie reste encore trop importante hors indication. L'ostéodensitométrie étant un sujet vaste est controversé ne sera pas abordé dans ce travail.

Ne se sentant pas assez formés ni au cours de la formation théorique ni pratique, les médecins ont tendance à ne pas pratiquer d'actes gynécologiques, à perdre la main dans ce domaine.

Autre point à relever, l'impression de bypass de la première ligne. Les médecins mentionnent que s'ils avaient plus de cas de gynécologie dès le début de leur pratique, ils pourraient continuer à avoir ce contact avec la sphère gynécologique. L'impression générale est également que les patientes ne sont pas au courant des capacités du médecin généraliste dans ce domaine.

Un autre point qui a été relevé est que les gynécologues communiquent rarement leur rapport de consultation. Un sentiment de mise à l'écart est dès lors perçu par les généralistes. Rappelons pourtant le rôle du médecin généraliste comme médecin référent de ses patients. Afin d'effectuer ce rôle de manière optimale, le médecin généraliste devrait être tenu au courant des décisions prises concernant ses patientes et des traitements instaurés.

Une fois encore nous ne pouvons qu'espérer une meilleure communication entre la première et la deuxième ligne de soins.

Notons toutefois que certains médecins n'ont simplement pas de tropisme pour la gynéco et préfèrent référer.

Quant aux alternatives au traitement hormonal, ce sont les compléments de phytothérapie qui sont les mieux connus et les plus utilisés. Les médecins décrivent par contre une faible efficacité et un coup élevé.

Pour combler leur manque de connaissances, les médecins s'informent via la littérature ou via des conférences qui leur sont proposées. Plusieurs outils ont été pointés par les médecins pour améliorer leur prise en charge. La majeure partie d'entre eux étaient demandeurs d'un algorithme permettant d'avoir une vue d'ensemble rapide sur la prise en charge de la ménopause (indication de traitement, contre-indication, bilan pré-thérapeutique, traitements disponibles…) . Certains médecins demandaient également une meilleure information des patientes. Des affiches ou des prospectus mis à disposition dans la salle d'attente afin de motiver les femmes à parler de leurs plaintes aux médecins généralistes. Rappeler également que le médecin généraliste est une personne compétente pour cette prise en charge.

Enfin, afin d'améliorer la formation du médecin sur ce sujet, un module dédié aux problèmes gynécologiques de base devrait peut-être être intégré dans le master complémentaire en médecine générale.

LIMITES ET BIAIS

Cette étude rencontre un certain nombre de limites et la première est la sélection de la population interrogée.

J'ai essayé d'avoir un échantillon de médecins diversifié comprenant des femmes, des hommes, des jeunes médecins et des médecins plus âgés. J'ai constaté que les médecins plus jeunes répondaient plus aisément à ma demande d'interview.

D'autres part je n'ai réalisé que 8 entretiens, cela m'a permis d'atteindre une saturation théorique des données mais afin d'extrapoler à une plus grande échelle mes conclusions, plus d'entretiens seraient nécessaires.

Les entretiens ont eu lieu pour la plupart dans le Brabant Wallon, région assez aisée. Un biais peut donc directement émaner de cette géolocalisation. Les médecins ont eux-mêmes reconnu une prise en charge préférentielle des problèmes de gynécologie par le spécialiste.

La majorité des médecins interrogés travaillent en zone urbaine ou semi-urbaine avec des hôpitaux à proximité et une accessibilité à la deuxième ligne assez aisée. J'imagine que l'éloignement des hôpitaux et la médecine rurale influencent probablement la prise en charge de la ménopause.

Enfin, ce travail bien que déjà travaillé en profondeur n'est pas exhaustif. En effet, une limite de pages nous a été imposée et la ménopause étant un sujet très vaste j'ai dû me limiter dans le détails de certains points.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude s'est déroulé en deux parties. Tout d'abord une recherche de littérature qui a permis de faire une mise au point sur les recommandations actuelles en terme de prise en charge de la ménopause.

Réaliser cette première partie m'a conduit à faire une recherche de littérature précise et rigoureuse dans les différents moteurs de recherche. Elle m'a permis une fois de plus de développer, d'aiguiser mon esprit critique et ma démarche scientifique. Au fur et à mesure des recherches de nombreuses questions se sont posées à moi et m'ont forcé à être systématique dans mes lectures d'articles.

Avant de commencer ce travail, mes connaissances tant sur la prise en charge de la ménopause que sur les traitements étaient fortement limitées. Il s'agissait d'un sujet face auquel je ne me sentais pas à l'aise et pour lequel j'avais perçu une certaine réticence de mes maitres de stage. Effectuer ces recherches m'a aidé à mettre à jour mes connaissances.

Ensuite la deuxième partie a consisté à faire une recherche qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes. Cette partie avait pour objectif d'évaluer les connaissances générales des médecins généralistes sur la ménopause et également d'évaluer la prise en charge des symptômes et des comorbidités liés à la ménopause.

Les résultats de l'étude permettent de conclure que les connaissances générales théoriques sont globalement assez bonnes. Cependant de grosses difficultés pour prendre en charge les patientes ménopausées ont émané de cette étude. Les médecins interrogés ont l'impression de manquer de connaissances pratiques, d'expérience, parfois même de légitimité. En effet très peu de médecins interrogés prescrivent un THS. Certains par peur, d'autres par manque d'intérêt pour la sphère gynécologique mais le plus souvent par manque d'aisance et connaissance sur les traitements.

Les grandes études des années 2000, fortement médiatisées, restent aujourd'hui encore ancrées dans la mémoire de certains médecins et représentent toujours un frein majeur à la prescription d'un THS.

La ménopause est un état physiologique mais qui peut profondément altérer la qualité de vie des femmes. Elle représente un bouleversement hormonal avec ses répercussions tant métaboliques que psychologiques.

Depuis la réalisation de ce mémoire, je suis beaucoup plus attentive aux plaintes liées à la ménopause. J'essaye d'en parler plus régulièrement en consultation, j'arrive à identifier les patientes éligibles pour un traitement et à choisir en concertation avec la patiente le traitement qui lui correspondra le mieux.

Je suis convaincue que le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge de cette étape cruciale de la vie d'une femme. De par notre proximité, notre accessibilité , de par la relation de confiance souvent construite sur de nombreuses années nous pouvons être un partenaire de choix pour accompagner les femmes à traverser leur ménopause.

J'espère au travers de ce mémoire avoir réussi à mettre en avant l'importance d'une formation en gynécologie de base au cours du cursus de médecine générale, l'importance également d'aborder ce thème lors des formations continues et pourquoi pas d'éditer des petits guides pratiques à destination des médecins généralistes. Grâce à ces éléments, le médecin généraliste pourra se sentir plus à l'aise et pourra pleinement assurer son rôle de premier référent médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kathryn A Martin, MD, Robert L BaRBIERI, MD, 2021. ***Menopausal hormone therapy: benefits and risks.*** [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-benefits-and-risks [Accessed 19 January 2021].
2. Robert F Casper, MD, 2020. ***Clinical manifestations and diagnosis of menopause***. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause [Accessed 9 February 2021].
3. Katryn A Martin, MD, Robert L Barbieri, MD, 2020. ***Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy***. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-menopausal-symptoms-with-hormone-therapy [Accessed 19 December 2020].
4. Kathryn A Martin, MD, Robert L Barbieri, MD, 2021. ***Preparations for menopausal hormone therapy***. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/preparations-for-menopausal-hormone-therapy [Accessed 18 March 2021].
5. Richard J Santen, MD and Charles L Loprinzi, MD, 2020. ***Menopausal hot flashes***. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hot-flashes [Accessed 19 March 2021].
6. Gloria Bachmann, MD, MMS and Richard J Santen, MD, 2021. ***Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): Treatment***. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/genitourinary-syndrome-of-menopause-vulvovaginal-atrophy-treatment [Accessed 19 March 2021].
7. Corrine K Welt, MD, 2019. ***Ovarian development and failure (menopause) in normal women.*** [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/ovarian-development-and-failure-menopause-in-normal-women [Accessed 19 March 2021].
8. T. Christiaens, 2020. ***Traitement hormonal substitutif de la ménopause et risque de cancer du sein: suivi sur 20 ans des études WHI (Women's Health Initiative)***. [online] CBIP. Available at: <https://www.cbip.be/fr/articles [Accessed 19 March 2021].
9. T. Christiaens, 2019. ***Réaction de la Société Belge de la Ménopause à l'article "Traitement hormonal de substitution et risque accru de cancer du sein invasif" paru dans les Folia de novembre 2019***. [online] Cbip.be. Available at: <https://www.cbip.be/fr/articles/3262.pdf?folia=3257&version=long> [Accessed 19 March 2021].
10. **Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy,** April 14, 2004, 291 (14): 1701 — JAMA [Internet].Disponible sur: http://jama.ama-assn.org/content/291/14/1701.full(consulté novembre 2020)
11. **Gynécologie et santé des femmes.** Ménopause]. Disponible http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_14.htm
12. CHLEBOWSKI R. T. « **Influence of Estrogen Plus Progestin on Breast Cancer and Mammography in Healthy Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Randomized Trial** ». JAMA J. Am. Med. Assoc. 25 juin 2003. Vol. 289, n°24, p. 3243-3253. Disponible sur : < http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.24.3243 >
13. « **THE MILLION WOMEN STUDY**: Venous thromboembolism risk in relation to use of different types of postmenopausal hormone therapy in a large prospective study ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.millionwomenstudy.org/publications/355/venous-thromboembolism-risk-in-

relation-to-use-of-different-types-of-postmenopausal-hormone-therapy-in-a-large-prospective-study >
14. **Plaintes liées à la ménopause** 2014. Available from : https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00549
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)- Université médicale virtuelle francophone-. **Ménopause** 2010-2011. Available from : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf
16. **Traitements hormonaux de la ménopause** ». In Haute Autorité de Santé (HAS) Juillet 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la- menopause.
17. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. **Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms**. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4).
18. « item55 - cours.pdf ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf >
19. M. A. Lumsden (2016) The NICE Guideline – **Menopause: diagnosis and management, Climacteric**, 19:5, 426- 429, DOI: 10.1080/13697137.2016.1222483.
20. Hautes autorités en santé ménopause, T. (2020). **Traitements hormonaux de la ménopause.** Haute Autorité de Santé. Retrieved 27 April 2020, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements- hormonaux-de-la-menopause.
21. A.G POURCELOT, **bénéfices et risques du traitement hormonal substitutif de la ménopause**.
22. **Traitement hormonal de la ménopause en 2016** [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2020 [cited 27 April 2020]. Available from: https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N- 536/Traitement-hormonal-de-la-menopause-en-
23. **Traitement hormonal de la ménopause : effets osseux et sur la composition corporelle** [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2020 [cited 27 April 2020]. Available from: https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N- 647/Traitement-hormonal-de-la-menopause-effets- osseux-et-sur-la-composition-corporelle
24. **A propos du consensus international 2013 sur le traitement hormonal de la ménopause** [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2020 [cited 27 April 2020]. Available from: https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-403/A- propos-du-consensus-international-2013-sur-le- traitement-hormonal-de-la-menopause
25. **Journal Of Obstetric Gynecologic and néonatal Nursing** Hormone therapy for the management of menopause symptoms Fantasia H.C., Sutherland M.A. (2014) JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 43 (2) , pp. 226-235.
26. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. **Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD001395. DOI: 10.1002/14651858.CD001395.pub4
27. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. **Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD004143. DOI: 10.1002/14651858.CD004143.pub5
28. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, Wilkinson J, Basevi V, Marata A, Magrini N, D'Amico R, Bassi C, Maestri E. **Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art. No.: CD008536. DOI: 10.1002/14651858.CD008536.pub3
29. Cours de gynécologie obstétrique UCL 2015_2016
30. Cours de physiologie de la reproduction : Dr Bruno Flamion FUNDP 2014-2015.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

THS : traitement hormonal de substitution

HAS : Haute autorité de santé

USA : United States

FAD : Food and drug administration

WHI : Women's Health Initiative

AVC : Accident vasculaire cérébral

TSH : Hormone thyréostimuline

LH : Hormone lutéinisante

FSH : Hormone folliculostimulante

E2 : Oestradiol

HDL : Cholesterol High Density Lipoprotein cholesterol

SSRI : Inhibiteur sélectif de la sérotonine

SERM :Modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes

UCL : Université catholique de Louvain

UNAMUR : Université de Namur

FUNDP : Faculté notre de dame de la paix

ANNEXES

Annexe 1 : The stage of reproductive aging 53
Annexe 2: Hormone levels : older and youger reproductive age 54
Annexe 3: Early transition patterns 55
Annexe 4 : Effets des oestrogènes 56
Annexe 5: Causes of osteoporosis 57
Annexe 6: FRAX 58
Annexe 7 : Risks and benefits of menopausal hormone therapy 59
Annexe 8 : Estrogen-progestin therapy reduces hip fracture 60
Annexe 9 : Effect of oestrogen dose on change in bone mineral density in postmenopausal women 61
Annexe 10 : MHT increses invasive brest cancer 62
Annexe 11 : Modalités traitements oestroprogestatifs de la ménopause 63
Annexe 12 : Oestro-progestatifs disponibles en Belgique 63
Annexe 13 : Guide d'entretien 66
Annexe 14 : Interviews médecins 68

Annexe 1 :

The Stages of Reproductive Aging Workshop +10 staging system for reproductive aging in women

	Menarche						FMP (0)			
Stage	−5	−4	−3b	−3a	−2	−1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminology	**REPRODUCTIVE**				**MENOPAUSAL TRANSITION**		**POSTMENOPAUSE**			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	Variable				Variable	1-3 years	2 years (1+1)		3-6 years	Remaining lifespan
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in flow/ strength	Variable length: Persistent ≥7-day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 international units/L¶ Low Low	↑ Variable Low Low		Stabilizes Very low Very low	
Antral follicle count			Low	Low	Low	**Low**	Very low		Very low	
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms likely	Vasomotor symptoms most likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy

FMP: final menstrual period; FSH: follicle-stimulating hormone; AMH: anti-müllerian hormone; Arrow: elevated.
* Blood draw on cycle days 2 to 5.
¶ Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard.

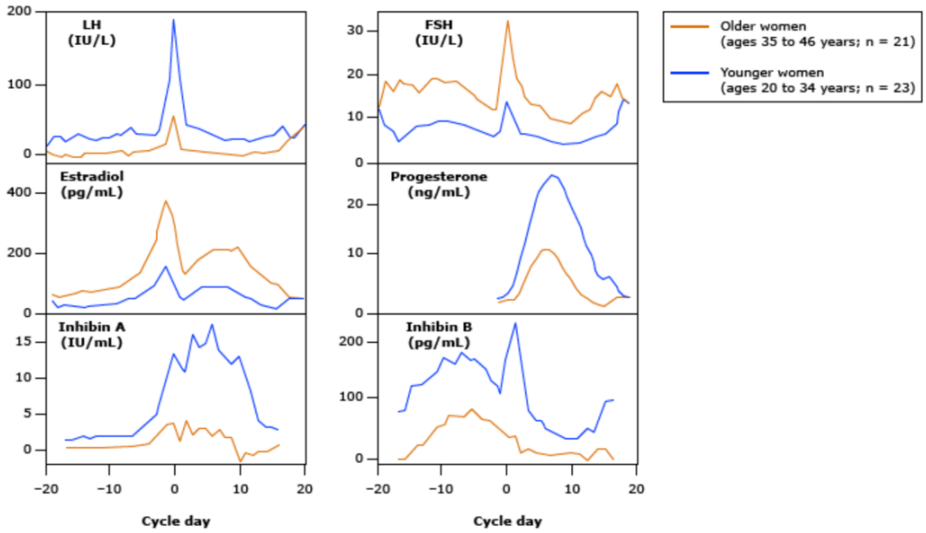
Reproduced with permission from: Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. J Clin Endocrinol Metab 2012. Copyright © 2012 The Endocrine Society.

Graphic 82933 Version 6.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 2 :

Hormone levels: Older and younger reproductive age



Mean daily levels of gonadotropins, sex steroids, and inhibins in older (ages 35 to 46 years; n = 21), shown in orange, and younger women (ages 20 to 34 years; n = 23), shown in blue.

FSH: follicle-stimulating hormone; LH: luteinizing hormone.

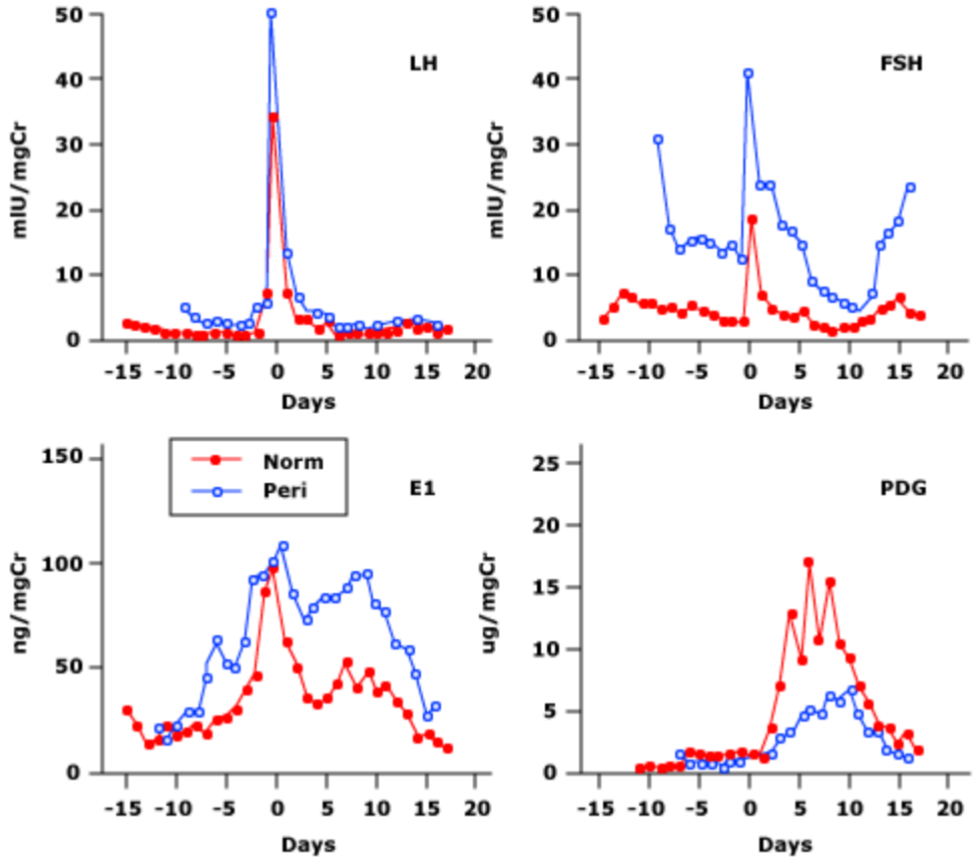
Adapted from: Welt CK, McNicholl DJ, Taylor AE, Hall JE. Female reproductive aging is marked by decreased secretion of dimeric inhibin. J Clin Endocrinol Metab 1999; 84:105.

Graphic 77945 Version 5.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 3 :

Early transition hormone patterns



Urinary reproductive hormone patterns in a group of 11 mid-reproductive-age (norm, age 19 to 38 years) and 11 late reproductive-age (peri, age 43 to 52 years) women having ovulatory cycles. Note that in late reproductive-age women, FSH is consistently elevated throughout the cycle, estradiol metabolite excretion (E1c) is overall elevated, and progesterone metabolites (PDG) are decreased compared with the mid-reproductive-age women.

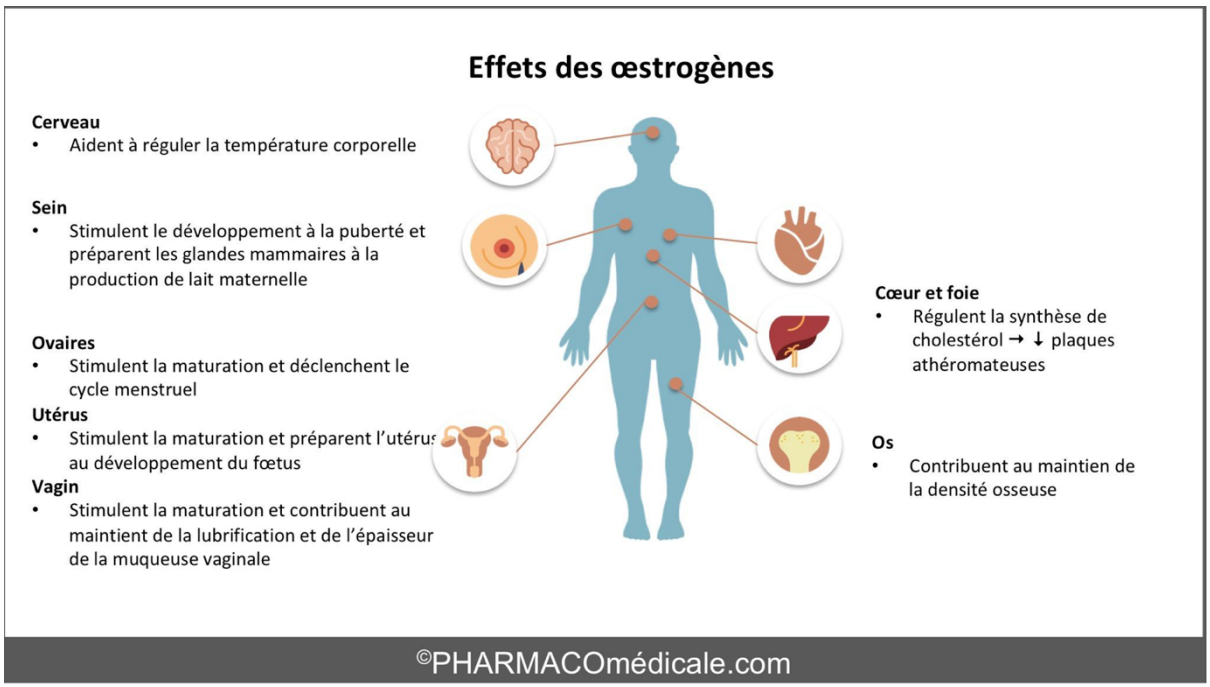
LH: luteinizing hormone; FSH: follicle-stimulating hormone; E1: estrone; PDG: pregnanediol glucuronide; E1c: estrone conjugate.

