MASTER COMPLEMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

LORSQUE LA MENOPAUSE DONNE DES SUEURS FROIDES AUX MEDECINS GENERALISTES

RECHERCHE DES FREINS ET OBSTACLES AU TRAITEMENT DES PLAINTES DES PLAINTES DE LA MENOPAUSE : ETUDE MENEE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES TRAVAILLANT EN REGION LIEGEOISE VIA DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES ET UN GROUPE NOMINAL

DOCTEUR ELSA LEBOVIC

PROMOTEUR : DOCTEUR JEAN-LUC BELCHE

TUTEUR : DOCTEUR MARIE RAPAILLE

2017-2018

Remerciements

Au Docteur Marie Rapaille, ma tutrice, pour son soutien, son écoute, ses paroles rassurantes et ses conseils judicieux.

Au Docteur Jean-Luc Belche, mon promoteur, pour son encadrement et sa pédagogie.

Au Docteur Christiane Duchesne, pour son aide efficace en matière de méthodologie.

J'adresse mes remerciements ainsi que toute ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de mon travail de fin d'études et tout particulièrement aux médecins qui ont accepté de m'aider en me consacrant du temps pour mes entretiens.

A Arthur, pour son soutien à toute épreuve et son aide inestimable.

Et enfin, à ma Mère, qui m'a toujours soutenue durant ces bien longues études. Je la remercie pour sa relecture précieuse, sa motivation, sa disponibilité et son soutien infaillible.

Table des matières

Abréviations **4**
Résumé **5**
1. Introduction **7**
2. Méthodologie **8**
3. Résultats **9**
3.1 Entretiens semi-dirigés 9
3.1.1 Echantillon 9
3.1.2 Contenu des entretiens 10
3.1.2.1 A quel moment le sujet de la ménopause est-il abordé ? 10
3.1.2.2 Plaintes des patientes 10
3.1.2.3 Examens complémentaires 10
3.1.2.4 Recherche de contre-Indications 11
3.1.2.5 Traitement 11
3.1.2.5.1 Demande de la patiente 11
3.1.2.5.2 Instauration du traitement 12
3.1.2.5.3 Arrêt du traitement 13
3.1.2.6 Suivi des patientes 13
3.1.2.7 Envoi chez le spécialiste 14
3.1.2.8 Craintes de la ménopause exprimées au médecin 15
3.1.2.9 Acquisition des connaissances 15
3.1.2.10 Absence d'intérêt pour la sphère gynécologique 16
3.1.2.11 Légitimité du médecin généraliste à traiter la ménopause 16
3.1.2.12 Limite du champ d'action du médecin généraliste 16
3.1.2.13 Manque d'expérience 17
3.2 Groupe nominal 18
4. Discussion **20**
4.1 Rappels sur la ménopause 20
4.1.1 Symptômes 20
4.1.2 Diagnostic 20
4.1.3 Qui traiter ? 22

4.1.4 Types de traitements 22
4.1.4.1 Avant l'instauration du traitement 22
4.1.4.2 Traitement hormonal 23
4.1.4.3 Traitement non hormonal 24
4.1.5 Contre-indications au traitement hormonal 25
4.2 Analyse des freins et obstacles à la prise en charge des plaintes de la ménopause 26
4.3 Réflexion 28
4.4 Limites et biais 30
5. Conclusion **31**
Fiche sur la prise en charge de la ménopause **33**
Bibliographie **35**
Annexes **38**

Abréviations

THM	Traitement hormonal de la ménopause
WHI	Women's Health Initiative
HAS	La Haute Autorité de Santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
INSERM	L'institut national de la santé et de la recherche médicale française
SERM	Modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes
TSH	Hormone thyréostimuline
FSH	Hormone folliculostimulante
LH	Hormone lutéinisante
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
BVM	Bouffées vasomotrices
VLDL	Cholesterol Very Low-Density Lipoprotein cholesterol
HDL	Cholesterol High Density Lipoprotein cholesterol
HTA	Hypertension artérielle
AVC	Accident vasculaire cérébral
SSRI	Inhibiteur sélectif de la sérotonine
SNRI	Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine
FCV	Frottis cervico-vaginal
TFE	Travail de fin d'étude
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
GLEM	Groupe local d'évaluation médicale

Résumé

Introduction : Depuis les controverses concernant les traitements hormonaux de la ménopause du début des années 2000 la littérature montre que les médecins généralistes se montrent moins enclins à instaurer un traitement hormonal et les patientes moins disposées à en débuter un.

L'objectif est de rechercher les éventuels freins et obstacle aux traitements substitutifs de la ménopause ressentis par les médecins généralistes, et de trouver les éléments les éléments d'un outil pratique pour améliorer leur prise en charge.

Méthodologie : 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généraliste travaillant en région liégeoise, avec un guide d'entretien élaboré au départ de la littérature tertiaire et quaternaire. Ensuite, un groupe nominal constitué d'assistants de 1ère, 2e et 3e année de médecine générale a exploré leur vécu de la prise en charge des plaintes de la ménopause et leurs propositions et besoin pour un outil pratique.

Résultats : Beaucoup de médecins généralistes ne traitent pas les symptômes de la ménopause, ayant recourt aux spécialistes. Des éléments explicatifs ont été identifiés, particulièrement marqués chez les internes : manque d'expérience, connaissances insuffisantes, absence d'intérêt ou sentiment de ne pas être légitime. Ces freins documentent la position de retrait des médecins généralistes face aux gynécologues.

Les échanges ont permis de réaliser une fiche rassemblant les principales informations utiles pour les médecins généralistes : diagnostic, indications et contre-indications au traitement, type de traitements, mode d'administration.

Conclusion : La ménopause n'est pas une pathologie mais ses symptômes invalidants, peuvent être traités pour améliorer la qualité de vie des patientes. Les médecins généralistes ne semblent plus s'investir dans ce domaine. La fiche réalisée vise à les aider dans le choix du traitement, adapté à chaque patiente, et à faciliter le suivi.

En définitive, l'amélioration de cette prise en charge doit permettre au médecin généraliste de s'affirmer comme premier référent médical reconnu tant par ses patientes que par ses pairs spécialistes.

Mots clés : Ménopause, traitements, freins, obstacles, médecins généralistes

1. Introduction

Etymologiquement, « ménopause » signifie « arrêt des règles ». Le diagnostic se fait a posteriori après un an d'aménorrhée, à la suite de l'arrêt de la production d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires. La ménopause apparaît entre 45 et 55 ans, avec un âge moyen de 50 ans.[1]

En juillet 2002 la publication de l'étude américaine Women's Health Initiative (WHI) relative à l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause (THM) a bouleversé l'usage et la prescription des traitements. Cette étude, menée chez plus de 15 000 patientes ménopausées, a révélé les risques de certains types de traitements hormonaux très peu utilisés en Belgique (il s'agissait d'œstrogènes conjugués équins et d'acétate de médroxyprogestérone). L'étude a été interrompue prématurément en raison de l'augmentation du risque cardio-vasculaire et de cancer du sein invasif. Notons que cette étude a été réalisée chez une population différente car non sélectionnée, la moyenne d'âge des patientes était de 63,5 ans à l'initiation du traitement et elles présentaient des risques cardio-vasculaires.

Ces résultats ont remis en question les recommandations de l'époque.
En effet, entre 1980 et 2002, le nombre de patientes traitées par THM a été multiplié par 6 en 20 ans, pour atteindre un pic au début des années 2000. 54% des femmes ménopausées entre 48 et 52 ans et 38% des femmes entre 60 et 64 ans étaient alors sous THM. En 2007 ce chiffre a chuté à 16%.[2] Suite à la médiatisation importante de l'étude WHI liée aux risques du THM de nombreuses patientes ont refusé le traitement et les prescripteurs sont devenus beaucoup plus frileux.

La société internationale de ménopause a rendu en Novembre 2012 un consensus qui mettait en avant que le THM était le traitement le plus efficace pour les bouffées de chaleur post-ménopausiques. Les bénéfices sont supérieurs aux risques chez les femmes de moins de 60 ans ou alors dans les 10 ans suivant la ménopause.

Ce consensus révèle également que les œstrogènes peuvent diminuer les maladies coronariennes et la mortalité, pour les femmes de moins de 60 ans ou dans les dix ans suivant la ménopause.[3]

A l'occasion de certaines consultations qui me posaient des difficultés, j'ai échangé avec des confrères et j' ai eu l'impression qu'ils se sentaient hésitants voire troublés face aux différentes recommandations et qu'ils traitaient peu les plaintes des patientes.

J'ai alors souhaité approfondir cette question pour connaître la position des médecins généralistes et savoir quelles étaient leurs pratiques et habitudes pour le traitement des plaintes de la ménopause.

Pour cela, j'ai d'abord réalisé des entretiens semi-dirigés puis j'ai eu recours à un groupe nominal auprès d'assistants en 1ère, 2e et 3e année d'assistanat de médecine générale afin de rechercher les éventuels freins et obstacles au traitement des plaintes de la ménopause.

2. Méthodologie

J'ai d'abord fait une recherche dans la littérature tertiaire et quaternaire dans Google scholar et dans la bibliothèque CEBAM Digital Library for Health (CDLH) afin de connaître les recommandations concernant la prise en charge de la ménopause.

Ensuite, j'ai réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en zone urbaine de la région liégeoise. J'ai d'abord contacté les médecins par téléphone afin d'expliquer brièvement mon travail, puis un rendez-vous a été fixé à leur convenance. Pour la conduite des entretiens, j'ai réalisé un guide d'entretien. *(Présenté en annexe n°1)*

J'ai choisi de n'interroger que des médecins ayant une pratique médicale urbaine, car cela correspond à ma pratique actuelle et plus tard, je ne pense pas travailler en zone rurale.

Pour m'assurer d'avoir un échantillon représentatif de médecins, j'ai diversifié le panel de médecins interrogés selon leur mode de pratique, leur sexe, leur âge et l'exercice éventuel d'une activité annexe. *(Voir annexe n°2)*

La saturation des données a été obtenue au terme des 12 entretiens.

J'ai choisi de faire une recherche qualitative car le but n'était pas de mesurer des données, mais de comprendre pourquoi le médecin généraliste traitait peu les plaintes relatives à la ménopause.

A l'issue des entretiens semi-dirigés, j'ai eu recours à un groupe nominal au sein d'un séminaire loco-régional (séminaire 1/15). La question qui était posée au groupe était « Estimez-vous qu'un outil vous serait utile pour mieux prendre en charge la ménopause, si oui, comment l'envisagez-vous ? »

Un tour de table a été proposé, où chaque participant donnait une réponse. Après un tour de table la saturation des données a été obtenue. Chaque proposition était inscrite sur un tableau puis un deuxième tour de table a eu lieu afin que chacun attribue 4 points pour la proposition qu'il jugeait la plus importante, 3 points pour la deuxième et 2 points pour la troisième.

3. Résultats

3.1 Entretiens-semi dirigés

3.1.1 Echantillon

L'échantillon comprenait 12 médecins généralistes, 6 femmes et 6 hommes. Parmi eux, 4 travaillaient en Maison Médicale, 5 en association et 3 seuls.

