



HAL
open science

Démarche diagnostique et thérapeutique face aux troubles climatériques chez la femme en préménopause : attitudes et pratiques des médecins généralistes

Marine Siblot

► To cite this version:

Marine Siblot. Démarche diagnostique et thérapeutique face aux troubles climatériques chez la femme en préménopause : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02088644

HAL Id: dumas-02088644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088644>

Submitted on 3 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Démarche diagnostique et thérapeutique face aux
troubles climatériques chez la femme en préménopause :
attitudes et pratiques des médecins généralistes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2018

Par Madame Marine SIBLOT

Née le 23 janvier 1989 à Vesoul (70)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Madame le Docteur SADOUN Céline

Assesseur

**Démarche diagnostique et thérapeutique face aux
troubles climatériques chez la femme en préménopause :
attitudes et pratiques des médecins généralistes.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2018

Par Madame Marine SIBLOT

Née le 23 janvier 1989 à Vesoul (70)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BOUBLI Léon

Président

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Assesseur

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

Madame le Docteur SADOUN Céline

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A mes deux directrices de thèse, au Docteur Maéva JEGO-SABLIER et Céline SADOON-DESROCHES, pour m'avoir si bien accompagnée dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir guidée jusqu'au bout de ce projet, de la présence et de la patience dont vous avez fait preuve.

Au Professeur Léon BOUBLI,
Merci d'avoir accepté de présider ce jury.

Au Professeur Ludovic CRAVELLO,
Merci pour vos conseils et l'intérêt porté travail à ce travail.

Au Professeur Xavier CARCOPINO,
Merci d'avoir accepté si promptement de faire partie du jury et de juger ce travail.

Aux médecins contactés pour ce travail de thèse,
Merci à vous d'avoir accepté de consacrer un peu de votre temps (si souvent précieux !) pour réfléchir avec nous sur ce travail.

Au Docteur DAUSSET et au Docteur Ludovic CASANOVA
Merci d'avoir relu avec autant de soin, d'attention et d'intérêt ce travail, et de nous avoir partagé vos expertises.

A mes amours : à ma grande fille, Lou, qui vient d'entrer à l'école et qui déjà un vrai docteur la peluche, à mon crapouillon, Robin, qui vient de rentrer en crèche et qui déjà un pro du multimédia. A ma petite Océane, qui a suivi cette dernière ligne droite encore bien au chaud et m'a soutenue dans mes nuits blanches.

A mon Groot, mon Amoureux et Super-papa qui a fini ce travail avec moi,
Merci pour ton amour et ton soutien tout au long de ces années d'internat, pour la patience dont tu fais preuve chaque jour, pour ton aide précieuse et pour nos 2 merveilles et celle à venir !

A mes parents,
pour avoir lu et relu ce manuscrit,

A mes grands-parents, parents, et à toute ma famille,
Pour votre accompagnement plein d'attention tout au long de ces études exigeantes.
Ma réussite vous revient en partie.

A mes beaux-parents, pour les innombrables journées et nuits de babysitting, pour m'avoir permis d'avancer le cœur léger pendant que mes terreurs s'amusaient. A ma belle-mère pour sa contribution à mon travail de thèse.

A tous mes ami(e)s sans qui la vie ne serait pas aussi belle. A mes co-internes avec qui j'ai partagé joies et galères d'internat. A Etienne pour toutes les corrections de style que tu as judicieusement proposées avec beaucoup de compétences. A Pauline MULLER, ma joyeuse co-interne alsacienne, que je ne n'oublierais pas.

Au Docteur DUFOUR, mon mentor qui m'a fait adorer la médecine générale et avec qui j'aurais la joie de travailler.