Reproduced with permission from: Santoro N, Brown JR, Adel T, Skurnick JH. Characterization of Reproductive Hormonal Dynamics in the Perimenopause. J Clin Endocrinol Metab 1996; 81:1495. Copyright © 1996 by The Endocrine Society.

Graphic 79769 Version 4.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 4 :


Effets des œstrogènes
Cerveau
• Aident à réguler la température corporelle
Sein
• Stimulent le développement à la puberté et préparent les glandes mammaires à la production de lait maternelle
Ovaires
• Stimulent la maturation et déclenchent le cycle menstruel
Utérus
• Stimulent la maturation et préparent l'utérus au développement du fœtus
Vagin
• Stimulent la maturation et contribuent au maintient de la lubrification et de l'épaisseur de la muqueuse vaginale
Cœur et foie
• Régulent la synthèse de cholestérol → ↓ plaques athéromateuses
Os
• Contribuent au maintien de la densité osseuse
©PHARMACOmédicale.com

Annexe 5 :

Causes of osteoporosis

Drugs
Glucocorticoids
Immunosuppressants (cyclosporine)
Antiseizure medications (particularly phenobarbital and phenytoin)
Aromatase inhibitors
GnRH agonists and antagonists
Heparin
Cancer chemotherapy
Endocrine disorders
Acromegaly
Adrenal insufficiency
Cushing's syndrome
Eating disorders
Endometriosis
Hyperparathyroidism
Hyperprolactinemia
Hyperthyroidism
Hypogonadism (primary or secondary)
Diabetes mellitus
Gastrointestinal disease/nutritional disorders
Alcohol-related liver disease
Celiac disease
Chronic active hepatitis
Chronic cholestatic disease
Gastrectomy
Inflammatory bowel disease
Jejunoileal bypass
Malabsorption syndromes
Pancreatic insufficiency
Parenteral nutrition
Primary biliary cholangitis
Severe liver disease
Vitamin D and/or calcium deficiency

Marrow-related disorders
Amyloidosis
Hemochromatosis
Hemophilia
Leukemia
Lymphoma
Mastocytosis
Multiple myeloma
Pernicious anemia
Sarcoidosis
Sickle cell anemia
Thalassemia
Organ transplantation
Bone marrow
Heart
Kidney
Liver
Lung
Miscellaneous causes
Ankylosing spondylitis
Chronic obstructive pulmonary disease
Epidermolysis bullosa
Idiopathic hypercalciuria
Multiple sclerosis
Rheumatoid arthritis
Genetic disorders
Hypophosphatasia
Osteogenesis imperfecta
Homocystinuria due to cystathionine deficiency

GnRH: gonadotropin-releasing hormone.

Reproduced with permission from: Fitzpatrick LA. Secondary causes of osteoporosis. Mayo Clin Proc 2002; 77:453. Copyright © 2002 Mayo Foundation.

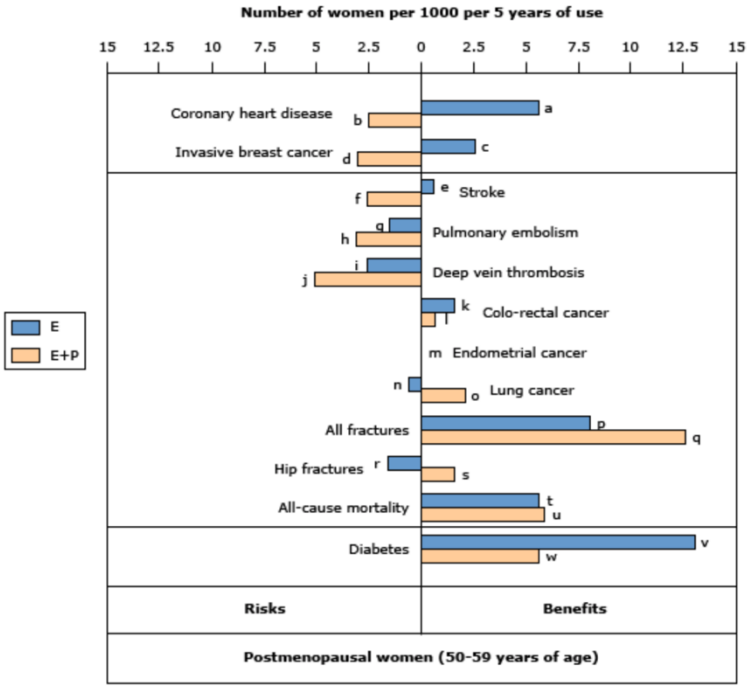
UpToDate®

Annexe 6 :

http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/articles-enquetes/122-le-frax

Annexe 7 :

Risks and benefits of menopausal hormone therapy (MHT)



Updated summary of the effects of orally administered CEE alone or combined with MPA in women ages 50 to 59 years during intervention phase of WHI. One set of analyses examined the risks and benefits of these agents in women ages 50 to 59 years. This figure plots these data, which are expressed here as excess risks and benefits per 1000 women using MHT for five years. Because women deciding to use MHT are more likely to continue this for a period of years rather than one year, this figure is constructed according to that assumption. WHI studies were not powered for age-related subset analyses, and none of the data presented in the figure are statistically significant. Nonetheless, this figure represents the best estimates that are available at the present time and are likely more reliable than similar estimates based on observational studies as reported previously in The Endocrine Society Scientific Statement. The HR (95% CI) values for the bars in the figure are listed here with reference to the alphabetical designations shown next to the bars: (a) HR 0.60 (0.35-1.04); (b) HR 1.34 (0.82-2.19); (c) HR 0.82 (0.50-1.34); (d) HR 1.21 (0.81-1.80); (e) HR 0.99 (0.53-1.85); (f) HR 1.51 (0.81-2.82); (g) HR 1.53 (0.63-3.75); (h) HR 2.05 (0.89-4.71); (i) HR 1.66 (0.76-3.67); (j) HR 3.01 (1.36-6.66); (k) HR 0.71 (0.30-1.67); (l) HR 0.79 (0.29-2.18); (m) HR 1.00 (ns-ns); (n) HR 1.12 (0.45-2.75); (o) HR 0.62 (0.30-1.29); (p) HR 0.90 (0.72-1.11); (q) HR 0.82 (0.68-1.00); (r) HR 5.01 (0.59-42.9); (s) HR 0.17 (0.02-1.45); (t) HR 0.70 (0.46-1.09); (u) HR 0.67 (0.43-1.04); (v) HR 0.83 (0.67-1.04); and (w) HR 0.85 (0.66-1.09). (RJ Santen, et al. Competency in menopause management: whither goest the internist? *J Women's Health (Larchmt)* 2014; 23:281, courtesy of Mary Ann Liebert, Inc).

CEE: conjugated equine estrogen; E: estrogen; E+P: estrogen-progestin; HR: hazard ratio; MHT: menopausal hormone therapy; MPA: medroxyprogesterone acetate; WHI: Women's Health Initiative.

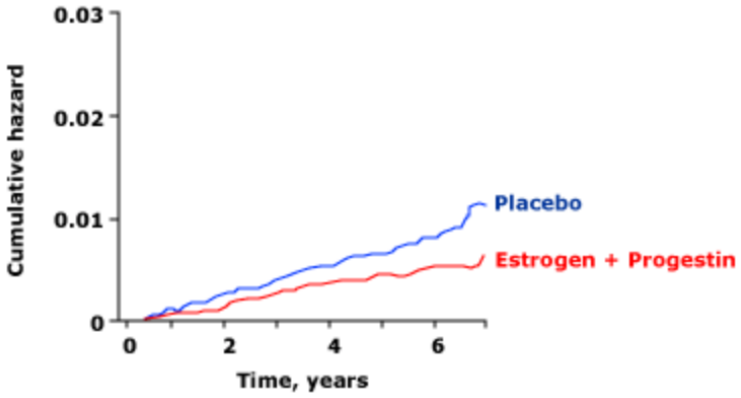
Republished with permission of The Endocrine Society, from: Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2015. Copyright © 2015; permission conveyed through Copyright Clearance Center, Inc.

Graphic 87938 Version 5.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 8 :

Estrogen-progestin therapy reduces hip fracture



In the Women's Health Initiative, combined estrogen-progestin replacement therapy was associated with significant reduction in hip fracture (five fewer hip fractures per 10,000 person-years; HR 0.7, unadjusted 95% CI 0.4-1.0).

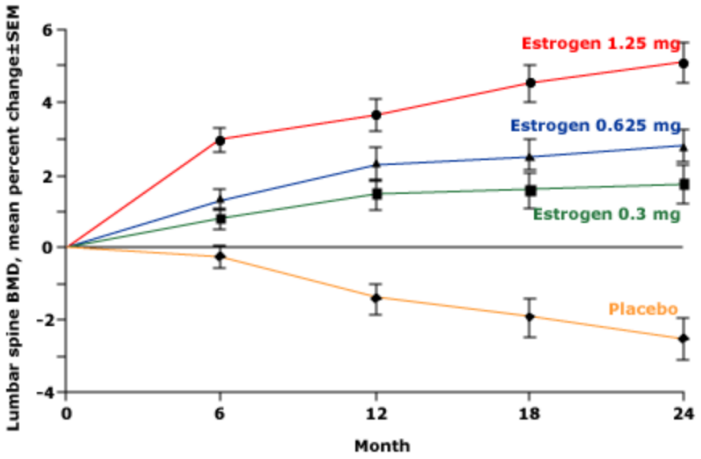
HR: hazard ratio.

Data from: Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen and progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321.

Graphic 55425 Version 4.0

Annexe 9:

Effect of estrogen dose on change in bone mineral density (BMD) in postmenopausal women



Mean percentage of change from baseline in lumbar spine (L1-4) BMD measured by DXA. Placebo (diamonds), esterified estrogens: 0.3 mg (squares), 0.625 mg (triangles), 1.25 mg (circles). BMD changes at all timepoints and at all esterified estrogen doses were significantly different from those occurring with placebo use.

BMD: bone mineral density; DXA: dual x-ray absorptiometry.

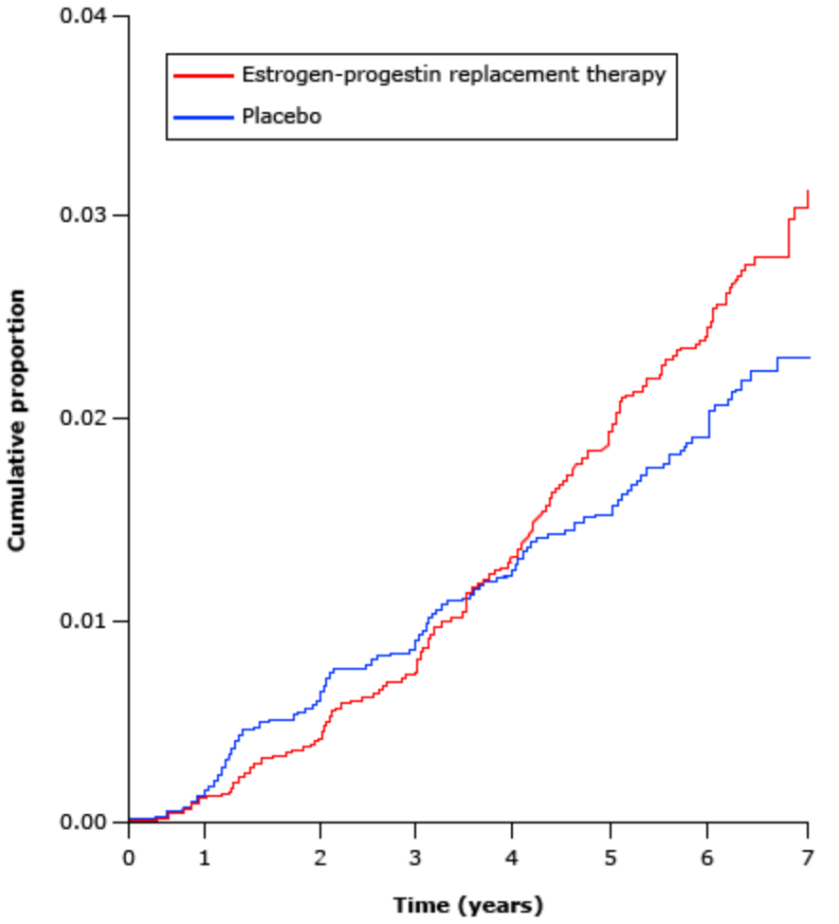
Data from: Genant HK, Lucas J, Weiss S, et al. Low-dose esterified estrogen therapy: effects on bone, plasma estradiol concentrations, endometrium, and lipid levels. Estratab/Osteoporosis Study Group. Arch Intern Med 1997; 157:2609.

Graphic 50951 Version 3.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 10 :

MHT increases invasive breast cancer



No. at risk								
Estrogen + progestin	8506	8396	8303	8194	7943	5751	3013	1302
Placebo	8102	8002	7895	7793	7581	5430	2696	977

In the Women's Health Initiative (WHI), combined estrogen-progestin replacement therapy was associated with a significant increase in invasive breast cancer (unadjusted HR 1.24, 95% CI 1.01-1.54) when compared with placebo.

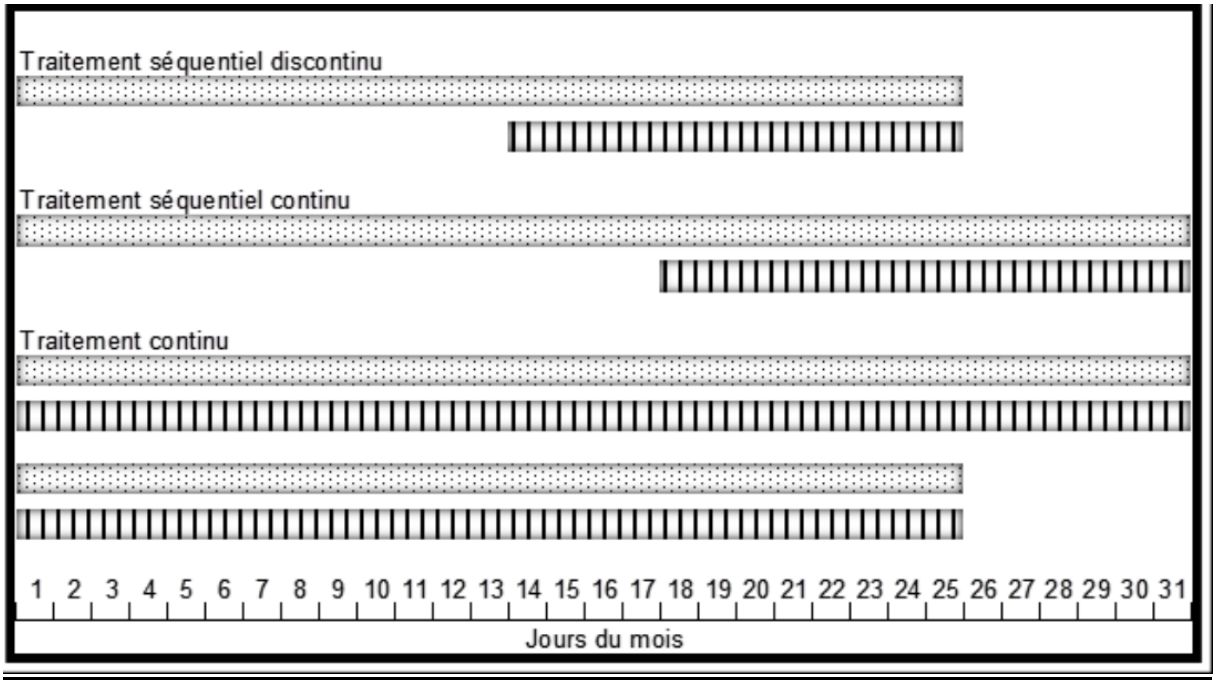
MHT: menopausal hormone therapy; HR: hazard ratio.

Data from: Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: The Women's Health Initiative randomized trial. JAMA 2003; 289:3243.

Graphic 69819 Version 4.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Annexe 11



http://formathon.fr/Formathon/102/modalites-du-tsh-de-la-menopause

Annexe 12 :

Progestatifs disponibles en Belgique :

Voie d'administration	Classification	Nom commercial	Dosage
Per os	Dydrogestérone	Duphaston	10mg
	Nomégestrol	Lytényl, Nogest, Nomegestrol Stragen	5mg
	Mégestrol	Megace	160mg
	Lynestrénol	Orgamétril	5mg
	Progestérone micronisée	Progebel, Utrogestan	100 ou 200mg
	Medrowyprogestérone acétate	Provera	5 ou 10 mg

Oestrogènes disponibles en Belgique :

Voie d'administration	Molécule	Nom commercial	Dosage	Posologie
Per os	Estriol	Aacifémine	2mg	1-8mg par jour en une prise
	Estradiol	Estrofem , Zumenon	1 ou 2mg	1 à2mg par jour en une prise
	Estradiol Valérate	Progynova	1 ou 2 mg	1-2 mg par jour en une prise
Transdermique	Estradiol	Dermestril	25µg/24 (dispositif transdermique septem) 25/50/100 microgramme /24h (dispositif transdermique TTS)	1 patch par semaine 2 patch/semaine
		Lenzetto	50 microgramme/24h	2 patch par semaine
		Oestrogel	Gel transdermique : 0.6mg/1g	0.75 à 1.5 mg par jour en 1 application
		Systen	50µg /24h (dispositif transdermique TTS)	2 patchs par semaine
Voie vaginale	Estriol	Aacifémine	Crème vaginale (1mg/1g) Ovule 0.5mg	1 ovule ou 1 application 2X/semaine
		Blissel	Gel vaginal (50 microgramme/1g)	1 application 2Xsemaine
		Oekolp	Ovule : 0.03mg	1 ovule par jour pendant 3 semaines lors initiation du traitement.

				Ensuite 1 ovule 2X/sem
	Estradiol	Vagifem	Comprimé vaginaux 10microgramme	1 application 2X/sem

Association disponible en Belgique :

Voie d'administration	Molécule	Nom commercial	posologie
Per os	Estradiol1mg + noréthistérone acétate 0.5mg	Activelle	Sans interruption
	Estradiol 1mg = drospirénone 2mg	Angéliq, Klimedix	Sans interruption
	Estradiol valérate 2mg puis estradiol valrérate + norgestrel 0.5mg	Cyclocur	Intervalle libre sans traitementde 7jours
	Estradiol 1mg puis progestérone 200mg	Duogestan	25 jours oestrogènes à partir du 12 ème jours prendre progestatif en plus : pause de 3-6jours
	Estradiol 0.5mg +dyrrogestérone 2.5mg	Femoston Low	Sans interruption
	Estradiol 1mg+dydrogestérone 5mg	Femoston conti 1/5	Sans interruption
	Estradiol 1mg puis estradiol 1mg + dydrogestérone 10mg	Femoston Conti 1/10	Sans interruption
	Estradiol 2mg puis estradiol 2mg+ dydrogestérone 1OMg	Femoston Conti 2/10	

			Sans interruption
	Estradiol 2mg + noréthistérone acétate 1mg	Kliogest	Sans interruption
	Estradiol valérate 1mg + diénogest 2mg	Laclimella	Sans interruption
	Estradiol 2mg puis estradiol 2mg+noréthistérone acétate 1mg ouis estradiol 1mg	Trisequens	Sans interruption
	Estradiol valérate 1mg + diénogest 2mg	velbienne	Sans interruption

Annexe 13 : Guide d'entretien

Questionnaire TFE : objectif est d'évaluer la prise en charge des symptomes et des comorbitités liés à la ménopause en médecine générale.

Quelles pistes pour améliorer la prise en charge ?

Homme ou femme

Âge

Année d'installation

Pratique solo/groupe/maison médicale

Patron ou assistant

Pratiquez vous de la gynécologie de base (frottis, pose de stérilet….)