Tableau 1 Echantillonnage des médecins interrogés

Sexe	6 Femmes 6 Hommes
Type de pratique	5 travaillaient en association 4 travaillaient en maison médicale 3 travaillaient seuls
Activité complémentaire	8 avaient une activité complémentaire (ONE, planning familial, université, cours de physio-pathologie en haute école d'infirmières, médecin de prison) 3 n'avaient pas d'activité annexe 1 médecin a anciennement travaillé dans un planning familial et pour l'ONE mais a arrêté.
Age	≤30 ans : 4 >30 -35 ans ≤ 2 >35 -40 ans ≤ 1 >40 –50 ans ≤ 1 >50 -60ans ≤ 3 ≥ 60 ans 1

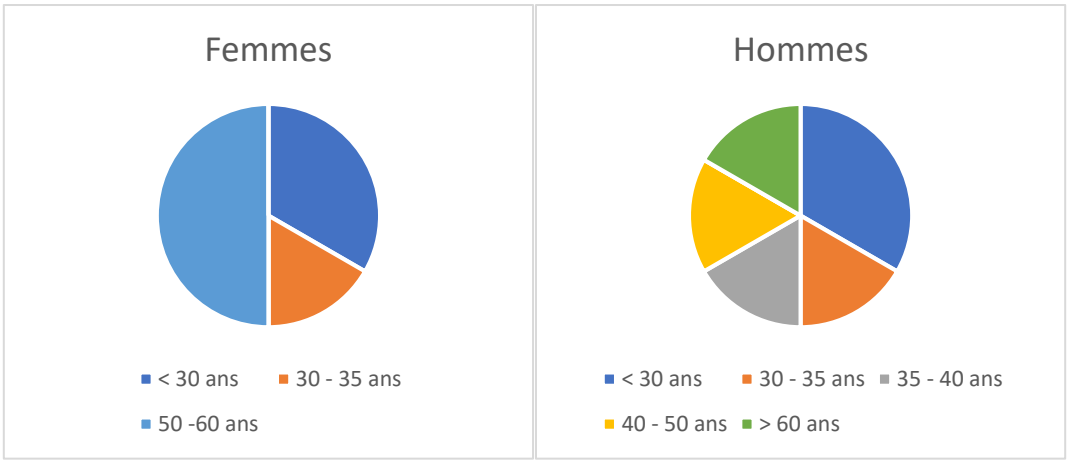


Figure 1 : Répartition des âges selon le sexe

3.1.2 Contenu des entretiens

3.1.2.1 A quel moment le sujet de la ménopause est-il abordé ?

Tous les médecins l'abordent quand les plaintes des patientes sont suggestives de la ménopause.

Pour une petite moitié des médecins, le sujet est également abordé « *Au moment du check up, aux alentours de la cinquantaine* » (Entretien n°8, médecin homme de 36 ans)

3.1.2.2 Plaintes des patientes

Tous les médecins décrivent les bouffées de chaleur comme étant très majoritairement la première plainte. Viennent ensuite, la sécheresse vaginale, les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, et les cystites à répétition.

Quelques médecins notent également la prise de poids et les troubles sexuels (médecins femmes de plus de 50 ans).

3.1.2.3 Examens complémentaires

La plus grande partie des médecins interrogés réalisent une prise de sang avec dosage hormonal (progestérone, œstrogènes, hormone folliculo-stimulante (FSH), hormone lutéinisante (LH)) pour confirmer le diagnostic de ménopause.

Toutefois, quelques médecins ne font pas de prise de sang d'emblée : deux médecins femmes de moins de 30 ans, un médecin femme de plus de 50 ans, parmi lesquelles deux travaillent en centre de planning familial ; elles estiment que seules la clinique et l'anamnèse suffisent à confirmer la ménopause, la prise de sang avec le bilan hormonal n'étant réalisée que lorsque la patiente est insistante et pour la rassurer.

« *Par rapport à la bio, pas spécialement d'emblée. Il me semble que dans plusieurs formations ils avaient l'air de dire que d'emblée ce n'était pas nécessaire, que c'était d'abord la clinique. C'est vrai que les patientes sont d'emblée impatientes et demandeuses. Passent 2 fois les règles, tout de suite « ah c'est peut-être la ménopause » et elles demandent un bilan, pour ça j'essaye d'expliquer qu'il n'y a pas d'intérêt et que c'est l'observation sur un an, l'absence de règles sur un an qui va faire que le diagnostic va être confirmé et puis questionner sur les autres symptômes mais je ne fais pas d'emblée de bilan hormonal.* » (Entretien n°6, femme de 53 ans travaillant dans un centre de planning familial).

3.1.2.4 Recherche de contre-indications

Tous les médecins recherchent les contre-indications classiques des œstrogènes (facteurs de risque cardio-vasculaire, antécédents de néoplasie…) une petite moitié ne considère pas que cela soit un frein à l'instauration d'un traitement par phytothérapie, lorsqu'un facteur de risque est présent.

3.1.2.5 Traitement

3.1.2.5.1 Demande de la patiente

Une courte majorité estime que la demande des patientes est variable, certaines ne veulent aucun traitement et d'autres sont plus demandeuses. Les patientes sont à la recherche de conseils. Lorsque les patientes souhaitent un traitement, une faible minorité de médecins (de tous les groupes d'âge) remarquent que les patientes sont désireuses d'un traitement alternatif aux hormones alors que d'autres patientes veulent être soulagées de leurs symptômes, peu importe le type de traitement.

« Quand elles en parlent spontanément moi je trouve que c'est surtout pour dire « je n'en veux pas, j'veux pas d'hormones ». Maintenant moi j'explique quand même l'intérêt de ces hormones chez certaines qui n'ont pas de contre-indication. » (Entretien n°6, femme de 52 ans)

« Du moment qu'on aborde le problème et où on explique tout, ça apaise un peu. » (Entretien n° 5, médecin femme 59 ans)

3.1.2.5.2 Instauration du traitement

Tous les médecins interrogés indiquent que le traitement (hormonal ou par phytothérapie) est débuté à la demande de la patiente lorsque les plaintes sont invalidantes.

Au moment de l'instauration d'un traitement, la plupart des praticiens débutent un traitement par phytothérapie et n'effectuent que des renouvellements d'ordonnance si jamais un traitement hormonal s'avère nécessaire.

Tous les médecins de moins de 35 ans ne traitent que par phytothérapie et réfèrent chez le gynécologue pour l'instauration d'un traitement plus efficace.

« Malheureusement, pour l'instauration du traitement hormonal, car je ne me sentais pas à l'aise je réfère au gynéco. A chaque fois que j'ai référé c'était pour l'instauration du traitement. » (Entretien n°12, médecin femme de 27 ans)

Seul un médecin femme de 52 ans (travaillant en planning familial) instaure un traitement hormonal.
Une très faible minorité orientera son choix de traitement vers les SERM (modulateur sélectif des récepteurs aux Œstrogènes) ou vers la clonidine si le traitement par phytothérapie s'avère inefficace.

Parmi les 12 médecins interrogés, certains ont des avis assez négatifs sur le traitement hormonal, dont deux hommes âgés de 34 et 35 ans et une femme de 55 ans.

« Bah d'abord j'estime qu'on essaye d'éviter et donc comme c'est plus un geste, je pense de spécialiste, puisque moi au départ je suis plus pour qu'on ne prenne pas d'hormones. » (Entretien n° 1, femme de 55 ans)

« Elles sont globalement au courant que ce n'est pas bon pour elles. Donc elles arrivent avec beaucoup d'a priori négatifs par rapport au traitement hormonal, ce qui n'est pas une mauvaise chose du tout. » (Entretien n°8, homme de 34 ans)

3.1.2.5.3 Arrêt du traitement

La majorité des médecins essayent d'évaluer la situation après quelques années d'utilisation, soit à 5 ans ou à 10 ans ; d'autres ne précisent pas la durée, mais essayent d'être vigilants à ce que l'utilisation ne soit pas trop longue.

Quelques médecins interrogés arrêtent le traitement en cas d'intolérance, d'apparition de contre-indication comme des pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses, mais le feront en concertation avec le gynécologue.

Une minorité de médecins interrogés remarque que la patiente est souvent demandeuse et arrête d'elle-même après un certain temps d'utilisation.

Une faible proportion de médecins trouve que comme c'est le gynécologue qui a instauré le traitement, c'est à lui de l'interrompre.

3.1.2.6 Suivi des patientes

Certains médecins interrogés essayent d'être plus attentifs au dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires et à l'apparition éventuelle de métrorragies. Mais souvent les patientes vont chez leur gynécologue d'elles-mêmes annuellement, ce qui court-circuite le rôle du médecin traitant.

« Le suivi c'est souvent d'elles-mêmes, elles sont dans un système où elles sont revues chaque année, sans passer par nous, donc nous on ne le sait presque plus, sans avoir de rapport spécialement non plus. » (Entretien n° 9, homme de 27 ans)

Hormis les programmes de dépistage de prévention (dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du côlon et du sein), pour lesquels les médecins veillent unanimement à ce qu'ils soient respectés de façon systématique, la majorité ne fait pas de suivi spécifique et n'aborde pas les plaintes de la ménopause si la patiente ne l'aborde pas.

« Si elles viennent m'en parler, je suis, mais si elles ne m'en reparlent pas, je considère que c'est ok. » (Entretien n°11, femme de 27 ans)

3.1.2.7 Envoi chez le spécialiste

Une majorité des médecins interrogés envoie annuellement les patientes chez le gynécologue.

« C'est un peu comme les bilans de dépistage, c'est systématique. » (Entretien n° 1, femme de 55 ans)

« Je réfère car je ne me sens pas suffisamment à l'aise et que je pense que mes patientes ont besoin d'un suivi. » (Entretien n°3, homme de 44 ans)

Ils estiment en effet qu'une visite annuelle chez le gynécologue est nécessaire pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux (FCV) qu'ils ne font pas, et éventuellement pour la réalisation d'échographie utérine et ovarienne.

Dans le cas où le médecin traitant réfère, lorsque le traitement par phytothérapie ne suffit pas et qu'il envisage d'instaurer un traitement par substitution hormonal, la très grande majorité réfère au gynécologue habituel, mais souvent la patiente a son rendez-vous au centre de la ménopause.

« Quand je ne sais pas jongler » (entretien n° 5, femme de 59 ans)

« Il y en a d'autres qui d'emblée vont directement au centre de la ménopause à Ste Rosalie, passer leur journée en peignoir blanc avec des pantoufles blanches, comme si elles étaient aux thermes. » (Entretien n°1, femme de 55 ans)

« J'ai l'impression que le screening [du centre de la ménopause] *ratisse très très large, peut-être pour des gens qui n'ont pas besoin d'un screening hyper large. Donc à la fois je trouve que c'est génial, parce qu'en un seul point t'arrives à faire un petit tout, maintenant est ce qu'on ne génère pas un nouveau besoin et un nouveau rail qui n'est peut-être pas 100% nécessaire ? C'est plus ça la question. J'ai un peu l'impression qu'on met tout le monde dans le même panier et que les gens qui ont des petites plaintes et les gens qui ont des grandes plaintes vont avoir la même batterie de tests. »* (Entretien n°3, homme de 44 ans)

3.1.2.8 Craintes de la ménopause exprimées au médecin

Les avis sont partagés.

Les hommes reconnaissent qu'ils abordent peu le sujet avec leurs patientes, ils n'ont donc pas le sentiment que cette période pourrait être difficile pour elles.

« Non, peut-être parce que je suis un ***homme, elles ne me le disent*** *jamais en tout cas. »* (Entretien n°2, homme de 36 ans)

Cependant, pour les médecins femmes interrogées, les réponses sont plus nuancées.

« Certaines patientes le vivent un peu comme un échec ou un peu comme une gifle, je vieillis, on sent que c'est un peu dur de temps en temps. » (Entretien n°4, médecin femme de 32 ans)

D'autres relèvent que les patientes s'interrogent sur la durée des symptômes, que c'est cet aspect de la ménopause qui les dérange le plus.

3.1.2.9 Acquisition des connaissances

Les jeunes médecins déclarent avoir acquis leurs connaissances durant leur formation de base de médecin, et plus particulièrement via le module santé des femmes (module de médecine générale) donné au cours du 4e master. Ils soulignent cependant avoir entendu durant leurs études des discours parfois divergents et que face à ça ils se sentent perdus dans l'information et ne savent pas quel traitement instaurer et à quel moment.

« J'ai l'impression qu'il y a des discours contradictoires. Il y a une époque où on ne traitait pas, puis une époque où on traitait toutes les femmes et puis on est revenu là-dessus, je trouve qu'on a pas eu un message très clair lorsqu'on a abordé le sujet en cours, est-ce qu'il faut supplémenter ou pas ? » (Entretien n°12, femme de 27 ans)

Même si, comme l'indique la majorité des médecins, la formation continue, les conférences, les enseignements postuniversitaires, la littérature scientifique, et les discussions ou rencontres entre pairs permettent d'approfondir les connaissances dans ce domaine et d'échanger sur les pratiques, il n'en demeure pas moins que seule une minorité de médecins se sent à l'aise alors que la majorité ne se dit non qualifiée dans le domaine de la ménopause.