A mon entourage, à ceux que j'ai croisés et côtoyés pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marquée par leur humanité et leurs compétences mises au service du patient.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	2
1 CONTEXTUALISATION DU PROBLEME	2
1.1 LA PREMENOPAUSE : DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE	2
1.2 LE SYNDROME CLIMATERIQUE EN PREMENOPAUSE : DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE	4
1.3 L'IMPORTANCE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE	6
1.4 UNE DEMARCHE DIAGNOSTIQUE BASEE SUR LA CLINIQUE	7
1.5 LES TRAITEMENTS DISPONIBLES DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE.....	7
1.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	10
2 MATERIEL ET METHODE	10
2.1 DESIGN.....	10
2.2 POPULATION ET ECHANTILLONAGE.....	10
2.3 RECUEIL DES DONNEES	10
2.4 ANALYSE STATISTIQUE	11
2.5 ASPECTS REGLEMENTAIRES.....	11
3 RESULTATS	11
3.1 FLOW CHART	11
3.2 CARACTERISTIQUES GENERALES DES REpondANTS	13
3.3 L'APPROCHE DES TROUBLES DU CLIMATERE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE	14
3.4 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	16
3.5 LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE.....	19
3.6 CARACTERISTIQUES DES PRESCRIPTEURS DE THM EN PREMIERE INTENTION	21
3.7 CE QUE PRENDRAIT UNE FEMME MEDECIN PREMENOPAUSEE SOUFFRANT DE SYMPTOMES CLIMATERIQUES	23
4 DISCUSSION.....	24
4.1 RESULTATS PRINCIPAUX.....	24
4.2 COMPARAISON DE LA POPULATION D'ETUDE.....	24
4.3 FORCES ET LIMITES	24
4.4 LA PRESCRIPTION DE THM HORS RECOMMANDATIONS	25
4.5 LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME CLIMATERIQUE DE LA PREMENOPAUSE INSPIREE DES GUIDES DE BONNES PRATIQUES POUR LA MENOPAUSE.....	26
4.6 LE RECOURS EXCESSIF AUX BILANS HORMONAUX.....	27
4.7 UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE BASEE SUR DES ECHELLES DE QUALITE DE VIE SPECIFIQUES ASSOCIEE A UNE APPROCHE CENTREE PATIENTE	27
4.8 LES DIFFERENTS FACTEURS LIES AUX PRATIQUES : AGE, SEXE ET MECONNAISSANCE	28
5 CONCLUSION.....	29
6 BIBLIOGRAPHIE	30
7 ANNEXES.....	35
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	35
ANNEXE 2 : LETTRE ACCOMPAGNANT LE RECUEIL DE DONNEES.....	42

INTRODUCTION GENERALE

La ménopause et la préménopause qui la précède sont des étapes charnières de la vie d'une femme, conduisant à l'arrêt définitif des règles. Leur arrivée s'accompagne de symptômes plus ou moins invalidants regroupés sous le nom de syndrome climatérique (1). Les femmes de 45 à 50 ans sont celles qui ressentent le plus de symptômes liés à cette transition ménopausique (2). Ainsi la période dite de préménopause mérite une attention toute particulière de la part du praticien, premier interlocuteur de ces femmes souffrant de troubles climatériques alors que leurs règles sont toujours présentes et parfois même encore régulières (3).

L'absence de recommandations officielles laisse le médecin généraliste dans l'embarras face aux problèmes posés par ces patientes. Plusieurs thérapeutiques sont proposées pour atténuer les symptômes climatériques invalidants, avec en chef de file le traitement hormonal de la ménopause (THM). Or ce traitement est recommandé uniquement chez la femme déjà ménopausée (4–7). Des études récentes ont évalué l'efficacité d'autres traitements du syndrome climatérique comme alternative au THM (8–11). Ainsi nombres de médecins généralistes se tournent vers ces alternatives thérapeutiques pour traiter les symptômes climatériques de la femme en période de préménopause. Nous ignorons quels sont les traitements préférentiellement prescrits à l'heure actuelle pour soulager ces femmes. Des travaux ont déjà porté sur les opinions des médecins généralistes au sujet du THM et de la prise en charge de la ménopause en consultation de médecine générale (12–16). En revanche, aucune étude ne traite des phénomènes climatériques en période de préménopause. Dans une telle perspective, l'étude des pratiques et traitements préférentiellement prescrits par les médecins généralistes aux femmes âgées de 45 ans ou plus, non ménopausées et souffrant de symptômes climatériques apparaît comme essentielle.