1. Pensez vous que la prise en charge de la ménopause soit un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

2. Pour vous la ménopause c'est ?

3. Savez vous me citez qqs symptômes de la ménopause.

4. Abordez-vous spontanément le sujet de la ménopause en consultation ?
   - Si oui à quel moment ?
   - Si non pourquoi ?
   - Pensez vous qu'il y a une différence entre homme et femme médecin

5. Les femmes abordent-elles spontanément le sujet ?
   - Si oui spontannément ?
   - Si non ? idées des freins ?

- Quelle est leur conception de la ménopause.

6. Quelles sont les plaintes des patientes et quelles sont leurs demandes, leurs attentes

7. Comment prenez vous en charge la ménopause ?
   - Faites-vous des bilans particuliers (bio, mammographie,…) ?

   - Instaurez-vous un THS si oui dans quel cas et lequel ? Recherchez-vous des CI. Qu'est ce qui vous pousse à prescrire un traitement.

   - Avez-vous prescrit un THS au cours des 12 derniers mois ?

   - - Si oui lequel . Quel choix de R/ (local ou oral) pourquoi ce choix là. Est-ce que le cout du traitement est un frein ?

   - Alternative au THS ?

   - Freins à la prescription d'un R/ , ressentez vous une crainte de la part des patientes vis-à-vis des THS.

   - Suivi pour les patientes ménopausées

8. Connaissez-vous l'étude WHI de 2002 ? A-t-elle influencé vos choix de prescriptions ?

9. Remarquez vous des différences en fonction du milieu socio-économiques ou de l'origine culturelle ?

10. Pensez vous que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre à ce sujet ? Avez-vous l'impression de manquer de connaissance ?

11. Quel sont à votre sens les qualités du Mégé pour la prise en charge de la ménopause ?

12. Comment obtenez vous les informations ?

13. Quels outils pourraient améliorer la prise en charge de la ménopause en mégé ? Dépliants, affiches …

`

Annexes 14 : Interviews réalisées

Transcription numéro 1 :

Pensez-vous que la prise en charge de la ménopause soit un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Ça fait partie du travail quotidien , d'abord de la diagnostiquer et puis d'en discuter avec la patiente des résultats de la prise de sang. Ca se fait généralement lors d'un contrôle sanguin général proposé à la patiente si elle est à l'âge de la ménopause et qu'elle souhaite qu'on fasse le bilan de cocher les marqueurs hormonaux typiques de la ménopause.

D'accord. Donc tu penses que c'est le médecin généraliste qui peut prendre en charge la ménopause ?

Oui je le propose généralement lors d'un bilan plus large ou lors de plaintes de patientes qui viennent pour par exemple de l'irritabilité et des bouffées de chaleur, changements d'humeur sécheresse niveau des parties génitales. Parce qu'elles me parlent de ces sujets je propose alors la mise au point.

Et si tu devais résumer en quelques mots pour toi la ménopause c'est quoi ?

Ma vision de la ménopause ? C'est l'arrêt du fonctionnement des ovaires qui entraîne des modifications hormonales et plus loin des modifications générales à la fois au niveau du corps et également je dirais de l'esprit puisqu'il y a souvent des modifications d'humeur de dépression irritabilité de difficultés à se concentrer. C'est un changement qui est perceptible à la fois sur le plan biologique organique et psychologique.

Est-ce que tu abordes spontanément le sujet de la ménopause en consultation ? Et si oui à quel moment ?

Oui j'aborde fréquemment le sujet, je l'aborde chez les femmes d'environ 45 à 60 ans . Je m'assure toujours qu'elles font bien leur mammographie régulièrement c'est l'occasion pour demander si elles sont toujours réglées, si elles ont des plaintes à ce sujet-là, si leurs règles sont régulières ou irrégulières, si ça leur cause des ennuis et d'autre part lors d'un bilan général qui regroupe d'autres facteurs de risque bien alors j'en parle.

Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins hommes et les médecins femmes ? Qu'il est plus difficile pour un homme d'aborder le sujetou pas spécialement ?

Je pense que cela varie fort d'une patiente à l'autre mais qu'en général les patientes n'ont pas de difficultés à aborder ce sujet-là.

Et donc la question qui suit revient un petit peu sur ce sujet-là.

Est-ce que les femmes parlent spontanément du sujet en consultation ?

Oui régulièrement ou alors lorsqu'on pose une petite question générale.

Et tu n'as pas l'impression qu'il y a des freins des obstacles à en parler ? Que les patientes disent non ça c'est un sujet sur lequel on va me juger?

Non pas du tout

Quel est pour les femmes la conception de la ménopause ? Quelle est la plainte principale qu'elles vont exposer en venant.

La plainte principale c'est les sudations nocturnes, la tachycardie, les palpitations mais c'est surtout les plaintes nocturnes.

Et quand elles viennent quelles sont leurs demandes ? Est-ce qu'elles formulent précisément leur demande ou est-ce qu'il faut un peu creuser ? Quelle est l'attente de la patiente est-ce qu'elle attend un traitement ?

Je pense que, la demande de traitement est plutôt rare. Du moins traitement hormonal elles me demandent souvent un diagnostic précis savoir où ils en sont , savoir si elles ont besoin d'une contraception, savoir quels sont les risques de la ménopause et ce qu'il faut suivre qu'il y a des choses auxquelles doit être attentif comme l'ostéoporose et puis non c'est tout. Mais la demande en elle-même de traitement spécifique est très rare leur actuelle.

La deuxième partie consiste en une évaluation de la prise en charge de la ménopause.

Donc une femme chez qui on suspecte une ménopause quels sont les bilans que tu vas lancer ?

Donc un dosage hormonal LH et FSH éventuellement dosage d'œstrogènes ça c'est une première chose. Souvent je vais suggérer mammographie en même temps donc du dépistage éventuellement je propose aussi une ostéodensitométrie et donc aussi le diabète et tout car on sait qu'il y a des modifications à ce niveau-là aussi avec la ménopause.

D'accord

Et donc ça c'est quelque chose que tu fais chez toutes les patientes ? Ou alors plutôt à partir d'un certain âge qu'est-ce qui va motiver par exemple la réalisation d'un bilan ?

Souvent les patientes qui se se plaignent de règles devenues irrégulières rares ou une absence de règles ou alors parfois aussi avec une peur d'avoir une grossesse et elles veulent s'assurer elles n'ont plus besoin de contraception.

Par exemple devant des dosages de LH et de FSH qui sont très élevés des œstrogènes qui sont abaissés est-ce que l'on peut rassurer complètement la patiente et lui dire il n'y a pas de risque ou pas ?

Qu'est-ce qui permet vraiment de dire voilà vous pouvez arrêter votre contraception maintenant je suis sûre que vous ne tomberez pas enceinte ?

S'il n'y a plus de règles depuis au moins six mois je pense qu'on peut rassurer la patiente s'il a des dosages hormonaux qui correspondent.

Est-ce que tu instaures un traitement hormonal de substitution ? Et si oui dans quel cas

Ca dépend du choix de la patiente, ça je respecte toujours ce que la patiente veut je lui explique le pour et le contre.

Est-ce que tu recherches des contre-indications traitement ?

Oui.

Qu'est-ce que tu recherches par exemple avant d'instaurer un traitement à ?

Les antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques, des troubles de la coagulation, du diabète et de l'hypertension non contrôlée, du tabagisme, éventuellement des antécédents cardiovasculaires chez les parents quand ils sont importants.

Qu'est-ce qui pourrait te pousser à prescrire un traitement. ?

Surtout chez les femmes qui malgré un traitement symptomatique je vais dire continuent à se plaindre.

Est-ce que les patientes pourraient te pousser à prescrire un traitement même si toi tu as l'impression qu'il y a des contre-indications soit parce que ce n'est pas vraiment une indication à la prescription d'un traitement suivant les guidelines. Est-ce que tu as parfois l'impression de prescrire pour satisfaire ?

C'est très rare. Très très rare. Alors je mets bien en garde la patiente des risques qu'elle prend et des risques pour sa santé. Je lui dis bah alors vous le prenez vraiment sous votre responsabilité.

Est-ce que tu as prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Oui peut-être d'ailleurs probablement.

Et si oui lequel ?

Encore hier c'était Evista.

D'accord. Et pourquoi ce choix la pas un autre ?

Donc ce n'était pas une nouvelle prescription mais un renouvellement.

C'est ça.

Est-ce que tu as l'impression que c'est quelque chose de régulier dans ta pratique de prescrire un traitement de substitution ?

C'est devenu rare.

D'accord. Et quand tu dois en prescrire un quel choix tu fais et tu sais expliquer pourquoi ?

Par exemple du Duphaston et de l'Estrogel.

OK.

Parfois du Femoston mais c'est plus rare.

Et pourquoi ce serait plutôt l'un ou l'autre ?

L'habitude des produits. Parfois de l' aacifémine.

Est-ce que tu connais des alternatives au traitement hormonal de substitution ?

Il y a le serelys, la clonidine qui parfois a été donnée aussi pour les vapeurs et c'est à peu près tout ce que je connais.

D'accord, et est-ce que parfois tu vas parler de règles hygiéno-diététiques ? D'autres conseils pour que les patientes ressentent moins les bouffées de chaleur ?

Non ça je ne le fais pas systématiquement.

Est-ce qu'il y a des freins à la prescription d'un traitement c'est-à-dire est-ce que tu as l'impression qu'il y a une crainte de la part des patientes de se voir prescrire un traitement hormonal de substitution ?

Oui je pense.

Et qu'est-ce qui explique ça ?

Les patientes ont peur des effets secondaires.

Et que pensent les patientes quand tu proposes un traitement de substitution ? Qu'est ce qu'elles ont en tête ? Qu'est-ce qui leur fait peur ? Les effets secondaires ?

Le cancer le plus souvent. C'est vraiment quelque chose qui revient.

Et est-ce que tu arrives à les rassurer par rapport à ça ?

Souvent oui. Parce que je pense que les effets cardiovasculaires sont encore plus importants du moins si l'indication n'est pas bien posée.

Quel suivi proposes-tu aux patientes auquel tu as prescrit un traitement de substitution ?

Prise de sang régulière tous les ans, suivre la tension, regarder si elle n'a pas d'effet secondaire, je demande toujours s'il y a bien suivi au niveau des mammographies, s'il y a un frottis régulier qui est fait si pas je le propose également. Voilà un suivi régulier d'une femme de 50 ans.

D'accord. Est-ce que tu revois systématiquement les patientes après avoir prescrit un traitement modal de substitution.

Pas tout de suite après de trois mois après.

Est-ce que tu as l'impression que beaucoup de patientes arrêtent le traitement ?

Oui je pense que la compliance n'est pas très bonne.

Et pour quelles raisons ?

Soit que les symptômes ont disparu ou alors par négligence.

Est-ce que tu connais la grand étude WHI de 2002 qui est la première étude à avoir mis en évidence un lien entre le cancer du sein et le traitement hormonal de substitution ?

Oui, j'en ai entendu parler.

Est-ce que tu penses qu'elle a influencé le choix de prescription ?

Oui je pense. À partir de ce moment-là on a prescrit beaucoup moins à la fois chez le médecin et dans le grand public je pense qu'il y a une crainte de l'utilisation des hormones qui étaient beaucoup plus répandue avant. Avant ça, je. prescrivais beaucoup plus de traitement de la ménopause c'était presque une généralité.

Donc pour toi il y a vraiment eu un changement à ce moment-là ?

Oui.

Est-ce que tu penses aujourd'hui à cause de cela il y a un sos traitement de la ménopause ?

Oui probablement.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a des différences en fonction du milieu socio-économique ?

Oui je constate que dans les milieux faibles les femmes s'en plaignent beaucoup moins.

Et pourquoi ?

Je pense qu'à partir d'un certain âge les femmes de milieux socio-économiques peu élevé se négligent très fort elles ne sont pas du tout compliantes à tout ce qui est dépistage prévention et tout ce qui n'est pas en fait de la médecine aiguë.

Est-ce que tu penses que c'est parce qu'elle considèrent que la ménopause est quelque chose de naturel et de normal ?

Oui certaines me disent qu'elles ont déjà vu ça chez leur mère leur grand-mère et elles se disent c'est la même chose.

Est-ce que tu constates des différences en fonction de l'origine culturelle ?

Oui je constate par exemple que les femmes marocaines n'abordent jamais ce sujet avec moi. Elles demandent par exemple pas non plus de dosage. Et dans d'autres populations ? Parce que je ne l'ai pas vraiment observé.

Est-ce que tu penses que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre aux questions de la ménopause ?

Les connaissances supplémentaires ne feraient pas de tort. Avoir quelques cours quelques séminaires à ce sujet-là.

Quel est à ton sens et qualité du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

C'est la vue globale de la patiente. Il connaît sa patiente depuis de nombreuses années il connaît ses antécédents ses facteurs de risque. Il peut plus facilement juger de la nécessité d'un traitement des contre-indications et comme il la revoit régulièrement il peut regarder si le traitement lui convient et s'il n'y a pas d'effet secondaire.

Et comment tu fais pour obtenir des informations sur la ménopause ?

Les délégués médicaux, les articles dans les journaux parfois des séminaires.

Qu'est-ce que tu penses qui pourrais améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine

Je pense qu'il faudrait peut-être faire une action vers le grand public pour au moins que les femmes aux alentours de 50 ans fassent des bilans de prévention pour dépister tous les facteurs de risque donc par exemple inciter les femmes à se faire suivre aux alentours de la ménopause pour pouvoir évaluer aussi s'il faut alors un traitement ou non.

Est-ce que tu penses par exemple que des affiches que l'on mettrait dans la salle d'attente pourrait aider.

Oui je trouve que ça pourrait être très intéressant.

Et est-ce que tu penses que cela pourrait être très intéressant d'avoir des petits mémos d'avoir des algorithmes pour avoir une vue globale sur la prise en charge de la ménopause ?

Je pense qu'il faut aussi que l'on en parle peut-être dans la presse puisque c'est quelque chose qui sensibilise généralement les gens mais de façon neutre c'est-à-dire pas dans la presse à sensation moins mais simplement plutôt médicale des articles écrits par des scientifiques mais destinés au public

Transcription numéro 2 :

Donc première question est-ce que tu fais de la gynéco de base comme des frottis ?

Non

Est-ce que tu penses que la prise en charge de la ménopause est du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Alors je dirais, que c'est du ressort du médecin généraliste qui a un tropisme pour la gynéco. Du gynécologue bien sûr mais quand même du médecin généraliste en temps normal. pourquoi parce que ça a des impacts sur l'ossature par exemple sur l'ostéoporose, et ça fait quand même partie du rôle du généraliste d'assurer un suivi de ce côté-là ainsi que les mammographies et ce genre de choses.

Et donc tu penses que le médecin généraliste est apte à prendre en charge les plaintes liées à la ménopause ?

Je pense qu'il ne peut pas le faire seul s'il n'a pas de tropisme pour la gynécologie, alors je pense qu'il doit le faire en collaboration avec le gynéco.

Pour toi la ménopause ça correspond à quoi ?

C'est un cap, je ne suis pas du toute une femme mais je pense que c'est un cap autant psychologique que physique qui doit être très difficile parfois à accepter qu'il faut en discuter avec ses proches avec son médecin de confiance et au besoin peut-être avec son gynécologue. C'est la fin de la fertilité entre guillemets, certaines femmes ont du mal à se reconnaître car il y a de nombreux changements tant physiques et puis aussi bien sur des implications médicales j'ai envie de dire en termes de prévention cardiovasculaire. Oui je pense que c'est quelque chose qu'il faut aborder.

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Troubles du sommeil, sécheresse vaginal, troubles de l'humeur, troubles de la concentration, oui je dirais en premier, modification de la peau aussi.

Est-ce que c'est un sujet que tu abortes spontanément en consultation et si oui à quel moment et sinon pourquoi ?

Non, pourquoi, c'est vrai que c'est toujours difficile d'aborder la chose aussi parce que je pense que je suis un homme donc pour moi c'est plus difficile. Souvent j'ai l'impression que les patientes abordent d'elles-mêmes, elles me posent des questions, quand elles commencent à avoir des bouffées de chaleur, quand elles commencent à avoir des problèmes à s'endormir. Donc c'est vrai que c'est plutôt elles qui viennent vers moi d'habitude mais ça m'arrive parfois d'en parler quand je vois une femme de la cinquantaine commence à avoir des changements dans son état d'esprit et qu'elle ne se reconnaît plus comme avant. Je lui pose par exemple une question quant à la date de sa dernière règles mais d'habitude elles viennent d'elles-mêmes avec la plainte.

Tu penses qu'il y a une différence entre un médecin homme et un médecin femme pour la prise en charge de la ménopause ?

Je pense qu'on peut l'aborder dans les deux cas, après je pense qu'il ne faut pas se leurrer c'est un sujet qui je pense est plus simple à aborder quand on a soi-même vécu le problème. A l'inverse d'une femme, un homme peut tout à fait parler d'un problème de prostate à une femme mais je pense que le médecin et le patient auront plus d'affinités à parler de ce genre de problème avec quelqu'un du même sexe. En tout cas je pense qu'ils auront plus de facilité en parler mais je pense que non il n'y a pas de différence majeure entre hommes et femmes.

La question suivante et les femmes abordent elles spontanément le sujet de la ménopause en consultation ?

Oui.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a des freins qu'il y a des tabous ?

Des freins oui, car je pense que ça peut être parfois considéré comme un peu honteux les bouffées de chaleur les problèmes de sommeil et ce que j'ai déjà eu c'est que c'est le conjoint qui va venir et rapporter les problèmes. Un peu à l'insu de la patiente ça arrive des fois j'ai des couples qui viennent pour ça pour discuter des problèmes de ménopause parce que je pense que certaines femmes sont vraiment mal à l'aise avec ça ils ne savent pas trop comment aborder le sujet et le fait de passer par une tierce personne peut les aider.

Quelle est la conception de la ménopause selon les patientes selon les femmes ?

Tu trouves que les femmes considèrent que c'est quelque chose de normal physiologique ou plutôt quelque chose de pathologique.

Souvent c'est quand même considéré comme quelque chose de normal un peu comme l'arrivée des règles. Elles en parlent avec leur mère leur grand-mère, après ça dépend aussi de l'intensité des symptômes chez les patientes qui font une ménopause j'ai envie de dire sans conséquence elles peuvent se plaindre par exemple d'un peu de fatigue quand même mais voilà, et d'autres de problèmes comme de la sécheresse vaginale handicapante et là elles ne considèrent pas du tout que c'est normal et qui s'en plaignent.

Quels sont les plaintes les plus fréquemment évoqués par les patientes ?

Le plus fréquemment j'ai l'impression que ce sont les problèmes de sommeil et la fatigue, parfois les maux de tête mais ce sont surtout les problèmes de sommeil et la fatigue les problèmes de sécheresse vaginale je pense que beaucoup en souffrent mais qu'elles n'en parlent pas. Peut-être parce que c'est plus intime mais donc c'est vraiment je trouve les problèmes de fatigue et de sommeil. Parfois aussi les troubles de l'humeur.

Et le sommeil quand elles t'en parlent du sommeil elles font le lien avec la ménopause ou pas spécialement ?

Non je ne pense pas mais si je leur demande si leur sommeil va bien et voilà. Une fois sur deux elle me disent j'ai un sommeil complètement haché je me réveille toute la nuit justement parce que j'ai des sudations.

Et donc si elle te parle du sommeil est-ce que toi tu vas directement enclencher sur les autres symptômes de la ménopause ?

Oui alors dans ce cas-là je vais poser la question, à partir de 50 ans je vais poser la question, je vais leur demander si leurs règles sont régulières s'il n'y a pas eu de souci de ce côté-là, et d'habitude après le sujet est ouvert, et on peut en discuter.

La suite va concerner principalement la prise en charge de la ménopause.

Est-ce que chez une femme qui est ménopausée tu lances un bilan particulier ?

Ce que je fais souvent si je suggère qu'il y a une ménopause c'est quand même de faire un bilan hormonal , de doser quand même la FSH œstradiol progestérone, je vérifie toujours une thyroïde je fais un check-up régulier je vais dire assez complet. Je vérifie aussi qu'il y ai bien une mammographie qui était faite récemment et dans les deux ans ou un bilan sénologique complet je vais aussi demander s'il y a eu des fractures récentes ou suspectes, fracture du poignet sans trauma ou voilà s'il y a une prise par exemple de corticoïdes chroniques je vais aussi demander une ostéodensitométrie. Si j'ai un bilan hormonal suggestif alors oui je peux aussi demander une ostéodensitométrie.

Et donc pour toi c'est également le moment de faire de la prévention ?

Oui je pense que c'est un moment à privilégier pour faire de la prévention je ne suis pas spécialement un bon élève dans ce cas-là. Par exemple chez les hommes à partir de 50 ans je vais faire systématiquement un électro. Chez les femmes par compte je vais attendre partir de 65 ans.

Est-ce que tu instaures des traitements hormonaux de substitution et si oui lesquels et à quel cas ?