Seules deux femmes de plus de 50 ayant travaillées ou travaillant dans un centre de planning familial se sentent compétentes.

3.1.2.10 L'absence d'intérêt pour la sphère gynécologique

En outres, certains médecins n'ont pas d'intérêt pour la gynécologie.

« Peut-être qu'il y a des médecins qui font plus de gynéco mais dans l'état actuel des choses, ce n'est pas trop ma tasse de thé. » (Entretien n°10, homme de 27 ans)

3.1.2.11 La légitimité du médecin généraliste à traiter la ménopause

Les médecins généralistes hommes reconnaissent que leurs patientes ne viennent pas les consulter pour parler de leurs symptômes de ménopause.

« Je ne me sens pas légitime, en fait, tout simplement. Je me rends compte que déjà toute la partie gynéco de la médecine gé va être beaucoup plus gérée par les dames, à tort ou à raison et moi je n'ai rien fait pour inverser la tendance. Je le reconnais humblement. Je vois que mes collègues féminins sont sollicitées éventuellement pour des plaintes gynéco qu'on m'amène moins, à la limite je vois mes patientes qui prennent rendez-vous exceptionnellement chez une fille pour en parler alors que d'habitude elles me parlent de tout. Et c'est vrai que je ne fais pas moi l'effort non plus, dans le sens où je n'ai pas fait moi d'effort de formation pour dire « venez chez moi, je saurai vous répondre » puisque je ne suis pas à l'aise. » (Entretien n°3, homme de 44 ans)

3.1.2.12 Limite du champ d'action du médecin généraliste

La majorité des médecins s'interrogent aussi sur leur rôle dès lors que les patientes vont d'elles-mêmes chez leur gynécologue par habitude, sans passer par leur médecin traitant qui ne fait pas du tout de gynécologie (notamment les FCV).

« Les mœurs veulent qu'une femme aille chez son gynécologue, qui ne pense même plus que je peux prescrire une pilule, ni faire un examen gynécologique. Voilà et à la limite comme

homme si on parle des seins on serait mal vu. En médecine générale tout ça est un peu difficile, les frontières sont mal établies, mal précisées ». (Entretien n°7, homme de 65 ans)

« Je fais de moins en moins de gynécologie-hormonologie parce qu'elles sont prises en charge par leur gynécologue (…) *je sens que c'est encore un terrain que l'on perd de plus en plus et que c'est l'affaire des gynécologues. Elles viennent me demander « est-ce que vous pouvez renouveler mon traitement hormonal, surprises que j'accepte, car elles pensent que le généraliste n'a rien à voir là-dedans. »* (Entretien n°7, homme de 65 ans)

La consultation directe des femmes chez leur gynécologue, sans que cette dernière passe d'abord par son médecin traitant est un constat général. La majorité des médecins interrogés regrette que ce dernier ne leur communique pas le rapport de consultation, ce qui ne leur permet pas d'évoluer dans leur pratique.

« Beaucoup de femmes voient leur gynéco chaque année, c'est leur référent en santé féminine et moi je suis parti dans cette optique-là. » (Entretien n°10, homme de 27 ans)

3.1.2.13 Le manque d'expérience

Comme le déplore l'ensemble des médecins consultés de moins de 30 ans, cette situation ne leur permet pas d'évoluer dans leur pratique ni d'acquérir l'expérience qui les mettrait plus à l'aise. Elle contribue au contraire à leur faire perdre le contact avec tout ce qui ressort de la sphère gynécologique.

« J'ai des antisèches, mais j'aimerais avoir un truc plus clair, car je réfère dès que le traitement alternatif par phyto ne fonctionne pas. Ça m'aiderait complètement d'avoir un outil. » (Entretien n°12, femme de 27 ans)

3.2 Le groupe nominal

En réalisant les entretiens semi-dirigés j'ai pu constater que les jeunes médecins, appartenant au groupe de moins de 35 ans étaient ceux qui se sentaient le moins à l'aise sur le sujet de la ménopause et qu'ils semblaient désireux d'avoir une aide pour leur pratique. J'ai donc voulu approfondir ce point en m'appuyant sur un groupe nominal ; celui-ci était composé de 15 assistants en 1ère, 2e et 3e année.

Les idées proposées par le groupe sont les suivantes

- Fiche au format de l'ordonnancier reprenant un arbre décisionnel avec les indications de traitement, la posologie, le type de traitement, la durée de traitement, le rappel des contre-indications et effets secondaires ainsi que les traitements hormonaux et non hormonaux : **58 points**
- Un rappel de la mise au point avant d'instaurer le traitement : **3 points**
- Créer un score pour évaluer les contre-indications/red flags : **17 points**
- Un tableau pour expliquer aux patientes le risque/bénéfice du traitement. Documentation pour la salle d'attente ce qui permettrait d'aborder le sujet en consultation : **17 points**
- Les indications pour savoir quand mettre un traitement par œstrogènes seuls ou œstro-progestatif : **3 points**
- Le numéro/le contact d'un centre de référence dans le cas où le médecin aurait des questions spécifiques : **9 points**
- Les alternatives non hormonales et non médicamenteuses (hypnose, acupuncture…) : **16 points**
- Un site internet de référence : **14 points**

Classement par récurrence	Classement par importance
1) Fiche au format ordonnancier reprenant un arbre décisionnel avec les indications de traitement, la posologie, le type de traitement, la durée de traitement, le rappel des contre-indications et effets secondaires ainsi que les traitements hormonaux et non hormonaux 2) Les alternatives non hormonales et non médicamenteuses 3) - Créer un score avec les contre-indications/red flags - Document à usage de la patiente pour expliquer le risque/bénéfice du traitement et/ou une documentation pour la salle d'attente 5) Un site internet de référence 6) Le contact d'un centre de référence 7) - Les indications pour savoir quand instaurer un traitement œstro-progestatif ou par œstrogènes seuls - Un rappel de la mise au point avant d'instaurer le traitement	1) Fiche au format ordonnancier reprenant un arbre décisionnel avec les indications de traitement, la posologie, le type de traitement, la durée de traitement, le rappel des contre-indications et effets secondaires ainsi que les traitements hormonaux et non hormonaux 2) - Créer un score avec les contre-indications/red flags - Document à usage de la patiente pour expliquer le risque/bénéfice du traitement et/ou une documentation pour la salle d'attente 4) Les alternatives non hormonales et non médicamenteuses 5) Un site internet de référence 6) Le contact d'un centre de référence 7) - Les indications pour savoir quand instaurer un traitement œstro-progestatif ou par œstrogènes seuls - Un rappel de la mise au point avant d'instaurer le traitement

En classant les résultats par ordre de récurrence (le nombre de fois cité) ou alors par importance (selon les points accordés) les résultats sont sensiblement identiques. Seul diffère le rang de la place des alternatives non hormonales et non médicamenteuses (elle atteint la 2^{e} place lorsqu'elle est classée par récurrence, et la 4^{e} lors d'un classement par importance).

4. Discussion

4.1 Rappels sur la ménopause

Parmi les idées proposées par le groupe nominal, la fiche au format ordonnancier a suscité le plus d'intérêt. C'est la raison pour laquelle j'ai travaillé à la réalisation de cet outil, qui se devait de répondre aux objectifs de simplicité d'utilisation et dont le contenu pourrait contribuer à résoudre une partie des freins rencontrés par les médecins généralistes et à promouvoir la prise en charge de la ménopause en médecine générale.

Il présente ainsi, de façon synthétique, les principales informations que le médecin généraliste doit connaître dans ce domaine et qu'il m'a paru intéressant de rappeler ci-après.

4.1.1 Symptômes

Les symptômes de la ménopause varient d'une femme à l'autre. Ils sont rencontrés chez environ 80% des patientes. Une femme sur quatre à une femme sur cinq présente des symptômes qui affectent sa qualité de vie.[1] Le plus souvent, ils disparaissent avec le temps, mais chez certaines patientes, ils peuvent persister pendant des dizaines d'années.[4]

Lors de la ménopause, les patientes peuvent connaître différents symptômes : bouffées vasomotrices (BVM) (ou bouffées de chaleur), sudation nocturne, sécheresse vaginale, troubles urinaires, insomnie, troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), perte de libido. *(Voir annexe n°3)*

L'intensité des symptômes peut être évaluée de façon standardisée par le score de Kupperman. Ce score tient compte de la sévérité des symptômes. Il peut être utile à l'évaluation de l'efficacité du traitement. Les symptômes les plus typiques de la ménopause ont un coefficient plus important (BVM, sueurs, trouble du sommeil et nervosité). Un score $\geq$ 18 indique des symptômes importants. [5] *(Voir annexe n°4)*

La consommation importante de café, d'alcool, d'aliments épicés ou le tabac peuvent augmenter l'intensité des symptômes.[4]

4.1.2 Diagnostic

L'âge de la ménarche, la parité, la prise d'une pilule œstro-progestative et le poids n'ont pas d'influence sur le moment de survenue de la ménopause. Le tabagisme est le seul facteur qui

modifie l'âge de la ménopause. Chez les femmes fumeuses, la ménopause apparait 1,8 année plus tôt que chez les patientes non fumeuses.[6]

Pour confirmer la ménopause, il n'y a pas d'examen complémentaire à faire : le diagnostic est clinique. La ménopause sera confirmée d'après l'âge de la patiente, l'absence de règles depuis au moins 1 an et la présence éventuelle des symptômes associés à la ménopause.

Les taux hormonaux sont très fluctuants en péri-ménopause, les taux d'œstrogènes sanguins varient d'un jour à l'autre de façon rapide et importante.

Les dosages hormonaux ne sont recommandés que dans certains cas ; comme en cas de ménopause précoce (avant 40 ans), ou en cas d'hystérectomie. Il sera alors utile de doser l'hormone folliculostimulante (FSH) (qui sera augmentée en cas de ménopause : > 30 UI/l) et l'œstradiol (qui lui est diminué : < 30 pg/l), l'hormone thyréostimuline (TSH) et la prolactine.[7]

En cas de doute, un test de provocation à la progestérone pourra être envisagé pour estimer la réserve ovarienne en œstrogènes[1]. [8]

Lorsqu'une patiente se demande si elle pourrait être ménopausée mais prend toujours une pilule contraceptive, des dosages hormonaux peuvent être également réalisés le jour précédent la reprise de la pilule. On peut également proposer à la patiente d'arrêter la pilule et de voir si les règles ou des symptômes de la ménopause apparaissent.

Face à une aménorrhée secondaire, il est tout de même important d'avoir en tête la liste des diagnostics différentiels.

En dehors de la grossesse, la ménopause est la première cause d'aménorrhée à envisager. D'autres causes peuvent également être recherchées : l'anorexie mentale, une hyperprolactinémie, une aménorrhée due à des troubles psychologiques ou la prise de certains médicaments pouvant engendrer une hyperprolactinémie. Dans ces cas-là, les troubles vasomoteurs ne sont alors pas présents.[6]

[1] Test de provocation à la progestérone : 100 à 200 milligrammes de progestérone (Utrogestan°) ou 10 milligrammes d'acétate de médroxyprogestérone (Provera°) ou 10 à 20 mg de dydrogestérone (Duphaston°) par jour pendant 7 à 10 jours. Si la patiente présente des saignements de privations (dans la semaine suivant l'arrêt du traitement par progestérone) cela signe une imprégnation oestrogénique de l'endomètre. L'absence de saignement de privation (ou des saignements faibles) signe un arrêt de la production d'œstrogènes endogènes.