1 CONTEXTUALISATION DU PROBLEME

1.1 LA PREMENOPAUSE : DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

1.1.1 Définitions

La ménopause

Le terme ménopause vient du grec « mênos » : mois relatifs aux menstruations, et « pausis » : cessation. C'est un phénomène naturel défini par un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne (définition OMS 1996). Cette définition est rétrospective, basée sur une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois sans cause physiologique ou pathologique retrouvée. L'apparition d'une aménorrhée accompagnée de troubles climatériques définit la ménopause (4).

La préménopause

Elle se définit essentiellement par un ensemble de signes cliniques et/ou biologiques traduisant le dysfonctionnement ovarien qui précède l'arrêt définitif des règles (17).

La périménopause

Elle inclut la période de déclin de la fonction ovulatoire ou préménopause, mais se termine au début de la ménopause, soit 12 mois après les dernières règles (18).

1.1.2 Les modifications hormonales de la préménopause

A la naissance chaque ovaire contient de 266 000 à 472 000 follicules au repos. Il n'en reste qu'environ 400 000 à la puberté (dont 400 seront ovulatoires) et 35 000 à 38 ans (1). Au cours de la préménopause, la raréfaction progressive des follicules ovariens entraîne une insensibilité aux gonadotrophines avec une insuffisance œstrogénique secondaire. Pendant les années précédant la ménopause, la production par les cellules de la granulosa d'un peptide appelé « inhibine B » diminue. Ce phénomène s'accompagne d'une résistance de l'ovaire à la FSH, expliquant son élévation (4 à 10 UI/L en préménopause, et jusqu'à 80 UI/L en post ménopause) (19).

La ménopause survient en moyenne vers 51 ans et 1,8 ans plus tôt chez les femmes fumeuses. Elle est précédée d'une période dite de préménopause caractérisée par une irrégularité des cycles évoluant en 3 phases. D'abord ils sont raccourcis, puis allongés, enfin il apparaît une dysovulation se terminant par une anovulation (20).

1^{ère} phase = la phase folliculaire courte

Durant la première phase de la préménopause, le raccourcissement des cycles est lié à une élévation du taux plasmatique de FSH en début de cycle (début de l'inhibition du rétrocontrôle), responsable d'une accélération de la maturation folliculaire, et donc d'un pic ovulatoire d'estradiol plus précoce. La première partie du cycle en est ainsi raccourci (phase folliculaire), l'ovulation survenant vers le 10^e jour. La phase lutéale (14 jours) reste inchangée. L'élévation de la FSH est le premier témoin du vieillissement ovarien et débute vers l'âge de 35 ans.

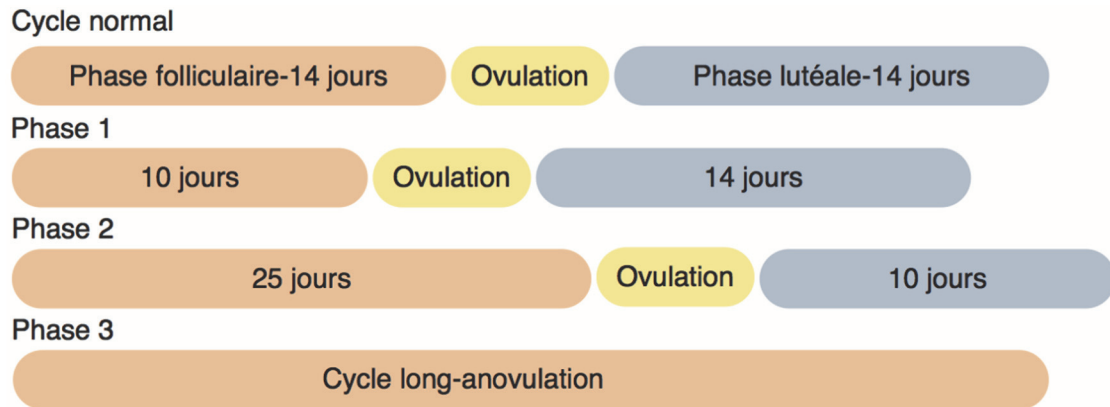
2^e phase = la phase du corps jaune inadéquat