Non, je si il y a des contre-indications majeures alors là ben voilà je n'en parle même pas. Dans les autres cas je peux évoquer le sujet. Mais je dis aux patientes je ne me sens pas du tout compétent dans ce domaine-là et que je préfère que ce soit le gynécologue qui les suit qui fasse un frottis qui s'occupe de leurs mammo et qu'ils prescrivent un traitement il sera mieux conscient que moi s'il y a une pathologie de l'utérus.

Je leur dis toujours moi je ne suis pas compétent là-dedans.

Il y a bien quelques moments si vraiment elles insistent pour que je leur donne quelque chose où je vais donner même bon pour ne pas le citer SERELYS un complément, qui n'est pas à visée hormonal en leur disant bien et ça n'a pas un effet immédiat et qu'il y aura d'autres options au cas où, mais je leur dis il faudra voir le gynécologue car lui pourra instaurer alors un traitement.

Et donc avant de parler traitement hormonal de substitution tu recherches quand même des contre-indications mais tu n'instaures pas de traitement hormonal substitution toi-même ? Tu réfères plutôt au gynéco. Est-ce qu'il y a des plaintes devant lesquels tu vas dire oui là je pense qu'il faut un traitement et je vous conseille d'aller voir le gynéco ?

Oui si par exemple pendant la phase de périménopause la patiente se plaint par exemple de métrorragies vraiment très invalidante alors je demande s'il y a un frottis de col qui a été réalisé au cours de trois ans mais je pose la question vous ne pensez pas qu'il serait temps de voir votre gynéco notamment si les pertes sont de plus en plus invalidantes. S'il y a des antécédents de cancer du sein dans la famille je demande aussi qu'elles aillent voir le gynéco. Ou simplement si cela est la demande de la patiente.

Donc tu n'as pas prescrit de traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Non.

Connais-tu des alternatives au traitement hormonal ?

Alors je connais un complément, on peut le donner même à des patients qui ont des antécédents de cancer du sein donc je me dis c'est un peu bête de ne pas l'essayer ça peut aider au bout de quelques semaines au pire des cas ça ne fait rien mais je n'irai jamais au-delà de ça parce que je ne sens pas du tout compétent. Et donc je préfère comme dit passer le relais.

Est-ce que tu penses qu'il y a des freins à la prescription d'un traitement hormonal ? Notamment de la part des patientes ?

Oui, elles ont peur de développer des effets secondaires à tort ou à raison notamment le cancer. Et oui je pense qu'il y a une certaine réticence par rapport à cela parce que finalement par des symptômes on parle des choses mais je vais dire que presque un tiers des patientes me dise qu'elles sont contre de base même quand elles n'ont pas d'antécédents ou qu'elles n'ont pas de facteurs de risque la plupart des femmes n'aiment pas prendre ce genre de traitement et encore moins très longtemps.

Est-ce que tu proposes un suivi pour la patiente ménopausée cette question avait surtout lieu d'être si tu prescris un traitement hormonal ?

Non donc non je ne fais pas de suivi.

Est-ce que tu connais la grande étude de 2002 WHI qui est la première étude avoir établi un lien entre le traitement hormonal de substitution et notamment le risque de cancer du sein est-ce que tu penses que cette étude a influencé le choix de prescription?

Oui j'en ai entendu parler mais je ne connais pas plus que cela. Est-ce que ça a influencé mon choix de prescription je ne pense pas vu que je ne prescris pas.

Est-ce que tu remarques des différences en fonction du milieu socioculturel ou économique ?

J'ai envie de dire non je n'ai pas constaté cela. Je n'ai pas en tête de grosses différences que ce soit culturelles ou au niveau d'éducation.

Tu as l'impression qu'elles vont en parler autant que ce soit des femmes issues de l'immigration des femmes vivant en Belgique depuis de nombreuses années ?

Peut-être que toutes les femmes qui ont des origines du bassin méditerranéen ont plus facile à évoquer le sujet. Pourquoi je me suis toujours posé la question. Pourquoi peut-être parce que dans ces pays il y encore beaucoup de médecins qui sont des hommes et ne vivent pas encore le changement et la féminisation actuelle que l'on a en Europe. Elles sont peut-être plus à l'aise en parler avec des hommes je ne sais pas. Mais à part ça je ne vois pas de grosses différences

Est-ce que tu penses que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre au sujet de la ménopause ?

Non non non pas du tout. Honnêtement de ce que je me souviens on a eu des cours de gynéco obstétrique à Saint-Luc qui était très axés sur la chirurgie et aussi parfois sur le suivi de grossesse mais surtout sur la chirurgie et finalement on avait un mini chapitre sur la contraception féminine et quasiment rien sur la ménopause ou la prévention après la ménopause et donc oui clairement je trouve qu'il y a un manque de ce côté-là on passe trop de temps sur des opérations c'est un sujet intéressant mais on passe beaucoup de temps dessus..

Et donc tu as l'impression de manquer de connaissances sur le sujet ?

Oui j'ai un gros manque sur le sujet je ne le cache pas. Et je pense que oui en médecine générale pour avoir plus de données sur ce sujet être mieux formé.

Est-ce que tu penses que cela devrait être intégré dans la formation de médecins généralistes ?

Oui je pense que moi je n'ai pas eu du tout le même cursus que les nouveaux médecins généralistes en formation, oui mais ça pourrait faire l'objet d'un ou 2 Cours voir en détail les points clés.

Quelle attention seules les qualités du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Je pense qu'en tant que médecin généraliste on a un lien le plus fort avec les patientes qu'avec le gynéco qu'elles voient moins. Et puis on a aussi accès à tous les historiques avec tous les antécédents par exemple une thrombophilie des problèmes d'allergies médicamenteuses les antécédents familiaux ou personnels. Je pense que ça devrait vraiment être 50 /50 a qu'il devrait y avoir un lien plus fort entre le médecin généraliste et le gynéco. Et je pense que l'on n'est pas exclu mais parfois un peu mis sur la sellette. Et on laisse du coup ça au gynéco parce que de 1 on ne se sent pas compétent et de deux on a parfois des difficultés à avoir des informations. Comme avoir le dernier bilan les derniers frottis de col. Je pense qu'il faudrait améliorer la communication et améliorer la place du médecin généraliste.

Comment est-ce que tu obtiens les informations pour te tenir au courant des nouveautés sur la ménopause des guidelines ?

Je lis par exemple les recommandations de la SSMG je vais parfois aussi sur pub med quand j'ai un doute voilà c'est à peu près tout.

Est-ce que tu penses qu'il y a des outils pour améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale que ce soit pour le médecin pour la patiente ?

Je sais qu'en Belgique médecine générale on aime pas trop utiliser les scores mais je trouve ça très pratique peut-être faire un score pour savoir justement un peu quand on prend en charge la ménopause parce qu'il existe par exemple de score pour l'ostéoporose comme le frax. Et peut-être faire l'objet d'une fiche de synthèse comme fait par exemple la SSMG pour la l'insuffisance rénale à destination des médecins généralistes qui sont intéressés pour avoir par exemple une vue directe sur tous les traitements les indications des contre-indications.

Savoir qui prendre en charge.

Tu penses que mettre des affiches dans la salle d'attente ou des petits prospectus pourraient également aider la patiente en parler plus ?

Oui je pense que cela peut être intéressant surtout pour rappeler l'importance de faire le frottis de faire les mammographies je pense que c'est toujours quelque chose d'utile parce que les gens passent parfois beaucoup de temps dans la salle d'attente.

Transcription numéro 3 :

Première question : pratiques-tu de la gynécologie de base dans ta pratique courante ?

Alors de la gynécologie oui j'en fais dans ma pratique de tous les jours, des frottis de dépistage mais genre mettre un stérilet ça je ne fais pas. Au niveau de la ménopause je parle surtout des symptômes je peux parler aussi des traitements qu'il faut instaurer mais c'est vrai que je passe souvent par une gynéco. D'un point de vue petite gynéco je fais surtout les frottis les MST et la contraception.

Est-ce que tu penses que la prise en charge de la ménopause et du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

La prise en charge le début en tout cas, oui c'est super important de savoir le diagnostiquer déjà, d'accueillir les plaintes et de savoir quel bilan il faut faire parce que moi je ne lance pas un traitement sans avoir bilanté d'abord. De savoir si le dépistage est en ordre, si la dame voit le gynéco régulièrement, de parler des facteurs de risque par rapport à l'ostéoporose. Mais oui je pense que la ménopause c'est du ressort de la médecine générale d'ailleurs je constate que plein de patientes viennent se plaindre de ça. Maintenant moi personnellement, je suis un peu frileuse de débuter les traitements hormonaux de substitution parce qu'avec tout ce qu'on entend, voilà. Mais en tout cas des conseils par rapport à cela oui clairement ce sont des plaintes que l'on doit pouvoir accueillir en médecine générale.

Pour toi la ménopause c'est quoi comment tu la définirais avec tes mots ?

Pour moi, c'est cliniquement la vraie définition de la ménopause une absence de règles pendant plus d'un an. Et après tu peux la définir biologiquement, mais le diagnostic de certitude plus d'un an sans règle sans traitement sans contraception et alors et bien voilà tu as tous les autres symptômes qui accompagnent. Tout ce qui est plus précoce et tout ce qui est plus tardif. Voilà ce qu'est la définition même c'est une absence de règles pendant un an.

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Il y a tout ce qui est symptôme des troubles de l'humeur, trouble du sommeil, tu as tous ce qui est symptômes locaux à cause de la diminution des hormones au niveau de l'endomètre, je dirais aussi de la sécheresse, plus d'infection urinaire, des bouffées de chaleur, les muqueuses qui se relâchent, des prolapsus. Les troubles d'humeur ce qui me vient en tête.

Est-ce que tu abordes spontanément le sujet de la ménopause en consultation et si oui à quel moment et sinon pourquoi ?

J'avoue que je n'aborde pas spontanément que je le fais plutôt quand les patientes viennent m'en parler. Ou alors aussi si elles ont des symptômes si elles veulent en savoir un peu plus. Mais c'est vrai que moi spontanément non je n'en parle pas. Et pourquoi je ne sais pas en fait, je pense que je parle déjà énormément de prévention au sens large. Quand je parle de prévention j'avoue que je ne parle pas spécialement de la ménopause. C'est vrai que je devrais y penser. Je trouve que de nos jours les femmes vont quand même souvent vers leur gynécologue pour parler de la ménopause elles vont moins envers le généraliste en général que ce soit pour tout je trouve même pour la gynécologie de base. C'est vrai que je remarque que même la gynécologie de base les frottis la contraception je n'en ai jamais fait beaucoup parce que les gens ne savent pas que je peux le faire que je sais le faire parfois certains sont étonnés que je sache faire un frottis gynéco. Je pense que c'est pour ça que je n'en parle pas parce que c'est plus géré par le gynéco et c'est vrai que moi quand j'ai le temps de parler d'autre chose si les gens viennent pour des renouvellements de prescription je vais faire de la prévention en médecine générale mais je n'aborderai pas spécialement la ménopause.

Tu as l'impression qu'une grosse partie de la population est suivie par un gynécologue ?

En tout cas là où je travaille les femmes sont quand même bien suivies par leur gynéco, honnêtement quand je leur demande pour ce qui est de la prévention par exemple pour leur frottis beaucoup sont en ordre. Il faut dire que je travaille à Villers la ville avec une population plus aisée il y a des hôpitaux alentour faciles d'accès il y a aussi des gynécos privés faciles d'accès. Et j'ai l'impression qu'il y a une grande partie de ma population qui se tourne directement vers leur gynéco moi en tout cas j'adore la gynéco et je suis triste de ne pas avoir la chance d'en pratiquer plus.

Est-ce que tu penses qu'il y a une différence entre être un médecin homme et un médecin femme pour aborder le sujet de la ménopause ?

Oui j'ai l'impression qu'il y a qu'un pas mal de nos patientes qui préfèrent que ce soit une femme, moi j'ai travaillé avec un co assistant garçon et les gens venaient chez moi pour ce type de problème. Je pense que les femmes sont plus à l'aise avec une femme, moi par exemple personnellement je m'en fous complètement j'ai un gynéco homme mais, je pense qu'en tant que généraliste les femmes se tournent plus facilement vers une femme oui.

Est-ce que tu as l'impression que les femmes abordent spontanément la question en consultation ?

Oui je pense qu'il y a certaines personnes, ce que j'ai souvent comme demande c'est de savoir si elles sont ménopausées ou pas par exemple elle me dit j'ai tel et tel symptôme j'aimerais savoir où est-ce que j'en suis. Ça j'ai très fréquemment comme question. Quand j'étais à Charleroi en première année, j'avais beaucoup plus de personnes qui venaient me parler de leurs symptômes qui étaient notamment plus frileuses d'aller vers le gynéco car plus cher et moins accessible. J'ai eu vraiment beaucoup plus de gynéco à Charleroi qu'à Villers la ville la demande du diagnostic ça c'est très fréquent mais une demande de prise en charge je constate beaucoup moins. Je pense que ça dépend si fortement du milieu dans lequel tu travail. À Villers la ville j'ai par exemple beaucoup moins de personnes qui viennent me parler de la ménopause et à Charleroi la plupart se tournent d'abord vers moi.

Quelle est la conception de la ménopause selon les femmes que tu as en consultation ? Est-ce un état physiologique ou plutôt pathologique ?

J'ai l'impression que ça représente pour elle un cap dans leur vie, j'ai l'impression que quand elle sont symptomatiques ça prend une grosse place dans leur vie quand elles sont mal et symptomatique ça peut vraiment avoir un impact sur leur qualité de vie. Les troubles de l'humeur et les troubles du sommeil c'est quelque chose que je vois quand même très fréquemment. Je n'ai pas l'impression cependant que soit perçu comme quelque chose de pathologique

Quelles sont les plaintes les plus fréquentes exprimées par les patientes ?

Les bouffées de chaleur et les troubles de l'humeur je dirais. Je dirais plutôt ça, les trouble du sommeil peut-être mais je dirais surtout surtout les bouffées de chaleur en tout cas j'ai l'impression que dans le début de la ménopause c'est surtout ça.

La partie suivante va concerner la prise en charge de la ménopause.

Est-ce que tu fais un bilan particulier quand tu suspects qu'une femme est ménopausée ?

J'ai tendance à faire une biologie avec le cholestérol si elle me le demande le diagnostic je vais faire alors une FSH et une LH œstradiol la vitamine D, voilà. Si elle est demandeuse d'un THS alors là oui je vais plus loin, je demande qu'elle aille voir le gynéco pour une échographie endo vaginale, une mammographie, je pense que c'est tout ce que je demande.

Est-ce que tu instaures des traitements de substitution toi-même ? Si oui dans quel cas ?

En fait non parce que j'envoie systématiquement chez le gynécologue faire une échographie si je veux mettre un traitement est donc souvent à ce moment-là ça va être le gynécologue qui va prendre le relais. Ça a dû m'arriver une fois ou deux quand le gynéco n'était pas disponible ou qu'elle venait de le voir il n'y a pas longtemps.

Oui le traitement hormonal de substitution je le mets surtout pour les symptômes généraux, les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil,. Pour les troubles locaux parfois je me traitement local.

Là c'est vraiment handicapant plus plus plus et qu'elles ne savent pas passer le cap alors là. Si c'est des symptômes locaux je propose un traitement local. Et voilà.

Et aussi en prévention de l'ostéoporose si j'instaure un traitement très rapidement après le diagnostic d'ostéoporose, prévention cardiovasculaire mais je ne mettrai pas un traitement pour cette raison.

Est-ce que tu recherches des contre-indications à la mise en place d'un traitement hormonal ?

Oui d'office, cancer de l'endomètre, cancer du sein, thrombose thrombo-embolique, qu'est-ce qu'il y a d'autres, qu'est-ce qu'il y a d'autres. Cancer du sein personnel, et voilà.

Est-ce que tu as prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Non au cours des 12 derniers mois non.

La question d'après c'était si oui lequel mais comme tu n'en as pas prescrit elle n'a pas lieu d'être.

Est-ce que tu donnes des alternatives au traitement hormonal, est-ce que tu connais des alternatives ?

Alors oui mais il y a tout ce qui est phyto mais Bon il faut que les patients ait de l'argent ça coûte cher et qu'il soit preneur il y a aussi les œstrogènes locaux et puis aussi tout ce qui est clonidine. Pour ce qui est trouble de l'humeur on peut aussi prescrire les antidépresseurs. Pour ce qui est symptômes locaux il y a aussi tous les lubrifiants. C'est tout ce que je connais comme alternative.

Est-ce que tu as des freins à la prescription d'un traitement ?

Oui un exemple c'est si elles ne sont pas en ordre bilan gynéco là je ne prescris pas, mammo échographie récente. Si elles sont en ordre je pourrais éventuellement le prescrire mais j'évaluerai assez régulièrement les indications les contre-indications. C'est vrai que je suis assez frileuse je ne sais pas exactement expliquer pourquoi je ne me sens pas à l'aise avec ce sujet. J'ai peur qu'en le prescrivant un an après la meuf elle fasse un cancer du sein et que ça me retombe dessus. J'ai vraiment une certaine frilosité à le faire. Les effets thrombo-emboliques peuvent aussi me faire peur parce que quand on entend ce que les femmes peuvent parfois avoir. Par exemple les jeunes qui font des embolies pulmonaires sous pilule ça me fait peur je suis fortement frileuse par rapport aux effets secondaires que ça pourrait avoir parce que je ne suis pas balèze et je ne connais pas bien les proportions..

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une crainte de la part des patientes vis-à-vis des traitements hormonaux ?

Pour ma part j'ai l'impression que les patientes ne sont pas fortement au courant, je l'impression que la pilule, la pilule contraceptive en elle-même, elle est fort médiatisée on entend beaucoup sur les effets secondaires de cette pilule et pas spécialement sur le traitement de la ménopause alors qu'on soit quasiment la même chose avec le même traitement et le même risque. Les femmes sont moins au courant mais moi je vois que quand ça altère leur qualité de vie elles veulent vraiment un traitement elles cherchent à être soulagées. Mais ne sont pas au courant. L'impression que c'est plutôt par rapport à la pilule que le patient sont plus frileuses plutôt que par rapport au traitement de la ménopause.

En 2002 il y a une grande étude qui était l'étude de la WHI qui a mis en évidence pour la première fois un lien entre le traitement hormonal de substitution et le risque de cancer du sein. Est-ce que tu connais cette étude ? Et si oui est-ce que ça a influencé tes choix de prescription ?

Oui j'ai entendu parler de cette étude dans les cours de gynéco. Oui ça reste dans ma tête je prescris un THS cancer du sein risque thrombo-embolique, alarme. Oui je pense que ça fortement influencé ma façon de prescrire de la sorte que je suis beaucoup plus frileuse car elle a mis en évidence de gros effets secondaires qui même s'ils ne sont pas très fréquents existent. J'entends quand même beaucoup

parler via mon copain qui est radiologue qui voit des embolies pulmonaire des TVP sur pilule chez des patients très jeunes. Mais après c'est parce que je suis une grande stressée aussi.

Est-ce que tu remarques il y a des différences en fonction du milieu socio-économique ou culturel ? En tout cas à Charleroi ils m'en ont parlé beaucoup plus qu'à villers la ville et c'était un milieu socio-économique plus défavorisé. A Villers, j'ai l'impression qu'ils en parlent beaucoup plus à leur gynéco à Charleroi j'avaias beaucoup de plaintes de patientes ménopausée, j'en parlais beaucoup plus.

Et au niveau de l'origine culturelle est-ce que tu vois une différence ?

En tout cas Villers je n'ai pas beaucoup de différences culturelles j'ai beaucoup de personnes d'origine belge. Quand j'étais à Charleroi, c'est difficile comme question, c'est tout à fait possible,.

Je pense que des femmes d'autres cultures m'en auraient parlé mais j'avoue je n'en sais rien je ne saurais pas de réponse.

Est-ce que tu penses que les médecins généralistes sont assez formés sur le sujet ou est-ce que l'on manque de connaissance ?

Oui je pense clairement que l'on manque de connaissance, notamment par rapport aux nouveaux traitements. On ne nous rappelle pas assez souvent, moi personnellement c'est parce que je vais voir dans les guides mais aussi non non je trouve qu'on n'a pas assez d'infos. Et on oublie facilement quand on ne pratique pas. Je la fais une formation l'année dernière par la SSMG, c'est comme ça que j'étais un peu à jour mais clairement pour la gynéco de base dont n'est pas du tout assez formé en médecine générale. Tout ce qui est pour conseil de ménopause mais aussi pour le bilan. Par exemple moi tout ce que je t'ai dit je ne sais pas si c'est ce qu'il faut faire actuellement c'est mes idées. Mais oui clairement me proposer des formations ou si on propose des formations de gynécologie de base j'irai. Mais je redis encore une fois dans le milieu socio-économique plus aisé les patientes on leur gynéco et non par médecin généraliste.