4.1.3 Qui traiter ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) en France, recommande un THM « *lorsque les symptômes de la ménopause sont gênants au point d'altérer la qualité de vie des* femmes ». Elle préconise des doses minimales de traitement hormonal substitutif et pour une durée limitée. Lorsqu'un THM est envisagé il est primordial d'évaluer le rapport bénéfice/risque spécifique à chaque patiente. Le traitement doit être réévalué une fois par an afin de déterminer s'il est toujours justifié et d'apprécier une éventuelle modification du profil de risque cardio-vasculaire.[9]

On envisagera alors de réduire progressivement les doses et/ou la fréquence d'administration du traitement pour éviter un sevrage brutal. Si lors de l'arrêt les symptômes réapparaissent, le traitement pourra être réintroduit à la dose minimale sans symptôme.[3]

Le traitement hormonal est une décision qui doit être individualisée en fonction de la gêne ressentie par la patiente, de ses facteurs de risques personnels et familiaux et de ses désirs.

D'après le consensus international sur le traitement hormonal de la ménopause, le THM est le traitement le plus efficace pour les bouffées de chaleur post-ménopausique, quel que soit l'âge. Les bénéfices l'emportent nettement sur les risques pour les femmes de moins de 60 ans ou dans les dix ans suivant la ménopause.[3]

D'après l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) française, il n'y a pas de durée maximale au THM, « *il peut être pris tant que durent les symptômes* ».[10]

Outre les traitements médicamenteux, les consignes hygiéno-diététiques sont fondamentales : il faut particulièrement inciter la patiente à pratiquer une activité sportive régulière (30-40 min de marche rapide par jour), privilégier une alimentation équilibrée, promouvoir l'arrêt du tabac et de l'alcool, avoir un apport suffisant en Calcium et Vitamine D.[3]

4.1.4 Types de traitements

4.1.4.1 Avant l'instauration du traitement

Avant d'instaurer le traitement, il faut s'assurer d'avoir une prise de sang récente avec le dosage du cholestérol, triglycéride, glycémie à jeun, bilan hépatique.

Il est primordial de faire un examen général complet avec la mesure de la pression artérielle et du poids afin d'évaluer les possibles contre-indications d'ordre cardio-vasculaire.

Il est essentiel, avant de commencer un THM de s'assurer que la patiente a bien eu une mammographie récente, datant de moins de 2 ans. [2]

Actuellement, il n'y a pas d'indication d'intensifier ces dépistages en cas de traitement hormonal.[3]

4.1.4.2 Traitement hormonal

Le THM associe de l'œstrogène et de la progestérone (pour prévenir le risque d'hyperplasie de l'endomètre et le risque de cancer). Si la patiente est hystérectomisée, seul de l'œstrogène est alors nécessaire.

L'importance des symptômes ne permet pas d'estimer à l'avance la posologie à utiliser pour soulager la patiente, il faut toujours commencer par la dose la plus faible et augmenter très progressivement (débuter par 0,25-0,50 mg/j d'œstrogènes par voie orale, 0,025 mg/j par patch).

Les signes de sous-dosage du THM sont la persistance des symptômes (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale…). Les signes de surdosage sont la tension des seins, la sensation de gonflement, l'anxiété ou l'irritabilité. Dans cette situation il faut diminuer la dose d'œstrogènes. Les progestatifs peuvent également causer des mastodynies.[7, 11]

La liste des œstroprogestatifs disponibles est reprise en annexe. *(Annexes 5 à 7)*

Le traitement œstroprogestatif peut être administré selon deux schémas :

- Séquentiel : il donnera des hémorragies de privation, lors de l'arrêt du progestatif
    - Schéma séquentiel discontinu : un œstrogène est administré du 1er au 25^{e} jour du mois, le progestatif y est associé au moins 12 jours (du 14^{e} au 25^{e} jour)
    - Schéma séquentiel continu : l'œstrogène est administré du 1er au 31^{e} jour, le progestatif y est associé au moins 12 jours (du 18^{e} au 31^{e} jour)

[2] Dépistage du cancer du sein tous les 2 ans entre 50 et 69 ans.
Dépistage du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans entre 25 et 65 ans

- Continu : Le traitement oestroprogestatif est pris en continu pendant l'entièreté du cycle, ce qui induit une atrophie de l'endomètre et n'engendre pas d'hémorragie de privation. Cette administration peut se faire du 1er au 25e jour du mois, avec une pause de 5 jours ou alors du 1er au 31e jour du mois (soit une prise continue). *(Voir annexe n°8)*

On préférera une prise continue chez les patientes ménopausées depuis au moins 2 ans, car débuté plus tôt, il peut causer une augmentation des spotting.[12]

La voie transdermique est à privilégier car elle évite le premier passage hépatique, ce qui diminue l'augmentation de la synthèse des Very Low Density Lipoprotein cholesterol (VLDL cholesterol), des High Density Lipoprotein cholesterol (HDL cholesterol), des triglycérides, de l'angiotensinogène et des facteurs de coagulation.

Pour le traitement des symptômes urogénitaux seuls, le mieux est d'utiliser un traitement local à base d'œstrogènes comme des crèmes ou des ovules. Il n'est alors pas nécessaire de combiner le traitement topique par œstrogènes avec des progestatifs car bien que l'œstrogène passe par voie systémique, il atteint des niveaux trop faibles pour stimuler l'endomètre.[3,4]

4.1.4.3 Traitement non hormonal

Outre le traitement hormonal d'autres traitements sont envisageables pour soulager les plaintes des patientes.

La tibolone (un stéroïde synthétique que l'organisme transforme en métabolites ayant des propriétés oestrogéniques, androgéniques et progestatives) est active sur les symptômes vaginaux et les bouffées de chaleur, réduit le risque de cancer du sein, réduit le risque de fracture vertébrale ostéoporotique, mais augmente le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC).[8] Il n'y a pas de preuve d'une efficacité supérieure de la tibolone par rapport au traitement oestro-progestatif sur les plaintes vasomotrices.[13]

Les phyto-œstrogènes ne sont pas supérieurs au placébo. Il n'y pas de preuve suffisante pour juger des effets sur l'amélioration des symptômes de la ménopause.[13] Ils ne sont pas bien évalués et la HAS met en garde contre ce type de traitement. Dans la majorité des études

réalisées concernant les phyto-œstrogènes, on remarque qu'il y a une grande part d'effet placebo. [14]

L'actée à grappe noire n'a pas montré d'effet positif. Le mécanisme d'action de cette molécule n'est pas connu et les études n'ont pas montré d'effet significatif. De plus, des cas d'hépatotoxicité sévères ont été rapportés. [15]

Les antidépresseurs de type inhibiteur sélectif de la sérotonine (SSRI) ou inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (SNRI) (venlafaxine 37,5 à 75 mg, paroxétine 20 mg, citalopram 10 à 20 mg), la clonidine, la gabapentine (900 mg) ont des effets supérieurs par rapport au placebo sur les bouffées de chaleur.[8, 16]

Ces traitements sont intéressants chez les patientes très symptomatiques présentant des contre-indications à l'utilisation d'un THM.

Ces molécules agissent par différents mécanismes, donc quand un traitement est peu efficace ou mal toléré, il est intéressant de changer de molécule.

L'arrêt brutal des antidépresseurs de type SSRI ou SNRI peut être responsable d'une récidive des symptômes. Il est nécessaire de diminuer progressivement la dose.[3]

Les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERM) sont efficaces sur l'ostéoporose, protègent du cancer du sein, mais n'ont pas d'action sur les bouffées de chaleur et sur la sécheresse vaginale.

En cas de traitement de l'hypothyroïdie, le traitement hormonal de substitution peut augmenter les besoins de thyroxine jusqu'à un tiers.[8]

4.1.5 Contre-indications au traitement hormonal

Lorsqu'un traitement hormonal est envisagé, il est indispensable de rechercher d'éventuelles contre-indications.

- Contre-indications absolues :
    - Antécédent personnel de cancer du sein
    - Maladies thromboemboliques (antécédents de thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, problèmes connus de coagulation)

- Néoplasie de l'endomètre
- Insuffisance cardiaque difficile à prendre en charge
- Maladies plus rares comme le lupus érythémateux disséminé (si les anticorps anti-phospholipides sanguins sont présents, car ils augmentent le risque de thrombose), affections hépatiques sévères, hyperlipidémie sévère, hypertension (HTA) résistante au traitement
- Métrorragies d'origine inconnue.

- Contre-indications relatives (nécessitent une discussion avec la patiente pour bien évaluer le rapport risque bénéfice) :
  - Obésité
  - Fibromes
  - Endométriose
  - Mastopathie bénigne
  - HTA
  - Hypercholestérolémie
  - Tabagisme
  - Diabète insulinodépendant
  - Antécédents familiaux de cancer du sein et de l'endomètre
  - Cholestase. [7,8]

(Les risques liés au THM sont repris en annexe n°9)

4.2 Analyse des freins et obstacles à la prise en charge des plaintes de la ménopause

Les entretiens semi-dirigés ont montré que la majorité des médecins interrogés n'instauraient pas de traitement hormonal eux-mêmes et référaient au gynécologue la plupart du temps. Cela s'explique par différentes raisons.

Les médecins ayant une pratique de moins de 10 ans mettent en avant leur manque d'expérience et le fait qu'ils ont eu des discours parfois divergents durant leurs études. Ils sont demandeurs d'un guide qui pourrait les éclairer dans leur choix de traitement. C'est pourquoi j'ai créé une fiche qui se trouve en annexe ; même si le médecin ne prescrit pas de traitement,

cette fiche lui permettrait non seulement de disposer d'une information synthétique, mais aussi de renseigner la patiente sur les traitements disponibles et les contre-indications éventuelles.

De nombreux médecins ne font pas de FCV. De ce fait, ils perdent le contact avec la sphère gynécologique. Le Dr Valentine Tomaszek a montré dans sa thèse (« *Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur le sujet ? »*) d'une part, que les patientes se sentent mieux entendues et mieux prises en charge lorsque le médecin pratique la gynécologie, d'autre part que les femmes ont le sentiment que le médecin généraliste n'aime pas aborder le sujet de la ménopause. C'est ainsi que pour rechercher des informations, elles se tournent principalement vers leur gynécologue qu'elles considèrent plus apte et plus compétent à prendre en charge la ménopause.[17]

A noter également, que les médecins de sexe masculin consultés déclarent eux-mêmes aborder peu cette question avec leurs patientes, ce qui justifie, à leurs yeux, le fait que les femmes recherchent l'information ailleurs, notamment auprès de leur gynécologue.

Il faut néanmoins souligner que certains médecins n'ont pas d'affinité pour la sphère gynécologique et ne cherchent pas à approfondir leurs connaissances sur ce sujet.

De plus, certains médecins ont aussi manifesté leur désapprobation concernant le traitement hormonal.

« *J'estime qu'on essaye d'éviter [Le traitement hormonal] ... puisque moi au départ je suis plus pour qu'on ne prenne pas d'hormones* » (Entretien n°1, femme de 55 ans)

« *Elles arrivent avec beaucoup d'a priori négatif par rapport au traitement hormonal, ce qui n'est pas une mauvaise chose du tout* » (Entretien n°8, Homme de 34 ans)

Pour les patientes, il est de surcroît plus facile de parler librement des doutes, évoquer les questions et les changements qui surviennent au moment de la ménopause lorsque leur médecin traitant montre de l'empathie, fait preuve d'écoute et de disponibilité. Elles estiment qu'avoir un médecin traitant de sexe féminin et ménopausée leur permet une meilleure identification et ainsi, elles se sentent plus libres d'aborder le sujet.[17]

Enfin, les résultats des entretiens montrent que les médecins interrogés attendent que la patiente ait des plaintes suggestives de la ménopause pour aborder ce sujet. Or, beaucoup

de femmes considèrent qu'elles manquent d'information dans ce domaine et apprécieraient d'avoir des renseignements avant la ménopause pour se sentir rassurées.[17]

Mais bien souvent, les médecins sous- estiment le besoin d'information des patientes et s'en tiennent à leurs besoins explicites ; alors qu'il est nécessaire de prendre en considération l'ensemble de leurs besoins en s'assurant que la patiente ressort de la consultation, sans frustration, en ayant pu aborder tous les sujets qui lui importaient.