L'augmentation progressive de la longueur des cycles et leurs irrégularités au cours de la 2^e phase de la transition ménopausique sont liées à un allongement de la phase folliculaire (≈ 25 jours) associé à un raccourcissement de la phase lutéale (≈ 10 jours). Ces anomalies sont dues à la médiocrité des ovulations, ce qui se traduit par la formation d'un corps jaune déficient. Durant cette phase, le taux de FSH plasmatique continue à augmenter, le taux de progestérone diminue et celui d'estradiol s'élève anormalement, induisant des signes cliniques d'hyperestrogénie.

3^e phase = l'épuisement du stock folliculaire

Au cours de la 3^e phase, les ovulations se font de plus en plus rares, d'où l'allongement des cycles, la phase lutéale finissant par disparaître totalement. Des périodes d'hyperestrogénie pouvant être suivies de faible production d'estrogènes, la tendance allant vers une hypoestrogénie de plus en plus marquée. Ce profil hormonal de préménopause tardive correspond à des spanioménorrhées avec des cycles très irréguliers s'espaçant de plus en plus pour aboutir à la ménopause (19). Durant cette période le taux de FSH continue à progresser et la LH s'élève à son tour. Au fur et à mesure de la raréfaction des follicules ovariens, le taux d'inhibine B diminue ainsi que celui de l'hormone antimüllérienne. La ménopause s'installe lorsque le nombre de follicules atteint le seuil critique d'environ 1000 follicules (21).

Titre : Les 3 phases de la préménopause (1)



1.2 LE SYNDROME CLIMATERIQUE EN PREMENOPAUSE : DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE

1.2.1 Définition du climatère

Le climatère désigne la période des changements endocriniens physiques et psychologiques qui surviennent à la transition ménopausique. L'hypoestrogénie qui s'installe avec le temps est responsable des symptômes climatériques. Lorsqu'ils sont intenses ou fréquents, ces troubles constituent parfois un véritable handicap sur le plan social et professionnel (22).

1.2.2 Les différents symptômes climatériques et leur prévalence en préménopause

- Les manifestations vasomotrices

Les bouffées de chaleur et les troubles vasomoteurs traduisent des périodes d'hypoestrogénie. Ils peuvent apparaître dès 38 ans, précédant de plusieurs mois ou années la ménopause installée (23,24). Dans l'étude « In the Study of Women Across the Nation (SWAN) », 19,4% des patientes rapportent des bouffées vasomotrices en préménopause (25). Dans l'étude « The Normal Menopause Transition », les auteurs retrouvaient des bouffées vasomotrices chez 10% des femmes en préménopause, la prévalence de celles-ci atteignant 40% l'année la ménopause (26). En 2005 les auteurs Woods et Mitchell montraient dans leur publication que la prévalence des bouffées vasomotrices en préménopause augmentait de 6 à 46% entre le début et la fin de la préménopause (2).

Cette symptomatologie vasomotrice est loin d'être négligeable surtout en fin de préménopause. Les bouffées vasomotrices peuvent, lorsqu'elles sont nocturnes, épuiser la patiente et aggraver le ressenti des autres symptômes: c'est l'effet domino, avec pour conséquence la baisse du bien-être (28–31).

- *Les symptômes génito-urinaires*

Dans l'étude « The Massachusetts Women's Health Study », la sécheresse vaginale est rapportée chez 4% des patientes en début de préménopause, avec 42% de dysfonction sexuelle pendant cette période (25). La réduction de l'imprégnation œstrogénique est responsable d'une modification du tractus génitale dont la trophicité était assurée en grande partie par les œstrogènes. Ces modifications peuvent perturber la sexualité de la femme, et être responsable de dyspareunie. La flore de protection vaginale (flore de Döderlein) s'appauvrit, entraînant une plus grande sensibilité aux infections vaginales et urinaires. Cette symptomatologie urinaire toucherait 12 à 17 % des femmes en préménopause d'après l'article de Woods et al publié en 2005 dans The American Journal of Medicine (2). Au total 15% des femmes en préménopause rapportent des symptômes liés à l'atrophie urogénitale (32).