À ton sens quelles sont les qualités d'un médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Je pense que la ménopause est un gros cap à passer dans la vie d'une femme, que ce soit la puberté ou la ménopause sont de cap importants dans la vie d'une femme et je pense que c'est important qu'elle puisse trouver une oreille attentive. Avoir les bons conseils d'être rassurée de savoir quoi faire comme bilan. Prendre un rendez-vous chez un gynécologue ça peut prendre jusqu'à six mois si on ne sait pas répondre aux patientes, si on ne peut pas les soulager pendant six mois, alors que souvent elles ont besoin d'être soulagées rapidement c'est dommage. C'est triste on ne sache pas répondre à ces questions-là. À mon sens tout médecin généraliste devrait pouvoir répondre à ces questions de façon optimale et pouvoir les soulager un minimum. Je pense que c'est un gros cap à passer dans la vie d'une femme, et c'est vrai que moi plus tard, moi je suis médecin dont je saurai peut-être répondre à mes propres questions, mais savoir que tu peux aller le lendemain je médecin traitant et qu'il répond à des questions rassurantes. Pour moi c'est super important d'avoir cette disponibilité d'avoir ces connaissances.

Comment obtiens-tu les informations concernant la prise en charge de la ménopause ?

Alors j'utilise mes cours mais bon je pense qu'ils sont plus vraiment d'actualité ça fait déjà six ans qu'on les a eu. Les formations SSMG. Sinon je vais voir sur EBM Practice ou su sur pubmed. Mais c'est vrai je n'ai pas tendance à lire des études ou des articles. Les formations de la SS MG sont supers intéressants.

Quels outils pour améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale ?

Un algorithme ça pourrait vraiment être pas mal, avec le diagnostic comment tu diagnostic, le prix bilan qu'est-ce qu'il faut faire comme bilan, les conseils alternatifs au traitement de substitution pour instaurer un traitement et pourquoi ici tu veux l'instaurer qu'est-ce que tu dois faire comme bilan avant qu'elle suivit par la suite. Une bonne fiche technique ce serait pas mal et plus ce qui est très sympa, tous les formations par des gynécologues., Des fiches pratiques. Et puis surtout informer le patient que le médecin traitant peut répondre à ces questions que le médecin généraliste formé à la gynécologie de base.

Transcription numéro 4

Pratiques tu de la gynécologie de base ?

Au cours de mon assistanat à Bruxelles, j'ai eu une patientèle très jeune avec des familles nombreuses, et j'ai eu des cas de gynéco mais c'était plus des cas de traitement de pathologies d'ordre gynécologique type vulvite , vaginose plutôt que de la gynécologie en elle-même comme pose d'un implant, de stérilet ou échographie. Donc ma pratique de gynéco s'est limitée au traitement de pathologies gynécologiques.

Je sais à quel moment je dois laisser la main.

Est-ce que tu penses que la ménopause est un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Pour moi partir du moment où il n'y a pas vraiment un acte qui est posé, en acte technique, ou au contraire c'est un diagnostic je dirais biologique, je pense que le médecin généraliste a clairement sa charge dans cette prise en charge.

Pour toi la ménopause c'est quoi ? Tu la définirais comment ?

Pour moi la ménopause c'est le début des cycles anovulatoires.

Est-ce que tu abordes spontanément le sujet de la ménopause en consultation ? Si oui à quel moment ? Et si non pourquoi.

Est-ce que j'aborde le sujet spontanément ? Souvent quand j'ai des patientes âgées, souvent en âge d'être ménopausée, j'ai eu des consultations ou celles-ci m'expliquaient les différents symptômes gênants qui étaient apparus suite à leur ménopause et donc on essayait de voir dans quelle mesure on pouvait essayer d'apporter un soulagement. On essaie de voir si on peut apporter des compléments oestrogéniques s'il y a une volonté et pas de contre-indication. Et ce pour que les symptômes de la ménopause soient moins violents pour la patiente. Moi souvent j'ai eu des patientes qui me parlaient des symptômes et suite à ces symptômes qui étaient évoqués en consultation j'ai fait une prise de sang pour bien vérifier qu'il s'agissait bien d'une ménopause. Mais la plupart du temps je dois te l'avouer c'est quand même géré par le gynéco et que limite en âge de ménopause le gynéco va anticiper. En fait j'ai l'impression que c'est un souci qui est très important pour la patiente et qu'elle il n'y a pas vraiment de négligence concernant la ménopause elles savent le ressentent et elles ont quand même une certaine connaissance par rapport à la ménopause. Elles ont une connaissance par rapport à leur corps elle l'écoute. La ménopause n'est pas quelque chose de méconnu avec un niveau économique favorable je dirais.

As-tu l'impression que beaucoup de femmes sont suivies par un gynéco ou qu'après leur grossesse justement il y a une sorte de décrochage dans le suivi gynécologique ?

Alors ça oui, il y a un peu de ça. Pour beaucoup le gynéco c'est le professionnel de la santé concernant la grossesse. Entre chaque grossesse oui il y a la contraception, mais je pense que dans la tête des gens le gynéco c'est surtout le spécialiste qui s'occupe de naissance.

Penses-tu qu'il y a une différence entre un médecin homme et un médecin femme que c'est plus facile d'en parler pour un médecin femme par exemple ?

Encore une fois, je n'ai pas senti qu'il y avait un tabou, j'ai des patients qui m'expliquaient très concrètement qu'elles ressentaient de sécheresse vaginale que lors de rapport il y avait des douleurs qui n'étaient pas présentes avant que la libido avait changé je n'ai pas eu beaucoup de consultations où elles ont tourné autour du pot. J'impression que les symptômes étaient souvent évoqués de manière hyper franche.

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

E alors les symptômes de la ménopause ? Ça dépend, j'ai eu souvent des symptômes de péri ménopause. Donc c'était des symptômes correspondant aux symptômes prémenstruels, c'est un moment où elles avaient encore pas mal d'œstrogènes c'était plutôt donc le type je te dis prémenstruels bouffées de chaleur tension mammaire, où ce genre de choses.

Les symptômes propres à la ménopause, qu'est-ce que je pourrais dire. Changement d'humeur sécheresse vaginale, certaines patientes venaient me voir et demander des compléments vitaminés. Parce qu'elles ont peur de l'ostéoporose.

As-tu l'impression que les femmes abordent spontanément le sujet de la ménopause en consultation ?

Moi j'ai l'impression que les femmes l'abordaient, ou en tout cas quand elles ne l'abordent pas et que moi j'en parle il n'y a pas de tabou. On peut passer une bonne partie de la consultation sur la ménopause.

Quelle est la conception de la ménopause selon les patients que tu vois ?

C'est difficile, pour elle c'est la fin de la possibilité d'avoir des enfants, pour elle, c'est aussi ce qui définit la féminité, le fait d'être une femme. Donc je pense que c'est 1, Passage difficile

psychologiquement il y a ce côté c'est fini pour moi. J'ai remarqué que certaines regardent en arrière les grossesses précédentes et leur vie de femme, j'ai l'impression que ça marque vraiment une fracture entre la vie d'avant et la vie d'après. La fracture peut être vraiment difficile psychologiquement. Après si c'est des femmes qui ont plusieurs enfants, voilà. J'ai eu des cas de patientes avec une ménopause précoce qui n'avait pas d'enfant et qui avaient toujours ce désir de grossesse. Et là ça devient effectivement très compliqué.

Quelles sont les plaintes les plus souvent évoquées par les patientes en consultation ?

La sensation d'être un peu différentes. Je suis tout le temps tendue j'ai assisté plusieurs fois des crises de larmes de patientes ménopausée. Émotionnellement parlant c'était vraiment difficile elles m'expliquaient Docteur je ne sais pas ce que j'ai je suis plus comme avant. Je m'emporte pour Rien à la maison. Ça tourne très autour du comportement et de l'émotivité. Elles attendent de moi que j'écoute et que je donne une réponse à ça.

Fais-tu un bilan particulier chez une femme que tu suspectes être ménopausées ?

Je fais une prise de sang, et ce que je dose habituellement c'est surtout la FSH. C'est vraiment avec ça que je me dis voilà. Je coche aussi la LH, je sais pas si le fait encore mais je cochais aussi l'œstrogène. Pour moi le diagnostic est vraiment biologique.

As-tu l'impression que c'est souvent une demande patiente d'avoir une prise de sang avec des dosages hormonaux ?

C'est-à-dire qu'en fait, ce qu'il se passe, c'est que les patientes sentent que ça ne va pas ce n'est pas comme d'habitude. J'ai beaucoup de patientes qui naturellement quand il y a des changements veulent être rassurées par une prise de sang. Elle me demande je ne sais pas ce qui se passe mais je voudrais bien bilan pour en savoir plus et donc on va vers la prise de sang, mais voilà c'est pas parce qu'il y a une connaissance de la ménopause qu'on va vers la prise de sang. On va vers la ménopause parce que la plupart des femmes se disent il y a quelque chose qui ne va pas je veux un bilan.

Est-ce que tu instaures des traitements hormonaux de substitution ? Si oui dans quel cas et sinon pourquoi ?

Voilà, c'est vrai que ça cette quelque chose qui est assez délicat pour moi. Parce que j'ai des souvenirs en stage de problématiques liées aux compléments hormonaux. Et donc je sais qu'il y a des contre-indications assez formelles et j'essaye à part si c'est très compliqué pour la patiente et qu'elle vit très très mal, des compléments per os ça je fais très attention. Il m'arrive de donner déjà les préparations vaginales ou quoi pour soulager les symptômes mais vraiment donner un traitement per os faire une prescription pour des compléments œstrogéniques ça je le fais très très rarement. Ou alors après leur demander l'avis d'un gynéco. J'ai toujours en tête les contre-indications à savoir cancer du sein antécédent de cancer du sein antécédent du cancer de l'endomètre donc c'est vrai que je des pincettes quand il s'agit de prescrire un traitement. Si c'est vraiment la demande patiente et qu'elle me dit il faut faire quelque chose alors j'envoie vers le gynéco.

Et donc c'est vraiment la peur des effets secondaires ?

Donc pour moi c'est vraiment la peur de ne pas être dans des indications parfaites pour le faire. Quand j'ai une patiente avec de la fatigue importante je me dis par exemple est-ce qu'il n'y a pas quelque chose de sous-jacent et avant de me dire je vais prescrire quelque chose j'ai envie d'avoir tout vérifié à côté même si elle me dit non mais ne vous inquiétait pas moi je ne me sens pas à l'aise et je veux tout vérifier. Parce que c'est vrai que j'ai le souvenir de me dire tu fais pire que bien quand tu donnes des compléments hormonaux à des patients qui ont des problématiques cancers

As-tu prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Non

si oui lequel et pourquoi ce choix-là ? Cette question n'a pas de sens dans ce cas-ci

Tu n'as pas prescrit des traitements locaux non plus au cours des 12 derniers mois ?

Si ça comme je te le disais j'ai prescrit des traitements locaux. Après j'ai parfois donné des traitements symptomatiques par exemple si la femme se plaignait de nuits hachées de difficultés à dormir alors j'allais plus faire un traitement symptomatique avec des conseils plus hygiénodiététiques pour passer cette face cela le mieux possible et éviter à tout prix les médicaments. Pour moi ça passe avant par une acceptation de la situation surtout une fois conseillée que c'est la ménopause du point de vue biologique en parler aussi l'accepter plutôt que de rester dans une sorte de déni et de se dire je vais prendre des compléments. Pour moi c'est un raccourci facile de se dire j'ai des symptômes je prends des médicaments et ce raccourci n'est pas spécialement idéal

Et donc tu as plus peur de prescrire un traitement hormonal de substitution qu'une contraception orale ?

Encore une fois ça dépend parce que je sais que l'on rentre dans les mêmes contre-indications, entre un contraceptif œstroprogestatif et un traitement hormonal de substitution on est face aux mêmes contre-indications et c'est jusque dans un cas on est face à une adolescente et dans l'autre cas il s'agit d'une femme, une femme d'âge mûr et donc forcément les comorbidités ne sont pas les mêmes.

Quelles sont tes freins à la prescription ? Tu en as déjà un petit peu parlé. Mais est-ce que tu as l'impression qu'il y a une crainte de la part des patientes par rapport justement aux hormones ?

Bah je ne sais pas, parce que j'ai été confrontée à des patientes qui avant de venir me voir était déjà allé chez le gynécologue ou avait entendu des amis et elle me disait écoutez Docteur moi j'ai une amie exactement dans la même situation que moi et son gynécologue lui a prescrit sans souci cela. Et donc parfois j'ai ressenti vraiment une attente de la patiente avec une pression et elle me disait je ne vois pas pourquoi une connaissance avant la eue et moi je ne l'aurais pas. Et ça ça peut devenir une consultation compliquée pour moi parce que les patientes ont l'impression que c'est une prescription de base comme du paracétamol et que c'est un peu la suite logique. Elles me disent on est ménopausée on va avoir un traitement. On sait qu'il existe des traitements pour cette phase-là soit moins gênante. Et donc c'est compliqué après j'ai eu des patientes avec les deux situations. Certaines me disaient non ça c'est chimique ça je ne peux pas. Et d'autres part contre qui ne savaient absolument pas ce que c'est des hormones et c'est moi qui leur expliquait au cours de la consultation que ce n'est pas anodin que dans certains cas ça peut faire pire que bien.

Tu as l'impression que certains gyneco donnent rapidement un , traitement hormonal de substitution ?

J'ai remarqué que oui, les patients arrivaient avec l'idée en tête que, c'était légitime de le demander et de le demander systématiquement. Je ne sais pas si c'est parce que les gynécos le banalisent ça je ne pense pas du tout mais j'ai l'impression que face à des symptômes et des plaintes franches de la part des patientes je pense que le gynécologue va aller assez rapidement vers la prescription d'un traitement hormonal de substitution.

Est-ce que tu proposes un suivi à des patientes ménopausées

en tout cas la plupart de mes patientes ménopausées ce sont des patientes que je vais suivre pour autre chose donc même si ce n'est pas un suivi de la ménopause précisément je reste attentif naturellement à ces patientes là. Parce que tu entres dans une gamme d'âge où il faut être attentif à beaucoup de choses tu gardes en tête la ménopause mais tu dois être attentif à tous les autres facteurs de risque qu'il y a côté.

Est-ce que tu as faire attention à certaines comorbidités qui pourraient émaner de la ménopause directement ?

C'est-à-dire que j'ai déjà fait par exemple une ostéodensitométrie à une patiente que je savais plus fragile qui étaient déjà ménopausée depuis un petit temps. Ah oui il m'est arrivé de me dire tiens là un complément de calcium ça ne serait pas une mauvaise chose pour cette patiente la est en effet on a pu mettre en évidence une ostéoporose via l'ostéodensitométrie. Oui c'est vrai que la ménopause est parfois la voie vers des examens complémentaires.

En 2002 il y a une grande étude qui est parue l'étude W HI qui est la première étude avoir mis en évidence un lien entre le traitement hormonal de substitution et le risque augmenté de cancer du sein. Est-ce que tu connais cette étude ? Est-ce que tu as l'impression qu'elle a influencé les choix de prescription ?

En 2002 j'étais en quelle année, je ne sais pas, je vais te dire moi j'ai un père gynécologue je me souviens que lorsque j'avais entendu parler de ça j'en avais parlé à mon père en avais une discussion là-dessus et donc j'avais été sensibilisée un petit peu à cette histoire-là oui. Et ensuite pendant nos cours oui on nous expliquait très concrètement qu'il y avait toute une série de récepteurs aux œstroprogestatifs sur les tumeurs, sur les tumeurs hormonaux dépendantes et donc forcément que si tu rajoutais ça c'était pas du bon boulot. Et encore une fois la c'est vrai que je n'avais pas parlé mais j'ai eu des patientes avec des ménopauses, enfin si tu vois ce que je veux dire toutes les ménopauses ne sont pas violentes. Et j'ai eu des patients qui continuent de produire des œstrogènes soit parce qu'elles sont un peu grosses et donc je pense que l'aromatase continue de fonctionner au niveau du tissu adipeux. Et donc certaines ont des ménopauses tranquilles et puis j'ai eu des personnes qui étaient beaucoup plus âgées que d'autres avec des symptômes terribles. Et parfois des personnes très jeunes avec des symptomatologies peu importantes ou très violents ça dépend c'est vraiment du cas par cas.

Est-ce que tu as remarqué des différences en fonction du milieu socio-économique ou culturel ?

Moi je te dis quand je travaillais en maison médicale dans le centre de Bruxelles, je ne suis pas vraiment renseignée, mais les patientes africaines n'en parlaient pas de manière très franche. Elle me disait plutôt Docteur je veux encore des enfants. Parfois il y avait une pression je ressentais de la part de la famille de l'époux il faut encore être fertile et elles ne comprenaient pas pourquoi ça n'allait plus donc aucune connaissance de la ménopause. Voilà on veut continuer à essayer mais ça ne va pas et donc il y a eu des ménopauses comme ça où il fallait que j'explique à la patiente vraiment depuis le début que à partir d'un certain âge ce n'est vraiment plus possible de faire des enfants. Ce que j'ai aussi constaté socio économiquement parlant, je veux dire que de manière générale la connaissance des patients surtout ça est plus limitée ce n'est pas juste la ménopause et surtout énormément de choses et après c'est vrai ils peuvent se renseigner mais très souvent il se renseigne très mal. Et donc il y a une mauvaise compréhension.

J'ai remarqué que les patients plus favorisés plus aisés sont naturellement dans une dynamique je vais faire plus attention à moi j'essaye d'être le plus bio possible je veux le moins de médicament possible je fais attention à mon corps je fais attention à ma ligne à ce que je mange à nos médicaments que je prends et donc là forcément leur proposer des hormones c'est plus difficile. La c'est non c'est vraiment non il est pas besoin de non consultation n'en veulent pas ils ont une idée fixée sur non. Mais les patientes qui sont moins au courant de tout cela sont celles qui vont avoir une plus grande incompréhension de la maladie et qui veulent peut-être de manière plus directe un complément hormonal ce sont des patientes qui ne vont penser qu'aux symptômes et aux moyens de les soulager. Là ce sont des patients qui ne penseront jamais au risque.

Est-ce que tu penses que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre aux questions concernant la ménopause ?

Oui moi je pense que dans tous les cas ça va au-delà notre cours de gynéco qui est très succinct. On a eu un tout petit cours sur la ménopause et sur les différentes plaintes gynécologiques a été abordé. Mais oui concrètement dans la formation on a un manque de connaissances. Peut-être dans la formation en tant que médecin généraliste et c'est des questions hyper pertinentes et hyper importantes que les patientes vont nous poser et je pense doit savoir répondre. J'ai l'impression d'avoir une certaine connaissance sur le sujet mais que cette connaissance n'est pas suffisante pour me sentir à l'aise avec le sujet. Je me sens vraiment limité sur beaucoup. Et donc je me sens mal à l'aise est-ce que si j'avais plus de connaissances je me méfierais réellement des traitements ? C'est juste moi je sais que dans pas mal de cas c'est pas forcément une bonne idée. Et donc j'ai tendance je pense comme beaucoup médecins généralistes à dire écouter parler en à votre gynécologue. Moi je sais que je n'ai pas forcément toutes les compétences ni d'ailleurs tous les bons arguments pour convaincre une patiente et peut-être que le gynécologue pour apporter des informations plus précises.

Quels sont à ton sens et qualité de médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

C'est comme dans beaucoup de sujets, les qualités du médecin généraliste c'est vraiment la connaissance de son patient, qui est quand même vraiment hyper importante une femme que tu as suivie au cours de sa vie de mère au cours de sa vie de femme, et qui commence à être grand-mère, voilà, qui arrivent sa ménopause, elle va te parler très naturellement de tous ces changements là. Je pense que c'est le grand atout du médecin généraliste et le lien avec le patient et donc la confidence des patients. On a vraiment la confiance du patient c'est ça qui est parfait et encore une fois je parle pour certains patient au plus on a une bonne connaissance du patient au plus le patient va nous faire confiance et au plus on aura des informations que d'autres ne pourraient peut-être pas avoir et donc on pourra peut-être diagnostiquer la ménopause de manière plus efficace et plus rapide.

Comment obtiens tu des informations pour te mettre à jour sur le sujet de la ménopause ?

Je donne parfois au patient des sites Internet qui sont assez bien faits alors ici je vais parler de la contraception mais c'est par exemple ma contraception. Il y a aussi mon généraliste avec des fiches qui sont assez didactiques pour le patient. Après moi est-ce que je me renseigne, soit je retourne sur certains de mes cours, soit je lis des publications. Moi j'ai un peu ma manière de me renseigner sur le j'en parle avec des collègues. En fait dès que ça pose un problème l'avantage que j'avais l'année dernière parce que j'étais encore assistant c'était de pouvoir en parler au séminaire.

À ton sens quels outils pourraient améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale ?

Qu'est-ce qui pourrait être fait ? Après c'est toujours bien de donner l'accès au plus d'informations possibles aux patientes. Après comment casser dans certaines cultures le tabou de la ménopause ça je n'en ai aucune idée. Mais d'un point de vue de formation pour les jeunes médecins, je ne sais pas. Je pense peut-être que des folders dans la salle d'attente. Ça pourrait aider l'accès à la connaissance au patient. Mais j'aimerais aussi que les médecins puissent avoir une fiche pratique.