4.3 Réflexion

Les médecins généralistes et plus particulièrement les médecins de sexe masculin ainsi que les médecins ayant une pratique de moins de dix ans semblent se tenir en retrait sur la question de la prise en compte des plaintes de la ménopause.

Et pourtant, conformément aux caractéristiques de la médecine générale définis par la Wonca[18], l'action du médecin généraliste doit s'inscrire dans le cadre d'une approche globale prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe de la personne concernée. Pour cela, le médecin généraliste « *développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires et construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.* »

C'est la raison pour laquelle la Wonca liste la communication comme une des compétences que le médecin généraliste doit posséder. Cette compétence doit en effet permettre aux médecins de mener un entretien en restant centré sur les besoins implicites ou explicites du patient.

Or, il ressort bien des entretiens menés que bon nombre de médecins, quelles que soient les raisons invoquées, s'en tiennent, en matière de ménopause, aux besoins explicites de leurs patientes. Dans ces conditions, il n'est pas certain qu'elles se sentent comprises ni qu'elles aient envie d'aborder les questions qu'elles se posent alors que la prise en charge de la ménopause passe avant tout par le dialogue avec les femmes. A titre d'exemple, concernant les symptômes vaginaux, 25 à 50% des patientes ménopausées se plaignent de symptômes vaginaux. Or, pour beaucoup de patientes ce sujet est très peu abordé avec leur médecin car elles n'osent pas leur en parler.[19]

Indépendamment de leurs réticences ou des freins rencontrés, les médecins généralistes ne détiennent pas tous cette habileté communicationnelle qui peut faciliter la mise en confiance et la prise de parole du patient ou permettre au praticien d'aborder des questions délicates comme celle de la ménopause. A cet égard, une étude publiée en 2012 dans la revue médicale de Bruxelles et relative à la communication médecin-patient, a mis l'accent sur :

-l'insuffisante préparation à la communication médecin-patient

- la disparité des heures d'enseignement consacrée à la communication d'une université à l'autre

- la nécessité de mieux former les médecins par l'apprentissage et l'enseignement [20]

Si l'habileté communicationnelle constitue un atout majeur pour aborder des questions délicates, elle ne peut, à elle seule, suffire à mettre à l'aise le médecin généraliste. N'ayant bénéficié, du moins pour ce qui concerne l'Université de Liège, que d'un cours sur la ménopause en premier master dans le module gynécologique-obstétrique et d'un seul cours dans le module santé des femmes (cours de 4e master, spécifique à la médecine générale), celui-ci ne peut s'appuyer que très modérément sur la formation continue pour approfondir ses connaissances car l'offre reste particulièrement limitée.

Pour combler son manque de connaissance, d'expérience et de pratique, et permettre au médecin généraliste d'assumer pleinement son rôle de premier référent médical, il importe qu'il puisse disposer de l'ensemble des comptes-rendus médicaux établis par les spécialistes et plus particulièrement par les gynécologues que les femmes consultent régulièrement sans passer systématiquement par le médecin traitant.

A l'heure du Réseau Santé Wallon (RSW), plateforme informatisée sécurisée qui permet l'échange et le partage de rapports médicaux, pour offrir une prise en charge globale et efficace du patient, on peut espérer qu'un nombre grandissant de spécialistes y incorporeront leur rapport.

Plus de 13000 praticiens de la santé sont inscrits sur ce réseau qui regroupe déjà 1 356 000 patients. *(Voir annexe n° 10 et 11)* Le tableau joint en annexe qui ne donne malheureusement pas la répartition entre médecins généralistes et spécialistes démontre cependant l'importance de cet outil. Ouvrant l'accès à la multidisciplinarité, il devrait permettre d'améliorer la

communication et de développer la collaboration entre médecins de première et de deuxième ligne ce qui contribuerait à renforcer la place du médecin généraliste tout en facilitant sa prise en charge des patientes.

Enfin, l'instauration de réunions entre médecins généralistes et gynécologues, comme celles des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM), pourrait également contribuer à améliorer la collaboration et la communication entre ces médecins de première et deuxième ligne et sensibiliser les spécialistes à l'intérêt, pour le médecin traitant, de disposer du rapport de consultation.

4.4 Limites et biais

Trouver un sujet de TFE n'est pas chose aisée, mais une fois qu'on l'a, il est tout aussi compliqué de le limiter.

Pour la réalisation de mes entretiens semi-dirigés, je n'ai choisi de n'interroger que des médecins généralistes ayant une pratique urbaine, car je travaille actuellement en zone urbaine et plus tard je ne pense pas travailler à la campagne. J'imagine que l'éloignement des hôpitaux et des spécialistes change probablement la prise en charge mais je n'ai pas pu le vérifier. Cela pourrait faire l'objet d'un autre TFE.

J'ai également fait le choix de ne pas aborder la question de l'ostéoporose. En effet, bien qu'elle soit une manifestation intégrante de la ménopause, j'ai jugé le sujet trop vaste pour l'évoquer dans mon travail. De même j'ai préféré ne pas parcourir tout ce qui était pathologique (la ménopause précoce et les pathologies gynécologiques qui peuvent apparaître au moment de la ménopause).

Enfin, ce travail a résulté de l'impression que les médecins généralistes ne traitaient presque par les plaintes de la ménopause, voilà pourquoi mes entretiens n'ont concerné que les médecins et que je n'ai pas interrogé les patientes.

5. Conclusion

Durant mes entretiens j'ai pu remarquer les difficultés de prise en charge des patientes, notamment par manque d'expérience et de connaissances, absence d'intérêt ou sentiment de ne pas être légitime. Ces difficultés étaient encore plus marquées chez les jeunes médecins généralistes qui étaient demandeurs d'une aide.

Les difficultés exprimées par les médecins au cours des entretiens ou lors du groupe nominal m'ont donné l'occasion de réaliser un petit guide leur permettant d'accéder aux principales informations pour la prise en charge de la ménopause.

La réalisation d'un travail de fin d'étude (TFE) est certes un travail fastidieux mais il m'a permis, avec la conception de ce petit document, d'actualiser mes connaissances sur un sujet peu approfondi durant mes études tout en réfléchissant, à l'occasion de la retranscription des entretiens, au rôle et à la place du médecin traitant par rapport au médecin spécialiste.

Il m'a également permis d'améliorer ma capacité à mener à bien une démarche scientifique, de développer mon esprit critique et, compte tenu de la rigueur nécessaire à la rédaction d'un tel travail, de perfectionner mes compétences en matière d'organisation, notamment en réalisant des rétroplannings.

Enfin, je peux mettre en lumière l'expérience positive que je retire de la conduite des entretiens et de l'animation du groupe nominal. Je n'ai été confrontée à aucun refus de la part de l'ensemble des médecins interrogés. La bienveillance avec laquelle ils ont accueilli ma demande et soutenu m'ont travail m'a confortée tout au long de la réalisation de ce TFE.

Pour finir, je retiens de cet exercice qu'est le TFE qu'il m'a surtout aidé à améliorer ma pratique en n'hésitant pas à aborder cette question avec les femmes concernées ou pouvant être concernées par les troubles de la ménopause et j'ai pu prendre conscience de l'importance de la communication pour instaurer une relation de confiance avec ma patientèle.

La ménopause représente un bouleversement important dans la vie d'une femme. Il est donc opportun que le médecin traitant, celui dont l'accessibilité est bien plus facile que le médecin spécialiste, se sente plus à l'aise, s'implique d'avantage et soit vigilant aux transformations physiologiques et au recueil des plaintes susceptibles d'altérer la qualité de vie des patientes.

C’est dans ces conditions qu’il pourra assumer pleinement, face au spécialiste, son rôle de premier référent médical. J’espère que mon guide y contribuera.

Prise en charge de la ménopause

Diagnostic de la ménopause

Diagnostic clinique : 1 an d'aménorrhée
Bilan hormonal : pas nécessaire

Première consultation

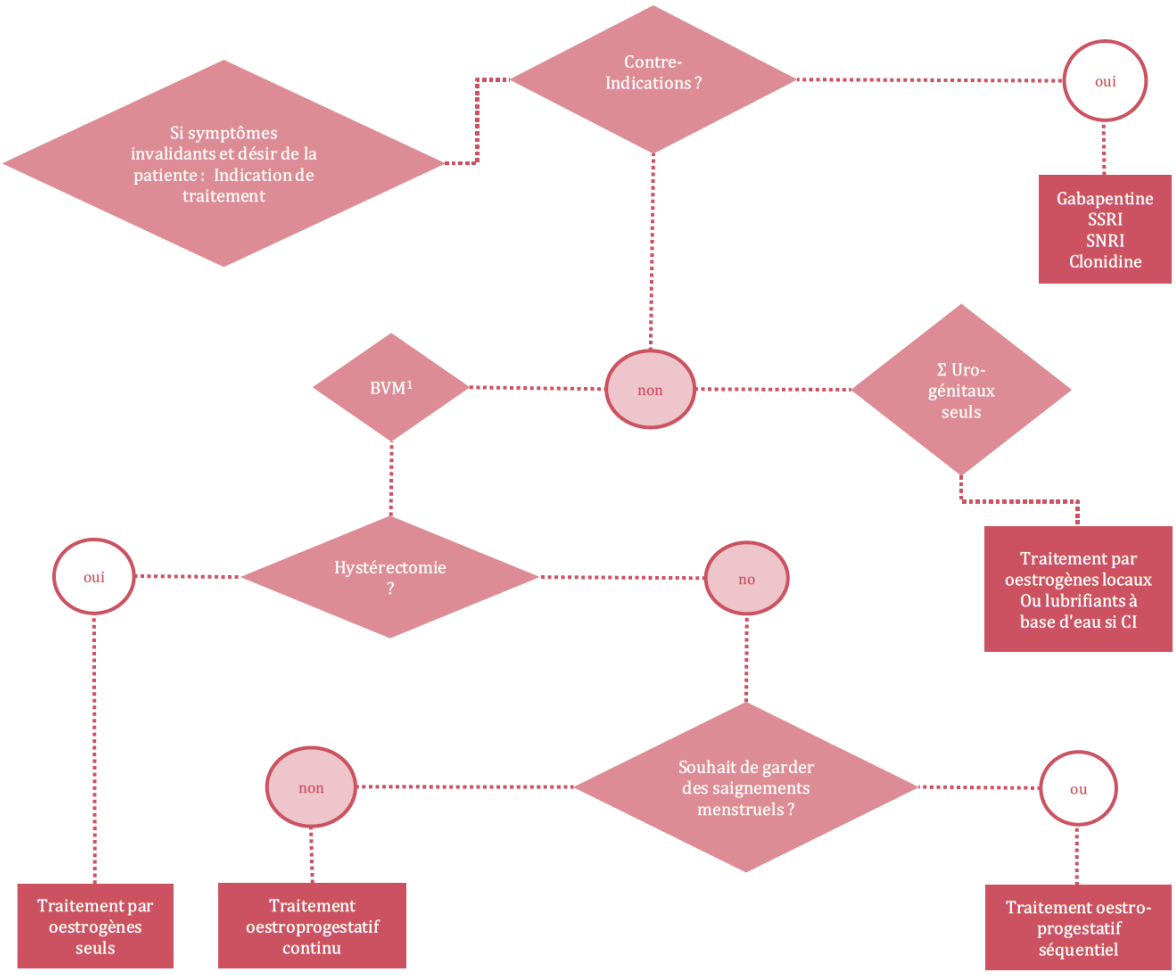
TA, Poids, Taille
Bilan lipidique, glucidique et hépatique
Patiente en ordre de mammographie ? [1]
Evaluer les plaintes

[1]Mammographie tous les 2 ans entre 50 et 69 ans
FCV tous les 3 ans entre 25 et 64 ans
Recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans

Contre-indications au traitement hormonal

Contre-indications absolues
-Antécédants personnels de cancer du sein ou de l'endomètre
-Maladie thrombo-embolique
-Insuffisance cardiaque sévère
-HTA réfractaire
-Insuffisance hépatique sévère
-Dyslipidémie sévère
-Lupus érythémateux disséminé avec AC+

Contre-Indications relatives
-Obésité
- Hypercholestérolémie
- HTA
- Tabagisme
- Diabète insulinodépendant
- Mastopathie bénigne
- Fibromes
- Endométriose
- Antécédants familiaux de cancer du sein et de l'endomètre



[1] *BVM : Bouffées vaso-motrices*

Traitement

Pas d'instauration de THM si patiente ménopausée depuis plus de 10 ans ou âgée de plus de 60 ans
Toujours utiliser la dose minimale efficace
Réévaluer tous les ans
Si bouffées de chaleur gênantes → Traitement systémique
Si risque CV préférer les oestrogènes par voie transdermique

Thérapie non hormonale (si CI)

SSRI	**Paroxetine** (Paroxetine°, Seroxat°)	20 mg/j
SNRI	**Venlafaxine** (Venlafaxine°, Efexor°), **Citalopram** (Citalopram°, Cipramil°)	37,5 à 75 mg/j 10 à 20 mg/j
Anti-épileptique	**Gabapentine** (Gabapentine°, Neurotin°)	Jusqu'à 900mg/j
anti-hypertenseur central	**Clonidine** (Catapressan°)	Jusqu'à 0,15mg/j

Oestrogènes

Per os	**Estriol 2 mg (Aacifemine°)**	0,25 à 8 mg/j
	Estradiol 1 à 2 mg (Estrofem°, Zumenon°, Progynova°)	0,25 à 2 mg/j
Patch transdermique	**Estradiol** 25, 37,5, 50, 75, 100 µg/24h (Climara°, Feminova°, Dermestril°, Systen°, vivelle Dot°)	1 à 2 patch/sem
Spray et gel transdemrique	**Estradiol** spray 1,53 mg/dose (Lenzetto°) ou en gel 0,6mg/g (Oestrogel°)	1 à 3 applications/ jour Ne pas appliquer sur la poitrine
Symptômes uro-génitaux	**Estriol :** -crème (Aacifemine°) 1mg/g -Ovule (Aacifémine) 0,5mg -Gel (Blissel°) 50 µg/g -Comprimés vaginaux (Vagifem°) 10 µg	2 fois/ sem

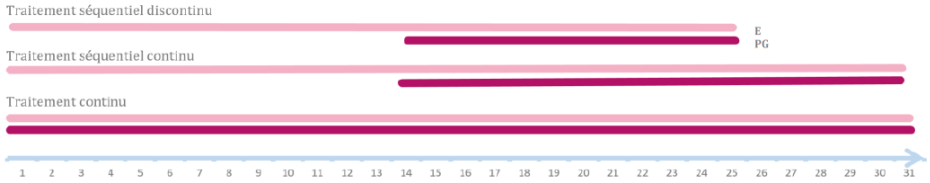
Progestatifs

Per os	**Dydrogestérone** (Duphaston°)	10 mg/j
	Nomégestrol acétate (Lutenyl°, Nogest°, Nomegestrol Stragen°)	5 mg/j
	Lynestrénol (Orgametril°)	5 mg/j
	Progestérone micronisée (Progebel°, Utrogestan°)	100 à 200 mg/j
	Médroxyprogestérone acétate (Provera°)	5 à 10mg/j

Associations oestroprogestatives

Per os	**Estradiol** 1mg + **Noréthistérone acétate** à,5mg (Activelle°)	Pas d'interruption
	Estradiol 1mg+ **Drospirénone** 2mg (Angeliq°)	Pas d'interruption
	Estradiol 1mg+ **Drospirénone** 2mg (Angeliq°)	Pas d'interruption
	Estradiol valérate 2mg+ **Diénogest** 2mg (Climodien°)	Pas d'interruption
	Estradiol valérate 1mg + **Diénogest** 2mg (Laclimella °)	Intervalle libre sans traitement de 7 jours
	Estradiol valérate 2mg puis Estradiol 2mg+ **norgestrel** 0,5mg (Cyclocur°)	Intervalle libre sans traitement de 3 à 6 jours
	Estradiol 1mg + **Progestérone** 200 mg (Duogestan°)	Pas d'interruption
	•**Estradiol** 0,5 mg + **dydrogestérone** 2,5mg 5(Fémoston 0,5/2,5 °) •**Estradiol** 1mg + **Dydrogestérone** 5 mg (Fémoston contin 1/5°) •**Estradiol** 1mg puis Estradiol 1mg+**Dydrogestérone** 10mg (Femoston 1/10 °) - •**Estradiol** 2mg puis Estradiol 2mg+**Dydrogestérone** 10mg (Femoston 2/10 °)	Pas d'interruption
	Estradiol 2mg puis Estradiol 2mg+ **Noréthsitérone acétate** 1mg puis Estradiol 1mg (trisequens°)	Pas d'interruption
	Estradiol 2mg + **noréthistérone acétate** 1mg (Kliogest°)	Pas d'interruption
Voie transdermique	**Estradiol** 50 µg/24h + **Noréthistérone acétate** 0,25mg/24h (Estalis°)	1 patch tous les 3 à 4 jours
	Estradiol 50 µg/24h puis Estradiol 50 µg/24h + **Lévonogestrel** 10 µg/ 24h (Feminova plus°)	1 patch/semaine

Traitement sous dosé → persistance des symptômes
Traitement sur dosé → mastodynie, ballonnement, nervosité, anxiété ou irritabilité.



Bibliographie

[1] Agnès Fournier, Jean-François Arnal, Virginie Ringa, Florence Trémollières et Danielle Hassoun : **Ménopause : Améliorer la sécurité d'utilisation des traitements hormonaux** In. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) - La science pour la santé ; 2017.

[2] A. G. Pourcelot : [**Bénéfices et risques du traitement hormonal substitutif de la ménopause**]. Réalités Cardiologiques 2012, 284.

[3] T. J. de Villiers, A. Pines, N. Panay, M. Gambacciani, D. F. Archer, R. J. Baber, S. R. Davis, A. A. Gompel, V. W. Henderson, R. Langer, R. A. Lobo, G. Plu-Bureau and D. W. Sturdee. **Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health**. Climateric 2013; 16:316–337.

[4] **Plaintes liées à la ménopause** [Web page]. 2014. Available from : https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00549. (Consulté en octobre 2017)

[5] Patrice Lopès, Florence Trémollière. **Guide pratique de la ménopause**. MMI éditions, Médiguides, 2001 : 27-39.

[6] Alain Tamborini : [**Ménopause : définitions-âge-diagnostic**]. Genesis 2014 ; n°181

[7] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)- Université médicale virtuelle francophone-. **Ménopause**. [Web page] 2010-2011. Available from : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf (consulté en août 2017)

[8] **Traitement hormonal de substitution post-ménopausique**. [Web page]. 2017. Available from : https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00550. (Consulté en août 2017).

[9] « **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.

[10] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. **Informations générales sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause**.2006.

[11] Alain Tamborini. **Traitement Hormonal de la ménopause.** [Web page]. 2009. Available from : http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/le-traitement-hormonal-de-la-menopause-thm (consulté en septembre 2017)

[12] Brigitte Letombe, Sophie Catteau-Jonard, et Geoffroy Robin**. Endocrinologie en gynécologie et obstétrique**. Elsevier Masson, 2012 : 257-275.

[13] Nikolaos Burbos and Edward P Morris: [**Menopausal symptoms**]. BMJ Clinical Evidence 2010, 0804.

[14] Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. **Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms**. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4).

[15] Centre belge d'information pharmacothérapeutique : [**Folia octobre 2014**]. Folia Pharmacotherapeutica 2014, 41.

[16] H. D. Nelson, K. K. Vesco, E. Haney, R. Fu, A. Nedrow, J. Miller, C. Nicolaidis, M. Walker, L. Humprey: [**Nonhormonal Therapies for Menopausal Hot Flashes**]. JAMA,2006, 295, (17): 2057-2071.

[17] Valentine Tomaszek [**Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur le sujet ?**] Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Paris Diderot- Paris 7. 2016.

[18] « **La définition européenne de la Médecine générale – Médecine de Famille** » in Wonca 2002.

[19] **Dyspareunie**. [Web page]. 2013. Available from: https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm01069. (Consulté en août 2018)

[20] S. Richard, D. Pardoen, D. Piquard, P. Fostier, J.-M. Thomas, J.-F. Vervier et P. Verbanck : [**La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine**]. Revue médicale de Bruxelles, 2012 ; 525-530.

[21] Farmaka. **Atrophie vaginale**. [Web page]. 2016. Available from : http://www.farmaka.be/fr/formulaire-p-a. (Consulté en Août 2018)

[22] Canonico, Marianne, et Pierre-Yves Scarabin. **Traitement hormonal de la ménopause et risque de thrombose veineuse : L'étude ESTHER ouvre de nouvelles perspectives**. médecine/sciences 2008, 24,(3): 228-31.

[23] Pierre Yves Scarabin. « **Mise au point sur THM et risque thrombo-embolique veineux** ». 5ème Congrès Annuel du Groupement d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVi), 2014.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien **39**
Annexe 2 : Echantillons de médecins interrogés **40**
Annexe 3 : Les symptômes de la ménopause **41**
Les bouffées de chaleur ou bouffées vasomotrices 41
Les symptômes vaginaux 41
Les troubles urinaires 42
Modification de la peau 42
Prise de poids 42
Insomnie 43
Changement d'humeur 43
Annexe 4 : Score de Kupperman **44**
Annexe 5 : Liste des progestatifs disponibles **44**
Annexe 6 : Liste des œstrogènes disponibles **45**
Annexe 7 : Liste des associations œstroprogestatives disponibles **46**
Annexe 8 : Modalité d'administration du THM **47**
Annexe 9 : Risque du THM **48**
Cancer du sein 48
Cancer de l'endomètre 48
Influence sur les malades cardio-vasculaires 48
Influence sur la maladie d'Alzheimer 50
Cancer de l'ovaire 50
Cancer colorectal 50
Cancer du col utérin 50
Autre 50
Annexe 10 : Nombre de médecins et patients inscrits au RSW **51**
Annexe 11 : Nombre de documents référencés sur le RSW **52**

Annexe 1 - Guide d'entretien –

- Abordez-vous la question de la ménopause avec vos patientes ? Si oui, quand ?
    - *Faites-vous des examens complémentaires, des bilans (mammographie, ostéodensitométrie, bilan hormonal…)*
- Quelles sont les plaintes et les demandes de vos patientes ménopausées ?
    - *Demandent-elles un traitement, ou au contraire, y sont-elles plutôt défavorables ?*
    - *Ont-elles de craintes concernant la ménopause ?*
    - *Vivent-elles la ménopause comme une perte d'estime d'elles-mêmes ?*
- Comment vous sentez-vous face aux plaintes des patientes ménopausées ?
- Quels sont les cas pour lesquels vous avez référé vos patientes ?
    - *Si vous référez, à qui ? Pourquoi ?*
    - *Si vous ne référez pas, comment avez-vous acquis vos connaissances dans ce domaine ? Avez-vous fait des formations complémentaires ?*
- Quand instaurez-vous un traitement ? De quel type (traitement hormonal, alternatif) ?
    - *Instaurez-vous vous-même le traitement ou alors seulement des renouvellements ?*
    - *Recherchez-vous certaines contre-indications ?*
- Quel suivi de vos patientes faites-vous ?
    - *Frottis, mammographie, prise de sang, ostéodensitométrie… ?*
    - *Avez-vous déjà interrompu le traitement ?*

Avons-nous parlé de tout ? Y-a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder ?