- *Les troubles neuropsychologiques et autres symptômes*

D'autres symptômes sont fréquents mais le caractère attribuable à l'insuffisance ovarienne est parfois difficile à démontrer, comme la sécheresse cutanée, le prurit, les troubles du sommeil et de l'humeur, l'asthénie, les arthralgies, la prise de poids, les céphalées, les vertiges et la constipation (33). La symptomatologie dépressive touche 19% à 29% des femmes préménopausées. Cette dernière est souvent associée aux troubles du sommeil (touchant 31% de ces femmes en préménopause) et à une baisse de la libido. Ces symptômes sont liés au vécu psychologique de la transition ménopausique et peuvent sur un terrain souvent prédisposé entraîner une dépression sévère (2,25,34).

1.2.3 Le syndrome climatérique altère la qualité de vie des femmes bien avant la ménopause

L'étude prospective de Dennerstein, Dudley et Hopper en 2000 concernant 172 femmes âgées de 45 à 55 ans mettait en évidence que 27% d'entre elles souffraient de bouffées de chaleur et 17% de sueurs nocturnes ainsi que de sécheresse vaginale (25). Les femmes présentant une courte période transitionnelle présentaient des symptômes climatériques plus sévères (35). L'intensité de ces symptômes allant crescendo entre le début de la préménopause et l'arrivée de la ménopause, leur prévalence augmentait dans l'article de Woods et al. publié en 2005 dans l'American Journal of Medicine de 40% pour les bouffées vasomotrices, de 10% pour l'humeur dépressive et de 14% pour les troubles du sommeil. « The Normal Menopause Transition » de McKinlay publié en 1996 dans Maturitas montrait que les bouffées vasomotrices en préménopause apparaissaient environ 3 ans avant les premières perturbations des cycles (36). Oldenhave a publié la même année dans Lancet une étude intégrant 5 213 femmes âgées de 39 à 60 ans. Il constatait que 25% des femmes de moins de 43 ans ont des cycles réguliers jusqu'à 47 ans et que 41 % d'entre elles se plaignaient de symptômes vasomoteurs, ce taux s'élevant à 85 % quand les cycles s'allongeaient (37). Les résultats de l'étude SWAN publiée en 2000 mettaient en évidence que 25,2% des femmes de 40 à 43 ans présentaient des symptômes vasomoteurs, 37,0% des troubles du sommeil, 33,1% des pertes de mémoire et 14,8% des fuites urinaires. Ces données confirment que ce n'est pas juste avant l'arrêt des règles que ces symptômes apparaissent (38). Ainsi les troubles du climatère altèrent la qualité de vie de nombre de femmes bien avant la ménopause.

1.2.4 La femme européenne particulièrement touchée par les troubles du climatère

Si l'association entre ménopause et bouffées de chaleur est constante, la proportion de femmes qui s'en plaignent varie d'un pays à l'autre et d'un groupe de femmes à l'autre (26). Les femmes européennes semblent très touchées par les bouffées vasomotrices. L'étude « Age of menopause and impact of climateric symptoms by geographical region » publiée en 2010 dans CLIMATERIC montre que 74% des femmes européennes entre 45 et 60 ans rapportaient des bouffées de chaleur, contre 38% aux USA, 36% au Canada, 50 à 69% en Amérique Latine et 22 à 63% en Asie (35). Dans l'étude « Prevalence of hot flushes and night sweats around the world » publiée en 2007, les femmes européennes rapportaient des bouffées vasomotrices chez 55% à 74% d'entre elles, contre 22 à 63% pour les asiatiques et 45 à 69% pour femmes d'Amérique latine (39). Dans une revue de la littérature publiée par Obermeyer en 2000 dans le NAMS Menopause Journal 27 à 60% des femmes européennes se plaignaient de bouffées vasomotrices contre 6 à 50% chez les femmes asiatiques (40). Les femmes européennes font parties de celles qui ressentent le plus de symptômes climatériques en période de transition ménopausique et se plaignent particulièrement des bouffées vasomotrices. A l'inverse les femmes asiatiques sont les moins gênées par les symptômes vasomoteurs (41,42).