Transcription numéro 5

Première question : penses-tu que la prise en charge de la ménopause soit un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Alors je pense que ça peut être traité par le médecin généraliste dans le sens où il n'y a pas besoin d'examens complémentaires spécifiques donc ça peut tout à fait se faire en médecine générale selon moi.

Alors pour toi c'est quoi la ménopause ? Quelle est ta définition ?

la ménopauses ça correspond à l'arrêt de la production des hormones sexuelles en quantité suffisante. Les ovaires ne fonctionnent plus comme il faut. Et alors on est ménopausée il faut dans certains cas donner un traitement hormonal de substitution si les symptômes de la ménopause ne sont pas tolérés par la patiente et dans d'autres cas donner d'autres choses en fonction de la patiente et au cas par cas.

Est-ce que la ménopause quelque chose de physiologique plutôt de pathologique pour toi ?

De physiologique

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Les bouffées de chaleur, atrophie vaginale, les changements d'humeur, sécheresse vaginale, oui je pense que c'est déjà bien.

Est-ce que tu apportes spontanément le sujet de la ménopause en consultation. Si oui à quel moment ? Et sinon pourquoi ?

Ca non je ne l'aborde pas directement mais c'est plus quand je vais parler alors avec une patiente de son contraceptif et qu'elle va me dire par exemple bien non je n'en prends plus parce que je suis ménopausée. En consultation je ne vais pas l'aborder spontanément non

Si tu as une patiente de 50 ans qui vient en consultation est-ce que tu vas par exemple lui demander à est-ce que vous êtes ménopausée, est-ce que vous prenez encore un contraceptif ou est-ce que tu attends que ce soit patiente qui vienne avec la plainte ?

Non j'attends plutôt que ce soit la patiente qui vienne avec les plaintes, par exemple si elle se plaint de bouffées de chaleur bien alors à ce moment-là je vais lui dire tiens à ce que vous êtes déjà ménopausée. Ce serait une bonne idée de faire une consultation par exemple à 50 ans en parlant de la ménopause mais en médecine générale il y a déjà beaucoup de prévention à faire et ça prend du temps.

Est-ce que tu penses qu'il y a une différence entre être un médecin femme et être médecin homme pour parler de la ménopause ?

Pas spécialement moi par exemple je suis en train d'aborder le sujet de la ménopause alors que je ne suis pas ménopausée et je ne peux pas en témoigner. Et donc je pense que l'homme peut très bien aborder le sujet de la ménopause. Et je ne pense pas spécialement que les femmes aient plus facile d'en parler avec une femme d'ailleurs il y a encore beaucoup de gyneco hommes et ça ne pose pas de problème.

Est-ce que tu penses que les femmes abordent spontanément le sujet de la ménopause en consultation ?

Oui ça souvent je trouve, quand elles ont des symptômes, ça c'est quelque chose qui arrive souvent une femme qui en consultation et qui me dit tiens j'aimerais bien savoir si je suis ménopausée. Par exemple si quand je fais une prise de sang de contrôle elle me dise parfois ah mettez également les hormones pour qu'on voit si je suis ménopausée.

Ça c'est une question qui va venir tard mais que je peux déjà poser à présent. Est-ce que tu as l'impression que c'est une demande fréquente des femmes d'avoir une bio avec des dosages hormonaux ?

Oui oui, très fréquent. Certaines le demandent même quand elles sont encore sous contraceptif alors dans ce cas-là je leur explique qu'il faut d'abord arrêter le contraceptif pour pouvoir doser les hormones sinon ça risque de fausser les résultats. Mais certaines ne sont pas prêtes à arrêter leur contraceptif. Et d'autres le font.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a des tabous est-ce que tu as l'impression qu'il y a des freins que les patientes ont du mal en parler ?

Non ça pas du tout, justement je trouve qu'elles sont souvent très inquiètes, non enfin pas inquiètes mais elles veulent être soulagées de leurs symptômes et oui parfois elles sont inquiètes disant est-ce que je suis déjà ménopausée ? J'ai pas l'impression que c'est un tabou en tout cas moi on a déjà souvent parlé. J'ai l'impression que les femmes en parlent quand même fréquemment.

Quelles sont les plaintes principales exprimées par les patientes lors de la consultation ?

J'ai l'impression qu'à chaque fois, à chaque fois il y a les bouffées de chaleur.

Alors la question suivante et lorsque tu suspectes qu'une femme est ménopausée est-ce que tu vas enclencher des bilans particuliers ?

Alors déjà j'arrête le contraceptif, je dose LH FSH progestérone et œstrogènes et puis voilà et en fonction je regarde un petit peu et le labo m'aide parce que je ne connais pas les seuils

Est-ce que tu instaures toi-même des traitements hormonaux de substitution ?

Je l'ai instauré, en fait le plus souvent, je vais mettre des phyto œstrogènes pour tout d'abord voir si ça ne va pas mieux avec ça. Et par exemple j'utilise beaucoup le Serelys. Une fois j'ai mis un traitement hormonal de substitution per os, du Femoston les autres patientes fumaient donc je n'osais pas mettre un traitement de substitution. Et les autres elles ne fumaient pas mais je me suis dite : on va d'abord essayer des plantes. Et l'autre comme elle me disait qu'elle avait déjà essayé les plantes et comme elle ne fumait pas et qu'elle n'avait pas de facteurs de risque j'ai mis des hormones. Et alors aussi parfois par voie vaginale, je mets souvent aacifémine.

Est-ce que tu recherches toujours des contre-indications avant de prescrire un traitement ?

Oui ça oui.

Qu'est-ce qui va te pousser à prescrire un traitement par exemple chez une patiente et pas chez une autre ?

C'est vrai qu'on a souvent cette tendance problème→ traitement. Et en fonction de si elles fument si elles ont déjà eu des antécédents cardiovasculaires familiaux ou personnels alors je m'oriente plus vers l'un envers l'autre.

Est-ce que tu as l'impression que les plaintes les handicapent dans leur vie de tous les jours ?

Oui elles vont me glisser comme ça, oh c'est terrible, ça ne va plus, je me sens mal, et puis même parfois pour l'atrophie vaginale et en avait une qui m'avait dit ça ne va pas certaines femmes ont vraiment parfois des symptômes de vulvite et de douleurs lors des rapports. C'est vrai que j'ai pas trop d'idée de traitement autre que ça.

La question suivante était justement est-ce que tu connais des alternatives au traitement de substitution ?

Donc les phyto œstrogènes mais ça reste un médicament. Honnêtement je ne connais rien d'autre.

As-tu prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Est-ce que tu ressens des freins à la prescription d'un traitement de substitution soit de ta part ou de la part des patientes ?

Honnêtement ça me stresse de prescrire un traitement hormonal quand je l'ai fait c'est parce qu'elle avait déjà essayé le reste et que ça ne fonctionnait pas et donc je me suis dite il n'y a plus que ça je ne vois pas ce que je pourrais faire d'autre mais j'ai demandé à une collègue ce qu'il en pensait. Et une autre fois j'avais une prise de sang pour voir si la patiente était ménopausée et donc elle était bien ménopausée et avant qu'on ait pu discuter de traitement la patiente m'a dit qu'elle allait voir la gynéco et je me suis dite ouf je suis soulagée à elle va pouvoir en discuter avec elle. Maintenant c'est vrai que je l'ai fait je connais plus ou moins les contre-indications je pourrais le refaire mais je ne suis pas à l'aise. Ce qui me fait très peur sont les contre-indications. Parce qu'il y a des avantages des désavantages mais il y a toujours un petit risque.

Est-ce que prescrire une contraception orale te fait moins peur que de prescrire un traitement hormonal de substitution ?

Bah oui parce que généralement chez une femme jeune il y a moins de problème.

Alors une fois qui prescrit un traitement qu'elle suivie tu proposes les patientes ménopausées ?

Pour être honnête je ne faispas de suivi.

Je vais dire que ça n'est pas arrivé très souvent. Après je pense qu'elles reviendront pour leur prescription.

Dans l'expérience que tu as que tu as l'impression que les gynécologues prescrivent plus rapidement de traitements hormonaux de substitution ?

Oui j'ai l'impression, j'ai l'impression que les gynécos prescrivent plus facilement et ont beaucoup moins peur, ce qui m'étonne aussi c'est que parfois ils donnent des traitements sur du très longs

termes alors que moi j'avais toujours en tête attention ne pas prescrire trop. Eux sont plutôt en mode si ça vous empêche d'avoir des problèmes tant mieux. Je pense que la plupart des médecins généralistes ont vraiment peur de prescrire un traitement de substitution.

Je pense qu'il faudrait essayer de démonter cette plainte ou contraire de la valider alors. Ce qui est étonnant aussi c'est que par exemple nous avions des délégués médicaux qui venaient en consultation nous parler de tous les contraceptifs qu'il existe, des phyto œstrogènes, mais ne parle pas spécialement de traitements hormonaux de substitution. Ça aussi je pense que les délégués devraient plus l'amener en consultation de médecine générale s'ils nous donnaient oui à plus de chiffre d'études valables s'il nous disait bah non il faut pas en avoir peur ou justement ça pourrait aider.

En 2002 il y a une grande étude, l'étude W HI qui est la première étude avoir mis en évidence un lien entre le cancer du sein et le traitement hormonal de substitution. Est-ce que tu en as entendu parler ? Est-ce que ça influencé des choix de prescription ?

Non je ne la connais pas,. Mais je pense que cette étude a eu de l'influence car elle est restée ancrée dans les mémoires qu'il y a plus de risque, plus de risque de cancer du sein. Personnellement maman est sous traitement hormonal de substitution et je lui dis à chaque fois faudrait être par l'arrêté moi je crains que ça puisse provoquer un cancer du sein. Donc je pense oui clairement que ça a fortement influencé.

Est-ce que tu ressens une crainte de la part des patients vis-à-vis du traitement de substitution ?

Non pas spécialement j'ai l'impression encore. J'ai l'impression que la diminution est plutôt liée aux médecins qui ne veulent pas prescrire et qui ont peur plutôt qu'à la crainte des patientes. Je pense que les patientes font confiance aux médecins et que si le et que si c'est OK alors les patientes vont le prendre.

Est-ce que tu as l'impression qu'il y a une différence en fonction du milieu socio-économique ou culturel ?

Là où je suis c'est quand même une population assez défavorisée, les patientes que j'ai vues ont peut-être un niveau socio-économique plus bas que la moyenne j'impression que ce sont des patientes qui font plus confiance aux médecins que dans certaines classes où elles vont remettre plus en doute. après j'ai des patientes aussi plus favorisées qui sont tout à fait favorables.

Et au niveau culturel est-ce que tu vois des différences ?

On a beaucoup d'Italiens… mais elles ont une conception tout à fait similaire.

Est-ce que tu as l'impression que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre au sujet de la ménopause ou as-tu l'impression que l'on manque de connaissances ?

C'est difficile à dire parce qu'on a quand même une formation là-dessus assez succincte. Mais je pense qu'il faudrait avoir plus d'idées surtout au niveau des traitements avoir des noms de médicaments tête. Quelque chose de concret sur la prise en charge la ménopause on sait ce que c'est maintenant au niveau pratique comment la prendre charge. Ce que j'aimerais c'est d'avoir en tête les gros points. Comment instaurer un traitement quel traitement quelles sont les contre-indications. Est-ce qu'il faut organiser un suivi, à combien de temps, quand on sort de l'unif on n'est pas très bien formé là-dessus. C'est souvent grâce aux délégués j'apprends le nom mais sinon sans eux je ne saurais pas.

À ton sens quelles sont les qualités du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Je dirais l'écoute la patience, l'adaptation.

Comment obtiens tu les différentes informations pour te tenir au courant sur la ménopause ?

Généralement c'est assez simpliste, mais je vais voir dans le CBIP. Mais je n'ai pas eu d'autres sources d'information.

Dernière question, quels outils à ton sens pour améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale ?

Alors je pense déjà commettre des affiches dans la salle d'attente avec marqué dessus voilà vous avez plus de 50 ans penser prévention penser ménopause, les grands titres avec des symptômes. Mais nous aussi on pourra avoir une petite fiche de bureau pour y penser quand on est face à une patiente pour nous forcer à plus aborder le sujet de nous-mêmes en consultation. Que ce soit quelque chose qui rentre dans la prévention comme pour le reste et p par exemple aussi dire aux délégués de ne pas nous oublier et devenir aussi nous en parler.

Transcription numéro six :

Penses-tu que la prise en charge de la ménopause soit un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Alors moi j'aurais tendance à dire le généraliste car le gynécologue reste un spécialiste et le généraliste c'est le médecin de première ligne et donc c'est quand même nous qui voyons les patientes au quotidien et les patientes qui ont donc leurs problèmes, leurs plaintes au quotidien. Après je pense que ça peut être intéressant d'avoir un avis gynéco ou dans des cas compliqués.

Je dirais en première ligne le généraliste.

Alors pour toi la ménopause c'est quoi si tu devais la définir avec tes mots ?

Alors c'est l'absences de règles pendant un an. Et c'est a priori la chute hormonale naturelle avec du coup des symptômes cliniques plus ou moins gênants selon les femmes. Et la stérilité. Il arrive un moment où il faut bien y arriver. Mais se définit donc par l'absence de règles voilà.

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Bouffées de chaleur, prise de poids est nervosité morale en yo-yo. Seuls symptômes que les patientes ressentent. Après il y a aussi l'ostéoporose les risques cardiovasculaires et les trucs comme ça.

Est-ce que c'est un sujet que tu abordes spontanément en consultation ? Si oui à quel moment et sinon pourquoi ?

Oui je l'aborde lors de ma première consultation avec une patiente quand je leur demande leur traitements et qu'elles me disent qu'elles ne prennent rien. Je l'aborde spontanément à partir de 50 ans pas avant je l'avoue. À partir de 50 ans je demande si la femme est ménopausée et si elles prennent un traitement de substitution. Je demande aussi leurs convictions dessus par curiosité si oui comment elles se sentent avec. Si elles n'en prennent pas si elles connaissent. Là, systématiquement lors d'une première consult, lorsque je vois une femme en consultation j'en parle. Après c'est vrai que quand je fais un suivi par exemple si je vois une femme de 40 ans, que je connais je ne pose plus systématiquement la question. Ce n'est pas une question qui me vient systématiquement à l'esprit. Après je me dis toujours que si les femmes ont des plaintes, comme il y en a beaucoup qui ont des ménopauses symptomatiques, elles vont en parler assez spontanément.

La question suivante, et est-ce que tu as l'impression que les femmes abordent spontanément le sujet ?

Ca oui sans aucun souci. J'ai l'impression que les femmes contrairement aux hommes, comme on est habituée depuis très jeune à aller voir le gynécologue ou le médecin., J'ai l'impression qu'au niveau de la sphère gynécologique les femmes ont beaucoup moins de tabous. Et surtout quand c'est des problèmes de ce genre, quand ce sont là il y a encore plus de tabous. Mais quand c'est pour des symptômes comme des bouffées de chaleur des troubles de l'humeur, elles en parlent vraiment spontanément. Cependant, je dirais qu'au niveau sexuel elles n'en parlent pas, c'est quand moi j'aborde le sujet de la ménopause que je vais en parler. Ça ça ce n'est pas une plainte spontanée . Je

ressens plus une réticence, quand elles viennent pour un problème de prise de poids, c'est un problème assez récurrent, souvent après 50 ans elles prennent quand même beaucoup de poids, elle me disent je fais du sport je fais attention, et là je leur demande est-ce que vous êtes ménopausée. Ça les énerve, je pense qu'il y a certaines femmes qui ne sont pas prêtes à être ménopausées. Je pense qu'il y a comme un frein psychologique. Donc je ressens que parfois elles sont un peu nerveuses à l'idée d'en parler parce qu'elles sont gênées, je pense plus par l'idée de vieillir. Le fait d'associer la prise de poids, le changement corporel, à quelque chose qu'elles ne peuvent pas empêcher je pense que c'est quelque chose d'assez anxiogène. Et donc elles préféreraient que je leur trouve une cause à cette prise de poids, un autre problème par exemple un problème de thyroïde ou quelque chose de réversible. Le fait de leur expliquer que c'est le corps qui change parce que on vieillit c'est quelque chose d'anxiogène.

As-tu l'impression qu'il y a une différence entre être un médecin homme et être un médecin femme pour parler de la ménopause ?

Je n'ai aucune idée. Je n'ai aucune statistique en tête.. Mais je vais dire que je ne pense pas je vais dire que c'est plus une question de confiance qu'une question de sexe. L'inverse par contre est plutôt vrai les hommes ont plus facile de parler de leurs problèmes avec un homme. Bien que ce ne soit pas sûr je pense que certaines femmes pourraient parler assez facilement de cela avec un homme. Après c'est vrai qu'il y a des femmes qui préfèrent parler de ça avec une femme parce qu'elles se sentent mieux comprises. Même si c'est un jeune médecin qu'elle n'est pas encore ménopausée.

Quelles sont les plaintes exprimées par les patientes en consultation ?

J'ai l'impression que ce sont les bouffées de chaleur, poids et les problèmes de sommeil.

Et quelles sont les demandes des femmes quelles sont leurs attentes ?

De stopper leurs bouffées de chaleur ou de perdre du poids. Elles ne viennent pas avec la demande d'un traitement.

La partie suivante va concerner la prise en charge de la ménopause, une patiente que tu suspectes être ménopausée, vas-tu enclencher des bilans particuliers ?

Non je t'avoue que non. Je suis toujours très nulle pour analyser les taux d'hormones. En plus si ça n'a pas changé, ce que j'ai en tête c'est que la ménopause est un diagnostic purement clinique après quand je trouve ça intéressant c'est quand on a une femme qui est encore sous pilule et qu'elles ne savent pas si elles sont encore réglées ou pas, la c'est toujours un peu la merde. Elle me dit je ne sais pas. Là je pense que le bilan hormonal est intéressant. Mais donc je ne le fais pas sauf s'il y a insistance plus plus plus de la patiente. Si la patiente me dit j'ai mes règles mais elles sont de plus en plus irrégulières je leur explique que ce n'est pas une ménopause et quand ça fera un an on dira qu'elles sont ménopausées et j'essaye de leur expliquer que le bilan hormonal n'est pas très intéressant.

J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de patientes qui viennent avec la demande d'une bio vraiment énormément. Je pense que la plupart pensent que c'est comme ça que l'on fait le diagnostic de la ménopause alors ce que je fais c'est que je prends le temps de leur expliquer que ce n'est pas comme ça qu'on fait le diagnostic de ménopause.

Après il y a certaines femmes qui se contentent de ça et d'autres qui veulent quand même un bilan.

Est-ce que tu instaures des traitements de substitution toi-même ? Et si oui dans quel cas ?

Honnêtement je ne l'ai jamais fait, soit parce que les femmes n'étaient pas totalement ménopausées ou avec des cycles encore très irréguliers. Je ne suis jamais retrouvée dans le cas je suis ménopausée, c'est la première fois que je vois un médecin, j'ai besoin d'un traitement. Ou alors j'avais des femmes qui n'étaient pas encore ménopausées.

Si je devais le prescrire je pense que je le ferai mais je vérifierai. Je mettrai en œstroprogestatif et je discuterai de la forme avec la patiente si elle préfère une forme locale, transdermique, ou par la bouche. En expliquant un peu les tenants et aboutissants. Mais après je ne saurais pas te citer de nom je ne connais pas assez. Vu que je ne le fais jamais.

Donc tu n'as pas prescrit de traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Non, enfin re prescrit oui mais pas prescrit.

Est-ce que tu connais des alternatives au traitement hormonal de substitution ?

Il existe des traitements naturels. Il y a une crème vaginale je pense qu'est une crème sans hormones. Sinon il doit y avoir des traitements naturels que je ne connais pas. Mais pour les bouffées de chaleur et les choses comme ça je ne connais pas d'alternative. Je pense qu'il doit exister des traitements naturels mais je ne les connais pas il faudrait que je me renseigne.

As-tu l'impression qu'il y a un frein à la prise d'hormones venant de la part des patientes ?

Oui pour moi il y en a beaucoup beaucoup qui ne veulent plus d'hormones. Ça c'est quelque chose que je remarque assez bien dans la patientèle. Quand je pose la question elles me disent non je n'ai pas de traitement hormonal et je n'en veux pas. Donc je pense qu'il y a un peu une mode, une tendance à diminuer la prise d'hormones les femmes quand même très peur du cancer du sein et je pense qu'elles savent qu'il y a un petit risque avec le traitement.

Après moi de mes propres convictions personnelles je pense qu'il faut poser la balance bénéfice risque, si la patiente est vraiment fort dérangée par les symptômes je pense que je prescrirai. Après c'est vrai que moi j'ai une tendance pour moi et pas pour les patientes et ça elles ne le savent pas à diminuer les prises d'hormones. Par exemple je suis contre la pilule pour moi toujours je n'en prends pas je n'en prendrai pas je n'en prendrai jamais mais c'est pour des convictions environnementales personnelles. Mais ce n'est pas pour un problème de santé publique ni parce que j'ai peur des effets sur mon corps mais c'est parce que je sais que les hormones ensuite dans les urines et qu'il y a une féminisation de la faune et de la flore. C'est pour ça que moi j'ai arrêté les hormones et tous les types d'hormones et que si je peux m'en passer je m'en passerai. Après je comprends que si la vie est un enfer puisse en prendre.