Annexe 2 - Echantillon des médecins interrogés -

	Age	Sexe	Type de pratique	Activité annexe
Médecin n°1	55 ans	Femme	Association	ONE
Médecin n°2	36 ans	Homme	Maison médicale	Cours de physiopathologie en haute école pour infirmière
Médecin n°3	44 ans	Homme	Association	Participe aux ARCs à l'université
Médecin n°4	30-35 ans	Femme	Association	/
Médecin n°5	59 ans	Femme	Association	ONE et a travaillé pendant 10 ans dans un centre de planning familial
Médecin n°6	53 ans	Femme	Maison médicale	Centre de planning familial
Médecin n°7	65 ans	Homme	Seul	ONE
Médecin n°8	34 ans	Homme	Seul	/
Médecin n°9	26 ans	Homme	Seul	/
Médecin n°10	27 ans	Homme	Maison médicale	Participation au groupe Balint, Médecine du sport
Médecin n°11	27 ans	Femme	Maison médicale	Centre de planning familial
Médecin n°12	27 ans	Femme	Maison médicale	Prison

Annexe 3 : Les symptômes de la ménopause

Bouffées de chaleur ou bouffées vasomotrices

C'est le symptôme le plus fréquent, présent chez plus de 65% des patientes aux alentours de 50-55 ans.[7] L'intensité des symptômes n'est pas lié aux taux d'œstrogènes, la physiopathologie des symptômes n'est pas claire.[13]

Leur intensité est variable et le ressenti de la plainte diffère d'une patiente à l'autre.

Les bouffées de chaleur se manifestent par une sensation de chaleur soudaine, parfois accompagnée d'une rougeur de la peau qui commence au niveau du visage et du cou et qui peut éventuellement se généraliser. Elles durent entre 30 secondes à 2 minutes et peuvent se reproduire de nombreuses fois pendant la journée.

Les BVM sont caractérisées comme légères lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de sueurs, modérées lorsque les sudations sont présentes et sévères lorsque les sudations obligent la patiente à arrêter son activité.

Symptômes vaginaux

Environ 50% des patientes ménopausées se plaignent de sécheresse vaginale, d'irritation ou de dyspareunie. C'est le symptôme le plus fréquent après les BVM chez la femme ménopausée. Les symptômes vaginaux sont dus à la diminution de la vascularisation sanguine vaginale après la ménopause.[21]

L'atrophie vaginale se manifeste dans les 5 ans suivant la ménopause, entre 25 et 50% des patientes s'en plaignent.

La carence oestrogénique rend la paroi vaginale plus sèche, ce qui peut être responsable de dyspareunie. On peut alors utiliser des crèmes vaginales, ou l'administration d'œstrogènes localement (ovules d'œstriol, comprimés ou gel d'œstrogène). Des lubrifiants peuvent être utilisés pour faciliter la pénétration.[19]

En cas de plaintes légères ou de contre-indication aux œstrogènes des lubrifiants locaux à base d'eau peuvent être utilisés.

On pourra également utiliser les œstrogènes en administration locale en cas d'infections urinaires récidivantes.[21]

Du fait de la carence oestrogénique, une baisse de la libido est également fréquente.

Troubles urinaires

Dus également à la carence oestrogénique, ils sont moins typiques et apparaissent souvent dans un second temps. Ils peuvent persister ou même s'aggraver.[10, 13]

On parle de syndrome urétral pour faire référence à une pollakiurie et dysurie sans infection. Une augmentation des infections urinaires peut être fréquente également, une incontinence d'effort peut aussi survenir.

Les symptômes s'expliquent par l'origine embryologique du sinus uro-génital et par la présence de récepteurs oestrogéniques au niveau de l'urètre et de la vessie. Les symptômes peuvent augmenter avec l'âge.[5]

Le traitement au long court est souvent nécessaire car les symptômes réapparaissent souvent à l'arrêt du traitement. [3]

Les symptômes uro- gynécologiques répondent très bien aux œstrogènes administrés localement.

Si le traitement par œstrogène seul n'est pas suffisant, en cas de vessie hyperactive, un traitement anticholinergique peut être associé.

En cas d'incontinence, le traitement à privilégier est la rééducation par kinésithérapie pour renforcer les muscles du plancher pelvien. Si cela n'est pas suffisant, la Duloxétine peut être efficace. La chirurgie n'est à envisager qu'en dernier recours.[3]

Modification de la peau

La structure et la texture de la peau sont influencées par les hormones sexuelles et par des modifications biologiques : après la ménopause, la peau devient plus fine plus fragile et perd de son élasticité, conséquence de la diminution de la teneur en collagène, c'est la raison de l'apparition des rides.[4]

Prise de poids

Au moment de la ménopause les graisses se redistribuent au niveau abdominal. A cause de la carence oestrogénique, la répartition des graisses se fait alors selon le morphotype androïde. Parallèlement à cette redistribution, la diminution de l'activité physique joue également un rôle quant à cette impression de prise de poids.[5]

Insomnie

Elle est souvent associée aux BVM nocturnes ; cependant, la qualité du sommeil peut se détériorer également lorsque les BVM sont absentes.[5]

Changement d'humeur

Fatigue, irritabilité, saute d'humeur, tendance dépressive sont souvent présents par en raison de l'altération de la qualité du sommeil. Il faut tout de même être vigilant à ne pas passer à côté d'une réelle dépression.[4]

Annexe 4 : Score de Kupperman

(D'après le guide pratique de la ménopause, Patrice Lopès, Florence Trémollière, MMI édition, Collection Médiguide, ed. 2001)

Symptômes	Coefficient	0	1	2	3
BVM	4	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquentes
Sueurs	2	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquents
Troubles du sommeil	2	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquentes
Nervosité	2	Aucune	Légères	Modérée	Sévère
Céphalées	1	Aucune	Légères	Modérées	Sévères
Humeur dépressive	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquente
Vertiges	1	Aucune	Faibles	Modérés	Sévères
Asthénie	1	Aucune	Faible	Modérée	Sévère
Arthralgies	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquentes
Palpitations	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très Fréquentes
Sécheresse vaginale	1	Aucune	Légère	Modérée	Sévère

Annexe 5 : Liste des progestatifs disponibles

D'après le CBIP

Voie d'administration	Molécule	Dosage
Per os	Dydrogestérone (Duphaston°)	10 mg
	Noménestrol acétate (Lutenyl°, Nogest°, Nomegestrol Stragen°)	5mg
	Lynestrénol (Orgametril°)	5mg
	Progestérone micronisée (Progebel°, Utrogestan°)	100 ou 200 mg
	Médroxyprogestérone acétate (Provera°)	5 ou 10 mg

Annexe 6 : Liste des œstrogènes disponibles

D'après le CBIP

Voie d'administration	Molécule	Dosage	Posologie
Per os	Estriol (Aacifemine°)	2mg	1 à 8 mg/j en une prise
	Estradiol (Estrofem°, Zumenon°)	1 ou 2 mg	1 à 2 mg/j en une prise
	Estradiol, valérate (Progynova°)	1 ou 2 mg	1 à 2 mg/j en une prise
Transdermique	Estradiol (Climara°, Feminova°)	50 µg/24h	1 patch/sem
	Estradiol (Dermestril°)	25 µg/24h (dispositif transdermique Septem) 25 µg/, 50 µg/24h ou 100 µg/24h (dispositif transdermique TTS)	1 patch/sem 2 patch/sem
	Estradiol (Systen°)	50 µg/24h (dispositif transdermique TTS	2 patch/sem
	Estradiol (Vivelle Dot°)	25 µg/24h, 37,5 µg/24h, 50 µg/24h, 75 µg/24h	2 patch/sem
	Estradiol spray (Lenzetto°)	1,53mg/dose	1 à 3 doses/jour en une application
	Estradiol gel (Oestrogel°)	0,6 mg/g	0,75 à 1,5 mg par jour en une application
Voie vaginale	Estriol crème (Aacifemine°)	1mg/g	1 application deux fois / sem
	Estriol ovule (Aacifemine°)	0,5mg	1 ovule deux fois/sem
	Estriol en gel (Blissel°)	50 µg/1g	1 application deux fois / sem
	Estradiol comprimés vaginaux (Vagifem°)	10 µg	1 application deux fois / sem

Annexe 7 : Liste des associations œstroprogestatives disponibles

D'après le CBIP

Voie d'administration	Molécule	Dosage
Per os	Estradiol 1mg + Noréthistérone acétate 0,5mg (Activelle°)	Pas d'interruption
	Estradiol 1mg+ Drospirénone 2mg (Angeliq°)	Pas d'interruption
	Estradiol valérate 2mg + Diénogest 2mg (Climodien°)	Pas d'interruption
	Estradiol valérate 1mg + Diénogest 2mg (Laclimella °)	Pas d'interruption
	Estradiol valérate 2mg puis Estradiol 2mg + norgestrel 0,5mg (Cyclocur°)	Intervalle libre sans traitement de 7 jours
	Estradiol 1mg puis Estradiol 1mg + Progestérone 200 mg (Duogestan°)	Intervalle libre sans traitement de 3 à 6 jours
	Estradiol 0,5 mg + dydrogestérone 2,5mg (Fémoston low°) Estradiol 1mg + Dydrogestérone 5 mg (Fémoston contin 1/5°) Estradiol 1mg puis Estradiol 1mg + Dydrogestérone 10mg (Femoston 1/10 °) Estradiol 2mg puis Estradiol 2mg + Dydrogestérone 10mg (Femoston 2/10 °)	Pas d'interruption Pas d'interruption Pas d'interruption Pas d'interruption
	Estradiol 2mg puis Estradiol 2mg + Noréthsitérone acétate 1mg puis Estradiol 1mg (trisequens°)	Pas d'interruption
	Estradiol 2mg + noréthistérone acétate 1mg (Kliogest°)	Pas d'interruption
Voie transdermique	Estradiol 50 µg/24h + Noréthistérone acétate 0,25mg/24h (Estalis°)	1 patch tous les 3 à 4 jours
	Estradiol 50 µg/24h puis Estradiol 50 µg/24h + Lévonogestrel 10 µg/24h (Feminova plus°)	1 patch / sem

Annexe 8 : Modalité d'administration du THM

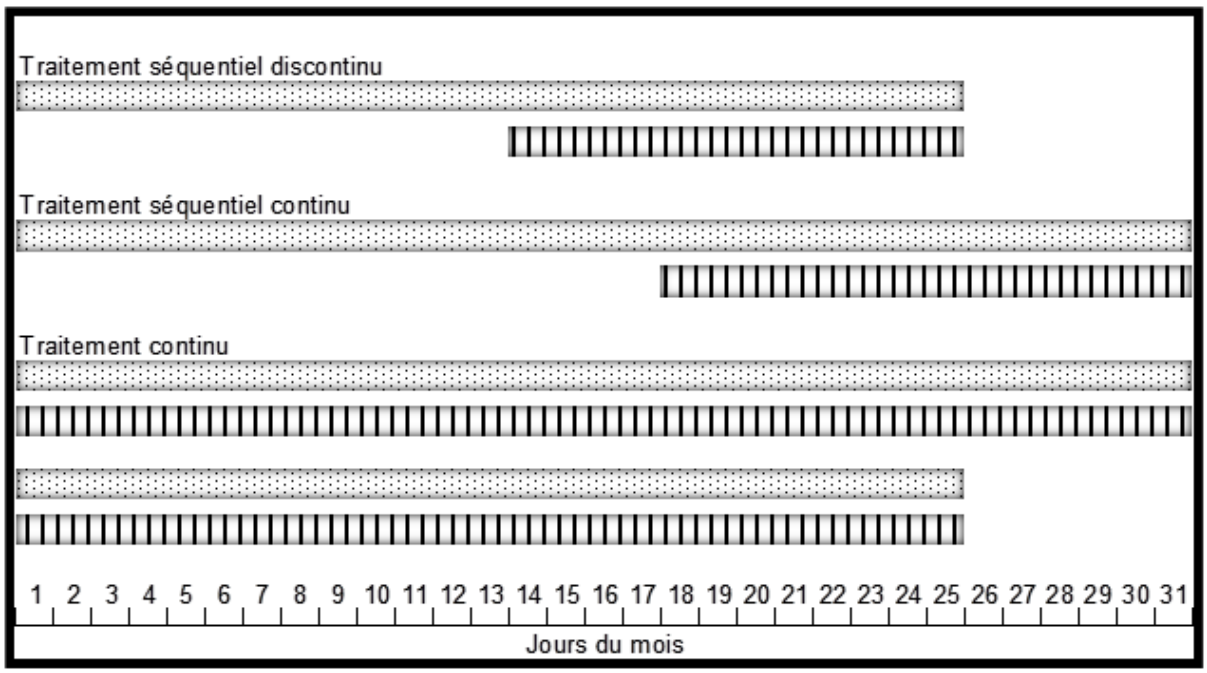


Figure 2 Les différents modes d'administration du traitement hormonal de la ménopause (d'après Endocrinologie en gynécologie et obstétrique, Brigitte Letombe, Sophie Catteau-Jonard, Geoffroy Robin, ed. Elsevier masson, sous l'égide du CNGOF, 2012)

Annexe 9 : Les risques du THM

Cancer du sein

Le risque de cancer du sein est associé à l'addition d'un progestatif aux œstrogènes. Ce risque augmente avec la durée du traitement mais diminue à l'arrêt du THM.[9] L'utilisation de progestérone naturelle ou de dydrogestérone augmente dans une moindre mesure le risque de néoplasie mammaire par rapport aux progestérones synthétiques.