1.3 L'IMPORTANCE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE

1.3.1 Un motif de consultation fréquent en soins premiers

En France l'âge moyen de la ménopause est de 51 ans et peut s'étendre de 40 à 59 ans selon les femmes. Ces dernières représentent, d'après le recensement de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) de 2016, 13,5% de la population (43). Pour l'Observatoire de la Médecine Générale, la prise en charge des bouffées de chaleur en 2009 représentait 0,75% des actes réalisés chez les femmes de 40 à 49 ans, correspondant en s'appuyant sur les données de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) publiées en Juillet 2009, à presque un motif de consultation par semaine (44).

1.3.2 Le médecin généraliste en difficulté face à ce motif de consultation

Bien que les publications internationales et françaises abordent sur tous les aspects de la ménopause, il en existe peu sur la préménopause. Il s'agit pourtant d'une période à la fois intéressante sur le plan physiopathologique, difficile à vivre pour les patientes du fait d'une riche symptomatologie, et complexe en ce qui concerne sa prise en charge thérapeutique. L'absence de consensus laisse le médecin généraliste dans le doute face à la prise en charge d'une patiente en préménopause consultant pour des symptômes climatériques.

1.3.3 La nécessité d'une approche globale

Il existe une grande variabilité interindividuelle en ce qui concerne l'importance relative du syndrome climatérique (38). L'origine ethnique mais aussi le tabac, l'indice de masse corporelle, la vie conjugale et socioprofessionnelle, les représentations personnelles sur la ménopause, ainsi que les affections chroniques peuvent expliquer cette variabilité (25,44). L'étude des altérations du bien être nécessite que ces facteurs d'influence soient identifiés. Pour cela une méthodologie clinique basée sur le concept de qualité de vie est essentielle afin d'aborder objectivement la gêne ressentie par la patiente. Des questionnaires d'évaluation de qualité de vie spécifiques permettent d'évaluer l'intensité du syndrome climatérique. Les plus utilisés sont le score de Kupperman, le Menopause Rating Scale, le Green Climatéric Scale et QUALIFEMME (28,45). Certains scores s'intéressent aux champs socioprofessionnels et conjugaux permettant une prise en charge plus globale de la patiente.

1.4 UNE DEMARCHE DIAGNOSTIQUE BASEE SUR LA CLINIQUE

Le diagnostic du syndrome climatérique reste clinique, aucun dosage hormonal n'est justifié. L'existence d'une aménorrhée ou de trouble des cycles depuis 3 à 11 mois prédit la ménopause dans les 4 ans en moyenne. La présence de glaire cervicale lors de l'examen permet, chez les femmes en aménorrhée et souffrant de signes climatériques, d'affirmer la persistance de l'activité ovarienne, de même si elles rapportent des mastodynies (3). Les dosages hormonaux ne sont d'aucune aide pour le diagnostic de préménopause ou de syndrome climatérique. Les taux sont en effet trop fluctuants, et ce bien avant la ménopause, pour que ces dosages soient contributifs (46). La société savante d'étude de la ménopause préconise également un diagnostic clinique et plus particulièrement par l'interrogatoire face à ces états hormonaux allant de l'hyperestrogénie à l'hypoestrogénie en passant provisoirement par un retour à une fonction ovarienne normale (29).

1.5 LES TRAITEMENTS DISPONIBLES DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE

1.5.1 Les traitements hormonaux des signes d'hypoestrogénie :

- *Les bouffées vasomotrices*

Le traitement étiologique des manifestations d'hypoestrogénie est la substitution par l'estradiol. Un traitement quotidien n'est cependant pas envisageable, car l'ovaire, bien que déficient, continue à en produire de façon imprévisible.