Alors est-ce que tu proposes un suivi particulier pour les patientes ménopausées ?

Alors je leur propose dans tous les cas de prendre de la vitamine D ça c'est sûr et au niveau du calcium j'analyse avec le risque de fracture et si elles n'ont pas fait d'oestéodensitométrie dans les cinq à 10 ans et qu'elles ne prennent pas de traitement de substitution je demande qu'elles en face une tous les cinq ans. Je regarde si elles ont besoin de prendre du calcium en plus. À part ça je ne fais pas de suivi particulier en plus de cette ostéodensitométrie. Après les patients au-dessus de 50 ans, je leur conseillent souvent de faire une prise de sang une fois par an. Surtout pour voir les facteurs de risque cardiovasculaires. Mais ça c'est chez tous les patients et non pas que chez les patientes ménopausées. Les femmes ménopausées ci-après une THS je ne fais pas de suivi de particulier, si elles n'en prennent pas alors une ostéodensitométrie cinq à 10 ans après le début de la ménopause. Et par contre vitamine D à tout le monde.

En 2002 il y a une grand étude de l'étude W HDI qui est la première étude avoir mis, établi un lien entre le traitement hormonal de substitution et le risque du cancer du sein. Est-ce que tu as l'impression que ça a modifiée des choix de prescription ?

Je n'ai pas souvenir que cette étude est influencée mes choix de prescription. Mais c'est quelque chose que j'ai en tête. En effet quand je pose la question est-ce qu'il y a des cancers du sein dans la famille je

me dis toujours aïe là je ne vais pas prescrire. Donc ça oui influence mais ça n'a pas changé la manière de prescrire.

As-tu l'impression qu'il y a des différences en fonction du milieu socio-économique, ou de l'origine culturelle des patientes ?

Je pense oui socio-économique je ne sais pas, culturelles je pense. Parce que ce qui s'est en ce qui concerne la prise de poids, moi je soigne beaucoup de femmes d'origine maghrébine pour lesquels le surpoids n'est pas un problème en vieillissant. C'est quelque chose d'assez normal de culturelle c'est un signe de bonne santé même. Ça ne va pas être une plainte particulière. En plus elles ne sont pas très pros prises d'hormones qu'il s'agisse d'une pilule ou d'un traitement hormonal de substitution. Moi je n'ai jamais vu une patiente d'origine maghrébine prendre un traitement de substitution. Ce que je constate dans la patiente elle. C'est vrai que les plaintes de changements corporels de prise de poids viennent plutôt de femmes d'un milieu socio-économique aisé des femmes qui font attention à leur apparence, donc culturelle j'aurais tendance à dire que oui. Après économique, je serais pas te dire. La seule chose que je constate c'est que dans les milieux socio-économiques plus aisés les femmes consultent plus vite le gynéco plutôt que le généraliste. Honnêtement, je travaille dans le Brabant wallon depuis un an maintenant et ce que j'ai constaté que les femmes de milieux socio-économiques plus élevés ont un gynéco. Donc c'est vrai que mes suivis gynéco sont assez limités et ce que je fais c'est des milieux un peu plus populaires. Après je ne dis pas pauvre, mais je dis plus populaires.

Penses-tu que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre aux questions concernant la ménopause ?

Je pense que l'on manque de connaissances. Après je pense qu'il y a beaucoup de manières de se former si le désir est là . Mais je trouve qu'en sortant de l'unif on n'est pas assez bien informé sur le sujet.

Quels sont à ton sens les qualités du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Ce que je pense, c'est qu'une de nos plus grandes qualités c'est l'accessibilité, les gynécologues sont quand même très peu accessibles. Dès qu'il faut un rendez-vous il faut attendre quatre mois l'accessibilité c'est d'ailleurs pour cette raison que les patients viennent nous voir et en parler avec nous. La proximité.

Comment obtiens tu les informations sur la ménopause ou comment fais-tu pour te former sur ce sujet ?

Alors niveau médicamenteux je lis beaucoup le CB IP. Après je ne lis pas spécialement de revue de littérature le journal du médecin.

Dernière question, quels outils pourraient à ton sens améliorer la prise en charge de la ménopause ?

Je pense que si déjà les femmes savent que le médecin généraliste peut s'occuper de cela. Il y a énormément de femmes qui sont étonnées d'apprendre que le médecin généraliste peut faire un peu de gynécologie. Ça je suis assez étonnée parce que quand je propose à une femme de faire leur frottis beaucoup me disent ah tiens vous savez faire ça. Je pense qu'il y a quelque chose, où il faudrait remettre à la place de la première et de la deuxième ligne. Je pense que le gynécologue reste un spécialiste de seconde ligne qu'il faudrait valoriser la médecine générale comme étant médecin qui touche à tout et de première ligne parce que je constate que beaucoup de gens dès qu'ils ont un problème gynécologique même extrêmement bénin prennent rendez-vous avec le gynécologue. Après je trouve qu'au niveau formation on devrait au cours du cursus nous imposer une formation plus solide.

Je pense qu'avoir un algorithme avec des indications contre-indications, des petites fiches à portée de main ça c'est génial. Et aussi qqs noms de spécialités parce que je trouve qu'à on est quand même très mal formé sur quelle spécialité fonctionne mieux qu'une autre et puis surtout sur quels symptômes.

Transcription numéro sept :

Donc la première question est : est-ce que tu pratiques de la gynécologie de base, faire des frottis de dépistage, traiter les pathologies courantes de gynéco ?

Je dirais que ce n'est pas quelque chose que j'ai l'habitude de faire. Je ne dois pas spécialement référer non plus, je vais dire que ce n'est pas spécialement un type de plainte que j'ai souvent. Quand on me parle de gynéco c'est plutôt débuter une contraception chez des jeunes filles, donc je vais dire quelque chose d'assez basique. Typiquement c'est prescrire un moyen de contraception chez une fille qui n'a jamais rien eu. Maintenant j'ai souvent, j'ai eu affaire des jeunes femmes, des femmes plus âgées avec un traitement de substitution mais je n'ai jamais eu à en prescrire. Après, ce qui est frottis de dépistage je ne fais pas ce n'est pas que je ne veux pas le faire. C'est que je n'ai jamais eu à le faire. J'ai travaillé dans des cabinets où ils ne le faisaient pas spécialement. J'ai déjà mis des pessaires. J'initie le traitement contraceptif chez des jeunes filles et je suis des patientes ménopausées mais qui sont déjà traités.

Penses-tu que la ménopause soit un sujet du ressort du médecin généraliste ou plutôt du gynécologue ?

Non je pense que ça a tout à fait sa place en médecine générale. Rien que pouvoir expliquer clairement ce qu'il en est des bénéfices et des risques je ne parle même pas d'initier un traitement parce que si on ne le fait pas souvent on n'est pas toujours à l'aise on a vraiment notre rôle à jouer là-dedans car il y a beaucoup de fausses idées qui circulent sur les traitements de substitution typiquement des femmes plus âgées qui ont vraiment une crainte que le traitement augmente le risque de cancer du sein je pense qu'il y a clairement des choses dont il faut discuter en médecine générale. Il y a vraiment un rôle de prévention discuter aussi des autres risques de la ménopause, comme de l'ostéoporose, alors bien sûr on ne met pas un traitement hormonal pour cette raison mais il faut peser la balance bénéfice risque que le traitement va pouvoir donner et amener. Et puis surtout déconstruire les fausses idées qui circulent actuellement sur le traitement hormonal de substitution.

Pour toi la ménopause c'est quoi ?

Tout d'abord il faut bien dire que c'est d'état physiologique et non pas une maladie, car il y a certaines femmes qui le vivent plutôt comme une maladie. Quoi, c'est la réserve folliculaire qui arrive au bout les follicules n'arrivent plus à maturation, donc il n'y a plus d'ovulation, et dont les réserves arrivent au bout. Et donc il n'y a plus d'œstrogènes, il n'y a plus de progestérone, et cela va avoir un impact métabolique au niveau corporel.

Est-ce que tu sais me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Il y a déjà tous les troubles vaso moteurs type transpiration nocturne bouffée de chaleur, ce qui est difficile c'est de voir s'il s'agit vraiment de symptômes de la ménopause d'autres troubles vaso moteurs qui sont liés à d'autres pathologies. Les sudations nocturnes on avait appris en cours c'est typiquement le thorax et le haut de la tête c'est plus souvent nocturne et ça dure entre 30 secondes et deux minutes. Après il y a tout ce qui est trouble de l'humeur trouble de la libido. Tout ce qui est trophique, je sais que l'on a des modifications notamment au niveau de la vulve vagin. Et je sais que ça peut donner des troubles type incontinence urinaire ça peut donner de la sécheresse vaginale, de la dyspareunie. On peut aussi avoir une descente d'organes avec le prolapsus et donc des infections urinaires à répétition à la ménopause on peut aussi assister à une fonte de la masse osseuse chez

beaucoup de femmes. Il y a aussi une modification du risque cardiovasculaire, je sais que cela est encore fort controversé.

Ça c'est lié au fait que tout le profil lipidique doit être modifié ça augmente le LDL est un peu le cholestérol impact ça peut avoir un impact au niveau glycémique et donc plein de modifications métaboliques et puis je sais que cela aussi est un peu controversé mais il y a des modifications au niveau de la mémoire et donc peut-être plus de risque de maladie d'Alzheimer et de mémoire le traitement hormonal peut-être protecteur.

Est-ce que tu abordes spontanément le sujet de la ménopause en consultation ? Si oui à quel moment et sinon pourquoi

Non je ne l'aborde pas du tout spontanément moi je l'aborde plutôt quand les patients viennent avec des fausses idées par exemple non je ne veux pas de traitement hormonal car cela donne un cancer du sein. Cela m'est déjà arrivé d'en parler j'ai des femmes à très hauts risques ostéoporotiques c'est-à-dire des femmes très maigres cortisonées fumeuses après il faut rappeler que le traitement hormonal ne doit pas être prescrit pour l'ostéoporose en première intention parce que dans ce cas-là on met plutôt du calcium et de la vitamine D. Donc je l'ai déjà abordé dans le cadre de la prévention osseuse donc non ce n'est pas quelque chose que j'aborde spontanément en consultation sauf si la femme vient avec ses idées que je peux essayer de lui expliquer les bénéfices et les risques.

Penses-tu qu'il y a une différence entre la prise en charge de problèmes gynécologiques ?

De mon vécu de mon ressenti l'impression que quand il s'agit de parler de choses intimes de problèmes gynécologiques, les patients sont plus faciles d'en parler avec une femme. Moi j'ai travaillé pendant un an avec un médecin homme comme collègue et c'est vrai que quand il s'agissait de gynécologie les patientes venaient toujours chez moi parce que je pense qu'elles ne voulaient pas parler de ça avec un médecin masculin. Je ne sais pas comment faisaient nos confrères à l'époque.

As-tu l'impression que les patientes abordent spontanément le sujet de la ménopause en consultation pas spécialement ?

Pas spécialement j'ai l'impression que ça m'arrive pas souvent. Mais ce qui peut arriver c'est qu'elles ne viennent pas pour ça par exemple elles viennent parce qu'elles sont au bout du rouleau elles sont fatiguées ça ne va pas du tout aussi à plein de problèmes et c'est le truc typique elles disent ah et en plus je suis ménopausée avec ma ménopause j'ai tout qui débloque je suis fatiguée j'ai mal partout ou je n'ai plus de libido. Mais je n'ai jamais une patiente qui a pris rendez-vous pour me parler de ça. La plupart du temps donc ça vient se greffer sur une autre consultation.

As-tu l'impression qu'il y a beaucoup de femmes qui sont suivies par un gynéco ?

Pour répondre à cette question je dois me baser sur mon expérience à moi., J'ai travaillé une année dans un milieu rural avec des gens qui n'avaient pas d'argent et l'année dernière j'étais dans un milieu très UP et j'ai envie de dire que le suivi gynéco il est un petit peu lié au statut économique quand j'étais en première année je faisais des suivis de grossesse de patients qui ne voyaient pas le gynéco, personne ne prenait de traitement hormonal de substitution car trop chère c'est vraiment l'année passée à La Hulpe où j'ai vu qu'il y avait des grosses différences. Là-bas les femmes venaient pour renouveler leur traitement hormonal j'ai d'ailleurs dû faire des recherches pour savoir ce que c'était.

Les patients avec un bas niveau socio-économique ne vont quasiment pas chez le gynéco et même je pense qu'ils ne vont pas spécialement aller en parler chez le médecin généraliste car ils ne connaissent pas la prévention. À mon avis il y a plus de traitement hormonal chez les personnes plus riches et même je dirais la contraception elle est mieux suivie.

Et quand une patiente vient en consultation et qu'elle exprime une plainte gynécologique liée à la ménopause quels sont les plaintes que tu as l'impression de rencontrer le plus souvent ?

Je dirais que ce sont vraiment les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, elles sont parfois un peu au niveau de leurs attentes contradictoires parce que je vais leur dire ah oui je peux vous donner un traitement hormonal et puis elles me disent ah non Docteur je ne veux pas d'hormones ça donne le cancer du sein. Moi je suis très attentive à leurs symptômes parce que je sais que ça peut vraiment avoir un impact sur leur qualité de vie. Maintenant ça je n'ai jamais fait mais je sais qu'il existe des questionnaires on peut leur poser des questions et ça donne un score qui indique l'impact des symptômes sur la qualité de vie. Maintenant je pense que si elles viennent en parler c'est qu'elles ont une attente derrière.

Lances tu des bilans particuliers chez une femme que tu suspectes être ménopausée ?

Normalement pour ménopause est basée sur la clinique. Je pense qu'il faut 12 mois ou 15 mois d'aménorrhée pour dire qu'elle est ménopausée. Maintenant quand je dis ça aux patientes j'ai des patients qui me disent oui mais de temps en temps j'ai encore quelques pertes. Alors je leur explique que ce sont des cycles anovulatoire. Alors souvent ce que je fais c'est un dosage sanguin. Je sais que normalement ça doit pas se baser sur ça. Alors je dose LH FSH œstradiol oestrone. Et alors je regarde surtout si la FSH est haute je pense que la LH diminue,.. Alors souvent j'en profite pour faire un bilan plus complet avec glycémie cholestérol vitamine D calcium je fais aussi une coagulation. Ce bilan là me permet vraiment de confirmer ménopause chez quelqu'un qui n'a plus de règles depuis 12 mois. Une patiente qui me dit je n'ai plus de règles depuis quatre mois je ne vais pas faire ça. Je ne fais rien d'autre.

As-tu l'impression que beaucoup de patientes sont demandeuses d'une prise de sang ?

Ça c'est une question hyper fréquente c'est les patientes qui me disent voilà Docteur je veux une prise de sang pour savoir où j'en suis. Et ça j'avoue que c'est quelque chose avec laquelle je ne suis pas à l'aise. Pourquoi parce que comme ça quand on dose en dehors de la ménopause on se retrouve parfois avec des valeurs qui sont une interprétables.

Est-ce que tu instaures des traitements hormonaux de substitution ?

Donc je t'ai dit je n'ai jamais instauré de traitement, je pense que je pourrais le faire chez quelqu'un qui vit mal ses symptômes, chez quelqu'un qui vit mal sa sexualité.

Recherches-tu des contre-indications avant de prescrire un traitement ?

Oui ça d'office. Cancer du sein donc ça je veux d'office une mammo, cancer de l'endomètre et alors toutes les notions de troubles thrombo-emboliques c'est tout à fait contre-indiqué chez les patients qui ont eu des embolies pulmonaires TVP accident vasculaires. Et je t'avoue que si j'avais une patiente obèse fumeuse la j'aurais peur de le faire et je référerai au gynéco. Je n'aurais pas peur de prescrire à une patiente qui n'a aucun antécédent il n'a pas de contre-indication mais dès que j'aurais une contre-indication formelle ou potentielle je n'oserais pas.

As-tu prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Quelque chose qui m'a souvent interpellée c'est j'ai l'impression qu'il y a pas mal de patiente sous traitement hormonal, suivie par le gynéco, et qui l'on depuis de très nombreuses années. Et elles me disent oui oui oui j'ai demandé au gynéco il dit que je peux continuer alors que j'avais en tête que il fallait le donner pour une durée de moins de cinq ans et je vois très souvent des patients qui le prennent pour des durées plus longues.

As-tu l'impression qu'il y a un frein de la part des patientes à prendre un traitement hormonal de substitution ?

Oui ça clairement elles ont vraiment une phobie d'attraper un cancer du sein cancer du col l'utérus enfin de l'endomètre. Et puis je pense aussi la peur des hormones parce que ça touche vraiment à l'intimité de la femme. Après c'est mon avis personnel je pense. Je pense que le mot hormones fait peur aux gens.

As-tu l'impression que prendre une contraception ça leur fait moins peur ?

J'ai envie de dire oui parce que j'en ai plus qui en prenne, je pense aussi que la contraception c'est devenu une banalité. Toutes les jeunes filles entre 16 et 35 ans c'est vraiment une banalité prendre une contraception alors que des patient traitements de substitution c'est beaucoup plus rare et donc c'est beaucoup moins banalisé.

Proposes-tu un traitement particulier pour les femmes ménopausées ?

Je sais quand même d'avoir une ostéodensitométrie assez régulièrement tous les deux ou cinq ans continue aussi de faire le dépistage mammographie dépistage du cancer du col et puis chez les femmes ménopausées je conseille aussi quand même une prise de sang annuelle. Avec notamment une glycémie un dosage de LDL etc.

Connais-tu des alternative traitement hormonale de substitution ?

Alors oui moi j'ai déjà donné du serelys c'est à base de plantes et je leur dis de prendre deux comprimés le matin j'ai des patients qui sont contentes qui me disaient que ça marchait bien sûr leurs bouffées de chaleur. Alors je sais qu'il existe aussi des traitements avec les modulateurs des récepteurs aux œstrogènes mais je n'ai aucune expérience avec ça je sais que ça existe mais je n'ai même jamais vu personne avec ça comme traitement. Oui je vais dire surtout la phytothérapie. Et alors on dit parfois les antidépresseurs ils peuvent aider dans tout ce qui est bouffée de chaleur aussi mais je n'ai jamais vraiment essayé.

En 2002, il y a une grand étude de l'étude WHI qui était la première étude à mettre en évidence un lien entre le cancer du sein et la prise d'un traitement hormonal de substitution. Penses-tu que cette étude a une influence sur nos habitudes ou sur tes habitudes de prescription.

Alors tout d'abord c'est quelque chose que je connais bien car je l'ai relu récemment alors moi quand je dois en parler aux patientes je dis que ça dépend vraiment de la durée du traitement et je leur dis que si ce traitement qui a été prouvé par A+ B que s'il est donné moins de deux ans il n'y a pas de risque sur l'incidence du cancer du sein et que ce risque il augmente surtout entre trois et cinq ans mais principalement si on donne plus de cinq ans. Et donc souvent je dis aux femmes si vous prenez votre traitement moins de trois ans au moins de deux ans il n'y a aucun risque c'est quelque chose que je répétais encore et encore pour déconstruire cette idée que le traitement augmentait fortement le cancer du sein parce que je me rappelle de cette étude et je pense que ça avait une très mauvaise influence sur la population. Mais moi je dirais que n'influencent pas mes choix prescription.

As-tu l'impression qu'il y a des différences en fonction du milieu socio-économique ou de l'origine culturelle des gens ?

Moi clairement comme je te l'ai dit j'ai travaillé dans deux milieux diamétralement opposée. En première année j'étais dans un milieu rural où je faisais des suivis de grossesse chez des gens qui n'avaient aucun argent et clairement je n'ai pas vu un seul traitement hormonal de substitution parce que je pense que les gens qui n'ont pas d'argent bien clairement ils n'ont pas d'argent pour sa. Après je t'avoue que je ne connais pas très bien les critères de remboursement de ce traitement. Et l'année

passée oui il y avait beaucoup de femmes qui en avaient donc ça je suis convaincue. Je suis convaincue que lundi socio-économique joue sur la prise en charge de la ménopause.

Et sur le fait de venir en parler au médecin ?

Oui ça clairement aussi. Tu le sais comme moi tu as travaillé aussi à La Hulpe ce sont tous des petits bobos qui lisent beaucoup qui connaissent beaucoup et donc oui vont venir en parler plus facilement. Ils sont beaucoup plus instruits tandis que le barakis du coin mais il est pas au courant de ça. Donc je pense que oui les ressources sont différentes en fonction du milieu socio-économique. Et au niveau culturel ça je pense que j'aurais du mal de te répondre car je n'ai pas vu beaucoup de diversité culturelle. Mais de nouveau je pense que oui il doit y avoir des différences car l'image de la femme n'est pas la même d'une culture à l'autre parce que quand tu entends déjà que pour les musulmans le fait d'avoir des règles est impur oui d'office je pense que la ménopause ne va pas avoir la même notion chez eux.