Le THM n'augmente pas de façon significative le risque de cancer du sein chez les patientes ayant une faible densité mammographique, mais le risque augmente chez les patientes ayant une densité mammographique élevée.
Il augmente la prolifération cellulaire et la densité mammaire ce qui peut engendrer un retard de diagnostic. Il a également un effet promoteur sur les lésions préexistantes non diagnostiquées.

Cancer de l'endomètre

Le risque d'hyperplasie de l'endomètre est lié au traitement par œstrogènes, c'est la raison pour laquelle, chez les femmes non hystérectomisée un traitement par progestérone est indispensable. L'obésité augmente le risque de développer des pathologies de l'endomètre. [9]

Influence sur les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de morbidité et de mortalité chez les femmes ménopausées. Il est donc primordial de lutter contre les facteurs de risques cardio-vasculaires (maitrise de l'hypertension, lutte contre le tabagisme et l'obésité, favoriser une activité physique régulière, traitement de l'hypercholestérolémie et hyperlipidémie).
Les œstrogènes ont un effet direct et indirect (via les lipides) sur le système vasculaire.[8]
Le risque cardio-vasculaire est augmenté, surtout la première année de traitement. Il est rare chez les patientes de moins de 60 ans sans facteurs de risques cardio-vasculaires, mais il augmente avec l'âge.[9]
Commencé tôt, aux alentours de la ménopause, le traitement par œstrogènes est cardioprotecteur. On parle alors de fenêtre d'intervention.

S'il est commencé durant la période de fenêtre d'intervention, pour les femmes sans facteurs de risques cardio-vasculaires, un traitement oestrogénique a un effet protecteur sur les pathologies cardio-vasculaires, cet effet persiste même à l'arrêt du traitement.
En revanche, si la patiente présente des facteurs de risque cardio-vasculaires, le traitement augmente le risque de maladies cardio-vasculaires.

En tenant compte de cette information, chez les femmes de moins de 60 ans, qui sont depuis peu ménopausées et sans facteurs de risque cardio-vasculaires, l'initiation d'un traitement par œstrogènes est efficace pour réduire la morbi-mortalité cardio-vasculaire. Les données sont plus faibles concernant un traitement par oestro-progestatifs, mais les résultats semblent aller dans le même sens sur l'effet cardioprotecteur.
Continuer le traitement après 60 ans doit être décidé en fonction du rapport risque/bénéfice.

A contrario, initier un traitement hormonal chez les patientes plus âgées ou celles qui sont ménopausée depuis plus de 10 ans, augmente le risque cardio-vasculaire. [3]
L'institut national de la santé et de la recherche médicale française (INSERM) a mené entre 1999 et 2005 l'étude ESTHER (Estrogen and Thromboembolism Risk Study Group) qui évalue l'influence de la voie d'administration des œstrogènes sur le risque thrombo-embolique. Cette étude a montré que les œstrogènes administrés par voie cutanée augmentaient beaucoup moins le risque thrombo-embolique que les œstrogènes administrés par voie orale en évitant l'effet de premier passage hépatique et ne modifiant pas les paramètres de l'hémostase.[22]
Le risque thromboembolique varie également selon le progestatif choisi. Ce risque n'augmente pas avec la progestérone, les dérivés pregnanes ou de la nortestostérone mais il augmente avec les dérivés norpregnanes et le médroxyprogestérone acétate.
La voie d'administration de l'œstrogène et le type de progestatif jouent donc un rôle important sur le risque thrombo-embolique.[3]

Le moment d'initiation du THM est donc le facteur qui déterminera si le traitement hormonal diminue ou augmente le risque cardio-vasculaire. Si un THM est indiqué, il doit être instauré aux alentours de la ménopause, ou rapidement après son début. Sur le plan cardiologique, plus le traitement est commencé tôt plus il est cardioprotecteur, alors que commencé

tardivement, chez les patientes ménopausées depuis longtemps, il augmenterait le risque cardio-vasculaire.[23]

Maladie d'Alzheimer

Des études limitées ont montré une augmentation de toutes les causes de démence chez les patientes sous traitement hormonal initié en ménopause tardive. Cependant, une initiation précoce du traitement hormonal serait associée à un risque plus faible de maladie d'Alzheimer. D'où l'importance de la fenêtre d'intervention, suggérant que l'initiation du traitement hormonal peut être bénéfique.

Les conséquences à long terme du traitement hormonal instauré pendant la fenêtre d'intervention sont inconnues.[3]

Cancer de l'ovaire

L'utilisation prolongée, supérieure à 10 ans, de traitement par œstrogènes peut être associé à une augmentation du risque de néoplasie ovarienne. Le risque augmente que ce soit avec un traitement par œstrogènes seuls ou œstro-progestatifs. Le mode d'administration n'influence pas ce risque.[8]

Cancer Colorectal

Le traitement hormonal réduit le risque d'incidence des cancers colorectaux.[3]

Cancer du col utérin

LE THM n'a pas d'influence sur l'incidence des cancers du col utérin.[3]

Autres

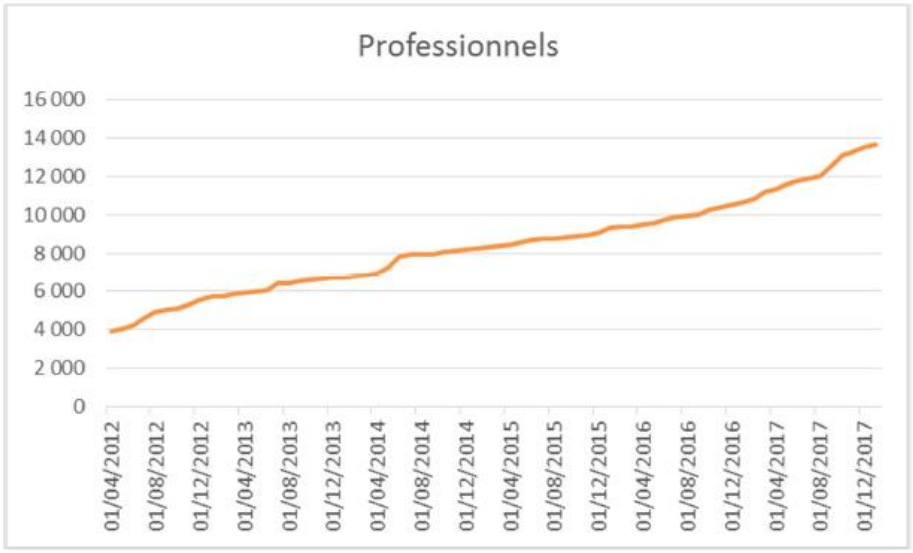
Le THM augmente le risque de Lithiase biliaire et est aussi lié à une augmentation du risque de cholécystite (1,8 fois plus élevée).[8]

Annexe 10 : Nombre de médecins et patients inscrits au RSW

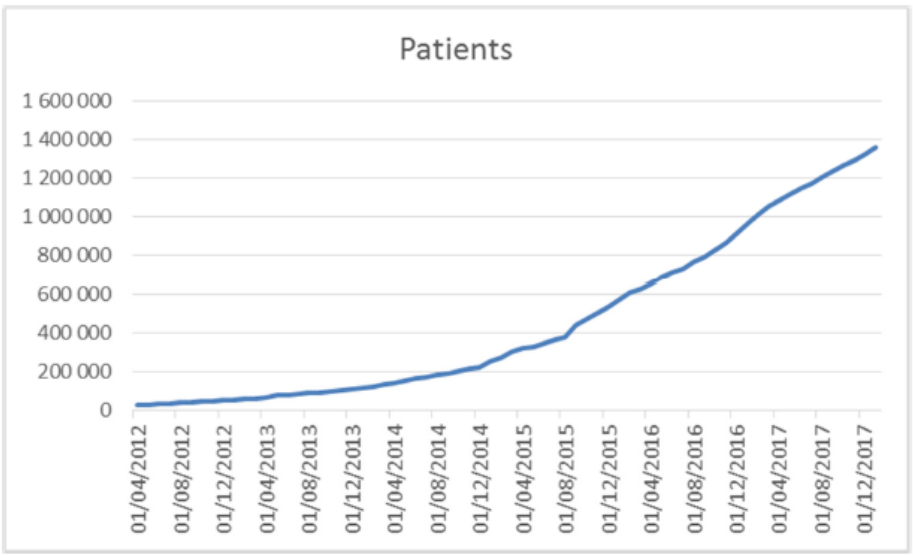
RéseauSantéWallon

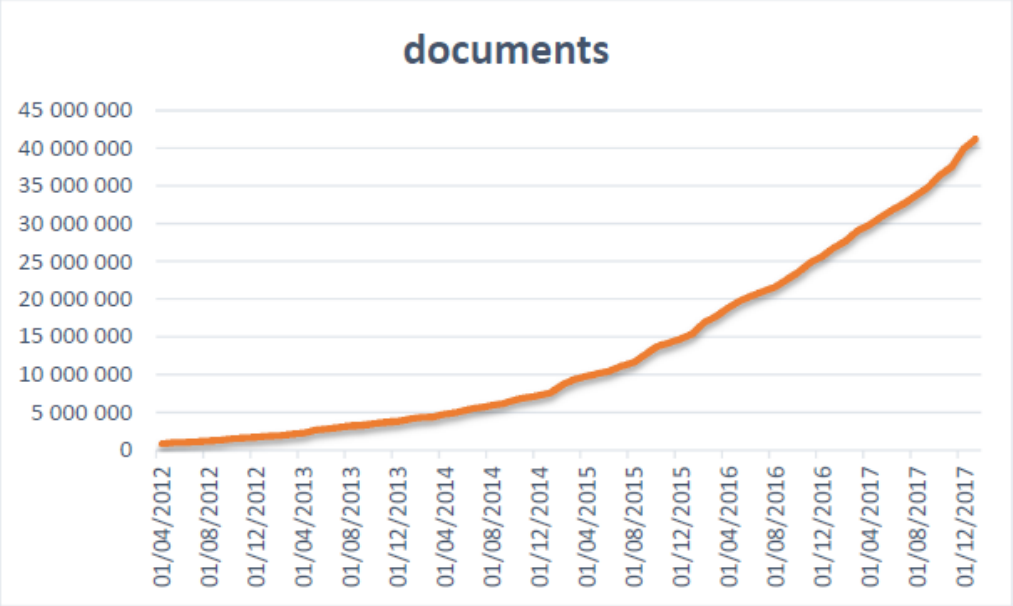
Intégration des médecins et institutions de santé au Réseau Santé Wallon Janvier 2018

Nombre de Médecins inscrits : 13.641



Nombre de patients inscrits : 1.356.694



Annexe 11 : Nombre de documents référencés sur le RSW

Nombre de documents référencés : 41.216.962