Le traitement par freinage-substitution est indiqué en période de préménopause où peuvent alterner les signes d'hyper et hypoestrogénie. Il consiste à administrer pendant 20 à 21 jours sur 28 un progestatif antigonadotrope neutre sur le plan métabolique. Celui-ci permet de freiner le fonctionnement ovarien et d'éviter les poussées d'hyperestrogénie. On y associe alors une substitution œstrogénique pour pallier les manifestations d'hypoestrogénie. L'oestradiolémie baissant vers le 10^e jour d'administration du progestatif et réaugmentant lors de la fenêtre d'arrêt, l'administration des estrogènes est donc licite en seconde partie du traitement progestatif, pendant une dizaine de jours (47). Au fur et à mesure que l'on se rapproche

de la ménopause, la reprise de la fonction ovarienne se fait de plus en plus difficilement, et les signes d'hypoestrogénie peuvent apparaître pendant la phase d'arrêt et la première partie du traitement progestatif. Il faudra donc augmenter la durée d'administration des œstrogènes. Il est fréquent qu'avec le temps, œstrogènes et progestatifs soient prescrits simultanément sur la même durée (20-21 jours sur 28). En pratique, on prescrit le 17- β -œstradiol par voie per cutané de préférence, en l'absence de contre-indications. Bien que peu d'études soient disponibles, ce traitement semble très satisfaisant sur le contrôle du cycle, des symptômes d'hyperestrogénie et des bouffées de chaleur. Par ailleurs, la tolérance métabolique reste bonne (48).

- *Le syndrome génito-urinaire*

L'œstrogénothérapie améliore la maturation cellulaire, favorise la recolonisation vaginale par les lactobacilles, accroît la vascularisation, baisse le PH vaginal, et améliore l'élasticité et l'épaisseur vaginale. Elle améliore donc la relation sexuelle et limite les dyspareunies (32). Le traitement œstrogénique vaginal semble tout à fait aussi efficace qu'un traitement systémique (49). Une méta-analyse publiée en 2006 montre que les œstrogènes diminuent constamment la symptomatologie vulvo-vaginale (50). Un effet systémique des œstrogènes par voie vaginale ne semble pas à craindre, cependant il reste déconseillé chez les patientes aux antécédents de cancers hormono-dépendants. Le faible passage systémique ne suffit pas à améliorer la symptomatologie vasomotrice (28).

1.5.2 Les traitements non hormonaux des troubles climatériques de la préménopause

- *Règles d'hygiène de vie*

Des études récentes mettent en évidence l'intérêt de l'activité physique dans l'amélioration de la qualité de vie, ainsi que dans la baisse des bouffées vaso-motrices et des troubles neuropsychiques. Elles attirent l'attention sur les mécanismes affectifs et cognitifs sous tendus par les mécanismes neuroendocriniens, les effets de l'exercice et l'activité physiques sur la composition corporelle, la thermorégulation et l'humeur (51). La North American Menopause Society recommande les mesures suivantes pour diminuer la fréquence ainsi que la sévérité des bouffées de chaleur :

- Entretenir des lieux de vie frais et aérés
- Porter des vêtements légers
- Une perte de poids
- Le sevrage tabagique
- Limiter la consommation de café, de boissons chaudes et d'aliments épicés

Ces recommandations parfois difficiles à mener de front par les patientes sont sans doute la partie de la prise en charge la plus complexe à mettre en œuvre sur le long terme, pour la patiente, et pour le praticien (4,54).

- *Compléments alimentaires et phytothérapie*

- Il existe contre les bouffées de chaleur, le Séréllys, un complément alimentaire d'origine naturelle associant de la vitamine E et des extraits purifiés de pollens, qui n'a pas d'action hormonal ni phytoestrogénique (8,55).

- Les phyto-œstrogènes sont des micro-constituants végétaux (isoflavones ou lignans) contenus dans des plantes (soja, trèfle, lin, houblon, actée à grappe) et ayant des

effets biologiques similaires aux estrogènes. Il a été émise l'hypothèse que la moindre fréquence des bouffées de chaleur chez les femmes asiatiques pourrait être expliquée en partie par la consommation importante de soja. Différentes études ne permettent pas d'établir pour l'ensemble des femmes ménopausées, un effet des phytoestrogènes sur les bouffées de chaleur. De plus, l'AFSSAPS (L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) a publié un rapport le 9 mars 2005 expliquant qu'aucune action des phytoestrogènes n'était démontrée et qu'ils respectaient, par principe de précaution, les mêmes contre-indications que les estrogènes (10,52).