As-tu l'impression que les médecins généralistes sont assez formés pour répondre aux questions concernant la ménopause ? Ou as-tu l'impression que nous manquons de connaissances ?

Non clairement manque de connaissance ça je le dis très honnêtement. J'ai l'impression de quand même savoir répondre à des questions c'est parce que j'ai été relire pas mal sur la ménopause avant sinon j'aurais été incapable donc oui on manque cruellement de connaissances et je pense que si on ne s'y intéresse pas cherche pas de notre côté on est incapable de répondre aux questions. On serait largué.

À ton avis quelles sont les qualités du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Tout d'abord le fait que l'on connaisse nos patients mieux qu'un spécialiste qui les voit une fois tous X les temps. Je vais dire pour le traitement hormonal encore une fois l'indication va dépendre de l'impact des symptômes sur la qualité de vie et donc oui le fait que que l'on connaisse sa façon de vivre l'impact que ça peut avoir au quotidien je pense qu'on peut mieux les conseiller. Savoir aussi un peu quel profil de patiente c'est que c'est une patiente qui va se plaindre facilement ou pas. Le fait que l'on connaisse nos patientes mieux que n'importe quel autre praticien c'est un gros avantage le fait aussi que chez nous il ne faut pas six mois pour avoir rendez-vous. Cette fois c'est quelque chose auquel on ne pense pas d'office et les patientes non plus quand il faut réévaluer un traitement ce n'est pas mal d'avoir de la disponible. Et puis ça rejoint aussi la première idée comme on connaît mieux on connaît bien les antécédents personnels, les antécédents familiaux.

Comment obtiens tu les informations en ce qui concerne la ménopause comment fais-tu pour te former ?

Donc moi je lis les articles je vais sur MSD manuel et alors j'ai un livre de médecine générale du symptôme à la prescription que j'utilise souvent il y a un chapitre prévention et un chapitre qui parle de la ménopause.

Et alors la dernière question c'est à ton sens quels outils pourraient améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale.

Alors je dirais des formations continues. Et alors je trouve que pour les généralistes il pourrait y avoir, car pour le traitement tout est une balance bénéfice risque et au final c'est individuel j'ai deux patientes identiques qui vont une pouvoir traiter et l'autre pas parce qu'elles ne le vivent pas de la même façon. Et donc quelque chose qui pourrait être pas mal ce serait d'avoir une sorte d'algorithme qui donne les indications et contre-indications des alternatives aussi en fonction du profil de la patiente vers quoi s'orienter

tu penses que mettre des affiches dans la salle d'attente des dépliants ça pourrait être utile pour que les patientes en parlent plus à leur médecin ?

Oui ça je pense que oui ça pourrait être une porte d'entrée après de nouveau je pense que les patientes vont en parler plus facilement en fonction du profil du médecin donc si c'est un homme elles en parleront peut-être moins mais oui ça pourraient permettre de tendre une perche.

Transcription numéro huit :

Alors la première question est penses-tu que la prise en charge de la ménopause est un ressort du généraliste plutôt du gynécologue ?

Non je pense avant tout que c'est un sujet du ressort du médecin généraliste, on suit les patientes pour d'autres pathologies on les voit très régulièrement, donc je pense que c'est du ressort du médecin généraliste de prendre en charge la ménopause et de ne référer que les cas compliqués.

Si tu devais définir la ménopause avec tes mots qu'est-ce que c'est ?

Donc tout d'abord la ménopause c'est pour moi une période importante dans la vie d'une femme ça va être caractérisé par la perte de la production hormonale, donc un arrêt de la fertilité. C'est un moment important car il y a souvent beaucoup de changement de vie à ce moment-là. C'est un moment important car la femme aura toujours besoin d'avoir un bon suivi.

Sais-tu me citer quelques grands symptômes de la ménopause ?

Les bouffées de chaleurs qui sont quand même très fréquentes les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil les soucis ostéo calciques un peu plus de risque cardiovasculaires aussi en première intention je dirais les bouffées de chaleur.

Abordes tu spontanément le sujet de la ménopause en consultation et si oui à quel moment sinon pourquoi ?

Je vais dire qu'assez régulièrement je l'instaure dans une consultation au moment de la prise de sang. Souvent les femmes ont des questions et des demandes par rapport à ça. Car elles ont souvent des inquiétudes. Ce qui arrive très souvent c'est que les femmes arrivent avec la demande j'aimerais bien une prise de sang pour savoir où j'en suis savoir si je suis ménopausée ou si je suis en périménopause.

Penses-tu qu'il y a une différence dans la prise en charge de la ménopause entre un médecin homme est un médecin de femme ?

Non je ne pense pas, cependant je vais dire que j'ai quand même très peu d'examen gynécologique. Je pense que pour ça les femmes préfèrent quand même être prises en charge par une femme autant pour parler de la ménopause je pense qu'il y a très peu de différence entre un homme et une femme. Parce que pour moi ça fait partie d'un déséquilibre endocrinien je parle d'un problème de thyroïde comme je vais parler de la ménopause.

As-tu l'impression que les femmes abordent spontanément le sujet de la ménopause en consultation ?

Je pense que ça dépend très fort d'une catégorie à l'autre. Dans la région où je travaille les gens sont quand même assez aisés et donc les femmes vont en parler assez spontanément. Ce sont des femmes qui trouvent que la ménopause les symptômes de la ménopause ont un impact dans leur vie et donc elles veulent être prises en charge. Par contre dans des milieux socio-économiques plus bas je constate que les femmes en parlent beaucoup moins pourquoi parce que je pense qu'elle considère que c'est une échéance que c'est un moment physiologique et donc de fait elles ne vont pas considérer ça comme quelque chose de pathologique et ne vont pas en parler. Ce sont donc des femmes chez qui on va devoir nous-mêmes aborder le sujet essayait de tirer les vers du nez et peut-être faire un contrôle

dans la prise de sang. Mais dans la population là où je travaille impression qu'il n'y a pas vraiment de frein pas vraiment de tabous en parler. Elles vont considérer que ça fait parti d'un programme de prévention que c'est un problème de santé dont il faut parler à son médecin

dans la région je suis beaucoup de femmes sont suivie par le gynécologue. Et donc généralement ils ont vu déjà par le gynécologue avant de venir m'en parler. La plupart ont un suivi annuel ou parfois biannuel chez le gynécologue. Elles ont souvent l'impression que le gynécologue est mieux placé pour répondre à ces questions et prendre en charge la ménopause. Ce que j'ai par contre déjà constater c'est que certaines femmes considèrent qu'après un certain âge gynécologue n'est plus nécessaire car il n'y a plus de projet de grossesse et donc elles vont plutôt venir m'en parler. Ça dépend je dirais vraiment d'un milieu socio-économique à l'autre et aussi d'une femme à l'autre.

Je dirais qu'il y a sûrement un biais mais chez nous à Genval il y a à peu près 80 % des patients qui sont suivies régulièrement par leur gynécologue. Les femmes sont suivies surtout pendant la période où elles vont être actives sexuellement je vais dire surtout qu'elles vont être en période de fertilité après la ménopause c'est vrai que le suivi diminue mais beaucoup sont encore suivis par un gynécologue.

Alors que les femmes viennent en consultation quels sont les symptômes principaux qu'elles expriment ?

Je dirais que la plupart du temps c'est quand même encore les bouffées de chaleur, et aussi les troubles du sommeil. J'ai très peu de femmes qui viennent et qui me disent j'ai des troubles de l'humeur. C'est surtout les troubles liés à la nuit des moins bonnes nuits j'ai des nuit hachées et des transpiration nocturne. Certaines se plaignent aussi lors des cycles irréguliers ça les dérange car elles ne savent plus organiser comme elles le veulent. Et puis j'ai aussi comme pas mal de femmes qui viennent en me demandant quels sont les risques de la ménopause. Elles ont déjà entendu qu'il existe des risques cardiovasculaires, des risques osseux ils vont vraiment parler comme une crainte.

est-ce que tu fais un bilan particulier chez une femme-tu suspecte être ménopausé ?

Donc j'avoue que moi je fais principalement une prise de sang je sais bien que ce n'est pas suffisant mais ça aide énormément. Et puis avec un interrogatoire demandé de quand date les dernières règles. Je m'assure aussi qu'elles ne prennent pas de contraception parce qu'il y a beaucoup de femmes qui me disent à j'ai arrêté mon contraceptif et j'ai retrouvé des règles et donc je m'assure d'abord après une bonne anamnèse qui n'est plus de contraception qui n'est plus de cycles menstruels et puis je fais une prise de sang.

As-tu l'impression qu'une prise de sang avec des taux de LH FSH élevés et d'oestrogène et progestérones bas te permette de conclure que la femme ménopausée ?

Rassurez oui et non. Je pars toujours du principe que ça se suit. On avait toujours vu en cours que ça se suit et que ce n'est pas un diagnostic minute on parle de ménopause quand il y a une absence de règles pendant un an. J'ai des patients parfois relativement jeunes chez lesquels il y a une absence de règles pendant plusieurs mois chez lesquels on va demander alors une échographie pour être sûr qu'il n'y ait pas de kyste qui n'est pas de problème gynéco. Chez une femme d'un certain âge qui j'ai des taux de LH FSH eau et de progestérone et deux œstrogènes bas je pense que je peux être rassurée surtout si elle n'a plus de règles depuis quelques mois alors je pense qu'elle peut rentrer dans les critères.

As-tu l'impression que c'est une demande fréquente des femmes d'avoir une prise de sang pour savoir où ils en sont ?

Oui dans la région je suis oui. Car parfois même plus jeunes elles vont me demander de faire des dosages pour savoir où ils en sont. Certaines me disent même voilà j'ai 35 ans je voudrais des enfants

je voudrais connaître mon taux d'hormones. Même si c'est pas un reflet direct de la fertilité. Après par contre s'intéresse nettement moins fois que le diagnostic est posé elle me demande plus ce genre de dosage

Instaures tu des traitements hormonaux de substitution toi-même et si oui dans quel cas ?

Moi j'avoue avoir quelques patientes chez lesquels j'en ai instauré un. Je suis souvent avec des traitements assez légers même si ce sont des traitements hormonaux. Je vais commencer la plupart du temps par un traitement local. J'utilise beaucoup l'oestrogel et le lenzetto. Et alors je vais rajouter de l'utrogestan. Les firmes viennent souvent de présenter maintenant des pilules de substitution mais ça j'avoue que je suis beaucoup moins à l'aise avec ça. Je vais utiliser les thérapies de premier niveau pour soulager les patientes car il faut savoir qu'il y a quand même pas mal de patients qui souffrent énormément.

Avant d'instaurer un traitement recherches-tu des contre-indications ?

Alors bien sûr mais j'ai encore ce bais du fait d'être dans une région aisée beaucoup de femmes connaissent les contre-indications. Surtout que les contre-indications sont les mêmes que celles d'une contraception. Beaucoup de femmes demandent est-ce que c'est comme une pilule est-ce que ce sont les mêmes risques qu'une pilule. On sait bien que le surpoids le tabagisme est donc une fois de plus dans la prise de sang je vais vérifier comment va le foie et comment vont les organes dans une règle générale. Donc ça se fait assez spontanément car les femmes connaissent les effets secondaires d'une contraception œstroprogestative.

Qu'est-ce qui pourrait te pousser à prescrire un traitement hormonal de substitution ?

Je dirais les facteurs familiaux on peut déjà regarder ce qu'il se passe dans la famille de la patiente. J'ai par exemple regardé si sa maman aussi sa grand-mère avait déjà des problèmes ostéo calciques. S'il y avait des risques cardiovasculaires. Bien sûr je vais aussi m'interroger à ces symptômes directs celle des symptômes climatériques. S'il y a des bouffées de chaleur qui gâche la vie de la patiente s'il y a des changements d'humeur très incommodants et si ça a un impact sur la qualité de vie de la patiente surtout ça qui m'intéresse.

As-tu prescrit un traitement hormonal de substitution au cours des 12 derniers mois ?

Oui ça clairement mais comme dit plutôt avec des traitements hormonaux locaux. Je ne dirais pas que j'en prescris tous les jours. Mais une fois par semaine j'ai une prescription qui soit a été initiée par le gynécologue ou soit que j'ai prescrit moi-même.

Quand tu instaures un traitement quel traitement vas-tu mettre en première intention.

Alors comme je l'ai déjà dit je vais surtout utiliser des traitements locaux donc comme de lui Œstrogel ou de l'Utrogestan. Maintenant quand on a nos cours, qu'on n'a plus depuis longtemps à cause du covid on voit qu'il y a eu un revirement assez important. Alors que quand j'étais en cours à l'unif on ne disait souvent pas traitement hormonal chez une femme qui a le moindre risque avec eux donc que cette idée d'être responsable donnait un traitement qu'elle attrape un cancer. Je trouve qu'on était très frileux de mettre un traitement place et là j'ai l'impression que les spécialistes le font beaucoup plus rapidement. Moi je mets souvent de traitements locaux parce que je pense que je maîtrise moins les traitements par voie orale. Je reste donc toujours un peu sur mes gardes.

Connais-tu des alternatives au traitement hormonal de substitution ?

Au niveau des alternatives on va voir tous les compléments. Maintenant tous les compléments qui étaient des phyto œstrogènes ont les mêmes effets secondaires. Alors on peut aussi avoir des compléments non hormonaux purement de phytothérapies qui sont utilisées assez régulièrement en consultation. Ce sont des médicaments qui sont souvent assez chers mais qui peuvent apporter un certain confort, il y a souvent un aspect le médecin fait quelque chose ne me laisse pas avec mes plaintes. Puis je pense qu'il doit y avoir un effet lié à la molécule même s'il est assez faible et qu'il est plutôt placebo.

Il y a aussi le Timolol qui est connu mais je ne l'utilise pas. Je ne me sens pas très à l'aise par rapport à ça. Et à part ça je ne'utilise pas grand-chose d'autre je dois dire à part les compléments quand je ne peux pas donner un traitement hormonal.

Ressent une crainte des patientes vis-à-vis du traitement hormonal ?

Non je pense que c'est plutôt une crainte des médecins. Les patientes quand elles viennent en consultation et qu'elles demandent un traitement elles sont souvent renseignées elles savent qu'on a dit précédemment attention attention aux hormones mais après quand je demande aux patientes pourquoi est-ce que vous avez peur des hormones c'est toujours car un médecin leur a dit ce n'est pas bon. C'est rarement d'elles-mêmes qu'elles se disent je vais m'intoxiquer je vais avoir des problèmes. C'est aussi je pense parce qu'on a fait tout un moment une polémique autour de traitement de substitution ça été un véritable enjeu de santé publique. Anti hormones et ça s'est resté ancré dans la tête de certains médecins et puis aussi de certaines patientes. J'ai encore régulièrement des patientes qui me disent mon gynéco m'a dit de ne pas prendre d'hormones ou mon médecin m'a dit de ne pas en prendre. J'ai l'impression que c'est souvent une crainte qui a été initiée par un soignant.

Quel suivi proposes-tu chez une patiente ménopausée ?

Outre le suivi classique tel qu'une prise de sang, une ostéodensitométrie, un suivi gynécologique je demande toujours plus que moi malheureusement les patients viennent assez peu pour faire ce genre de choses chez moi. Le patient aime bien avoir cette séparation spécialistes médecin généraliste le médecin généraliste ayant plus de proximité mais ne va pas s'occuper du frottis vaginal par exemple. Ça les rassure très fortement que les deux avis. Je revois souvent les patientes et je demande toujours l'hygiène de vie, le tabagisme, et est-ce qu'avec le traitement qu'on a donné lieu à une amélioration. Parce que la plupart du temps je vais commencer avec la plus petite dose possible et je vais voir si elles sont soulagées. Je regarde si je dois adapter la dose pour pouvoir soulager leurs symptômes. Parce que je leur dis le but n'est pas d'avoir des hormones et des symptômes il faut trouver une dose qui vous convienne. Je les revois donc souvent en consultation dans les trois mois qui suivent.

En 2002 il y a une grande étude, l'étude WHI qui a été la première étude à mettre en évidence un lien entre le traitement rénal de substitution et le risque de cancer du sein. As-tu entendu parler de cette étude ? Et a-t-elle modifié des choix de prescription

non pas du tout

as-tu l'impression qu'il y a des différences en fonction du milieu socio-économique ou de l'origine culturelle des patientes ?

Oui ça clairement bien sûr. De nouveau dans la population je suis population très aisée à Genval Rixensart Lasne. Les patientes vont venir en parler car elles connaissent les symptômes de la ménopause. Moi j'ai beaucoup plus de plantes de bouffées de chaleur de troubles de l'humeur de trouble du sommeil de fatigue dans les milieux aisés que dans les milieux socio-économiques très faibles ou la il y a d'autres questionnements. Pour moi la ménopause ça reste un problème de riche. Et je vois aussi qu'il y a une très grande différence entre les plaintes des milieux socio-économiques aisés

et des milieux socio-économiques faibles. Pour les milieux socio-économiques plus faibles j'ai l'impression que ça fait partie de la vie c'est comme ça. Ils vont demander très peu de bilan d'examen.

Pour ce qui est de l'origine culturelle, là encore il y a un biais à Genval j'ai très peu de patients d'autres origines que je vais dire belge français ou en tout cas européen. J'ai très peu de patients maghrébins ou musulmans j'ai travaillé pendant les premières années d'assistanat à Molenbeek et c'est quelque chose, des plaintes, dont on ne parlait jamais. Certaines femmes s'en plaignaient mais elles considéraient que ça faisait partie de l'histoire de la femme. Là encore une fois la culture joue énormément traiter la ménopause c'est traiter avant toute une qualité de vie. Et c'est aussi je pense traiter un aspect de la femme dois rester jeune de rester en forme qui est plus un problème de nouveau de personnes plus riches. Ça correspond un modèle plutôt de la femme moderne et qui est très récent. Et aussi fortement liée à la culture européenne est fortement liée à l'interprétation de la femme que l'on actuellement.

Penses-tu que les médecins généralistes soient assez formés pour répondre aux questions concernant la ménopause ?

Avant la période du covid19 on avait quand même assez régulièrement des formations sur la ménopause. Maintenant elles sont souvent présentées par des firmes et je pense qu'il y a souvent des conflits d'intérêts. Quand on va recevoir une firme qui vend des traitements hormonaux de substitution bah oui ils vont toujours dire il faut en donner. Il y a un côté marketing peu objectif. Et même quand c'est présenté par des gynécologues il y a sûrement un côté un peu acheté par la firme. Alors que moi je pense qu'il faut vraiment rester dans un juste équilibre entre les symptômes les facteurs de risque et le soulagement de la femme. Je dirais qu'on n'est pas bien formée parce que les études la formation est trop courte vraiment très très courte et que après les informations que l'on reçoit ne sont pas toujours objectives. La partie ménopause du cours de gynécologie ne représente qu'une infime partie et ça c'est fortement dommage.

Quels sont à ton sens et qualité du médecin généraliste pour prendre en charge la ménopause ?

Avant tout je pense que c'est la proximité, et puis je pense que l'on a un rôle qui est extrêmement facile dans ce genre de discussion car on connaît bien nos patientes on peut parler de tout on va pouvoir parler des plaintes sur leur caractère on peut parler des problèmes de sommeil on peut parler des problèmes hormonaux. Je pense qu'on est vraiment le premier rempart à qui les femmes peuvent venir en parler peut-être parfois de manière un peu déguisée mais elle va venir en parler. Et comme on connaît bien les patients leur vie on aura aussi peut-être plus d'arguments pour leur dire oui je pense qu'un traitement est adapté ou pas.

Comment fais-tu pour obtenir des informations fiables sur la prise en charge de la ménopause ?

Je vais dire que la plupart des informations que j'ai vienne de mes cours de gynécologie de Master je regarde aussi régulièrement dans le CB IP mnt pas dire que soit la Bible de tout mais je trouve que c'est assez bien fait

Dernière question, quels outils pourraient à ton sens améliorer la prise en charge de la ménopause en médecine générale ?

Je pense d'abord qu'il faudrait être mieux formé. Et puis aussi peut-être informer les patients que le médecin généraliste peut faire un suivi gynécologique de base là je remarque que la plupart des patients ne sont pas au courant que le généraliste a ça dans ses capacités. J'ai régulièrement des patients qui me disent est-ce qu'en généraliste sait faire un frottis. Je trouve que beaucoup de femmes sont déviées vers la gynécologie même pour des suivis très basiques et je pense que le gynécologue lui devrait se concentrer sur des actes techniques et le généraliste lui devrait être beaucoup plus centré sur le suivi de base. Je pense que actuellement la gynécologie toute la gynécologie est laissée au

gynécologue. On perd énormément et pour finir on perd en pratique aussi. J'aimerais pouvoir dire aux patientes parfois j'ai aussi des connaissances. Et donc là je pense qu'il faudrait avant toute une bonne formation pour que l'on se sente à l'aise et puis informer les patientes peut-être des campagnes publiques en disant que le généraliste peut faire cela.