- *L'homéopathie*

Certaines données d'études observationnelles et d'essais randomisés sont encourageantes mais des recherches supplémentaires sont nécessaires (57).

L'homéopathie est considérée comme non toxique et dépourvue d'effets secondaires mais son efficacité n'est actuellement pas prouvée (9).

- *La bêta-alanine (abufène®)*

La bêta-alanine est un acide aminé qui est fréquemment proposé pour le traitement des bouffées de chaleur. Il agirait sur les phénomènes de vasodilatation périphérique en s'opposant à la décharge brutale d'histamine. Cependant les études ne permettent pas de conclure à un effet supérieur à un placebo et il a été déremboursé en avril 2011 compte tenu d'un service médical rendu insuffisant (52,57)

- *La clonidine (catapressan®)*

Elle a une autorisation de mise sur le marché dans le cadre de l'HTA, mais est peu utilisée dans cette indication. Elle est efficace dans le traitement des bouffées de chaleur, efficacité démontrée par plusieurs études randomisées, notamment chez les patientes présentant des symptômes climatériques induits par le tamoxifène, traitement adjuvant du cancer du sein. Cependant ses effets secondaires tels que la sécheresse buccale, les vertiges, nausées et agitations nocturnes expliquent le fait que ce médicament soit très peu utilisé (51).

- *Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRNA)*

Plutôt que d'autres molécules non hormonales qui ont montré une efficacité limitée sur les bouffées vasomotrices (b-alanine, clonidine) les ISRS et ISRNA présenteraient un apport nouveau et intéressant. L'escitalopram (seroplex®) et la valénafaxine (effexor®) montraient, selon des études concernant des femmes en périménopause, une efficacité sur la symptomatologie dépressive et vasomotrice (18,59,60). La paroxétine ainsi que la fluoxétine ont montré une efficacité dans le traitement des bouffées de chaleur notamment chez des femmes suivies pour un cancer du sein (28,61).

- *Médecines non conventionnelles à visée thérapeutiques*

Les techniques telles que l'acupuncture, les massages ayurvédiques ou l'hypnose soulagent certaines patientes, mais leur évaluation est à ses débuts et leur efficacité n'est pas clairement démontrée (63–65). De même l'activité sportive, le yoga et autres techniques de relaxation diminueraient les bouffées vasomotrices (8,10,66).

1.6 OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.6.1 Objectif principal

L'objectif de notre travail était de décrire les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes face à une femme âgée de 45 ans ou plus, encore réglée (régulièrement ou non) et consultant pour des troubles du climatère.

1.6.2 Objectifs secondaires

L'objectif secondaire était de déterminer les freins et quantifier les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans leur prise en charge du syndrome climatérique de la préménopause.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 DESIGN

Étude observationnelle transversale descriptive de pratiques concernant les médecins généralistes du Var entre Mai et Décembre 2017

2.2 POPULATION ET ECHANTILLONAGE

- *Population cible*

La population cible de notre enquête était les docteurs en médecine générale français ayant un exercice de soins premiers.

- *Population source*

Les participants étaient les médecins généralistes exerçant dans le Var, randomisés à partir d'une liste exhaustive réalisée à l'aide des pages jaunes et du site Amélie de l'Assurance maladie. Cette liste comportait 1025 médecins généralistes exerçant dans le Var. Parmi eux 250 médecins généralistes ont été randomisés.

- *Échantillon*

Les médecins généralistes étaient inclus dans l'étude s'ils avaient accepté d'y participer et s'ils étaient docteur en médecine générale avec un exercice ambulatoire de soins premiers dans le Var. Les médecins généralistes non inclus dans l'étude étaient les médecins à expertise particulière, s'ils n'exerçaient pas au moins partiellement en ambulatoire, s'ils n'exerçaient plus dans la région du VAR ou s'ils étaient retraités. Les participants étaient exclus s'ils n'avaient pas répondu ou si les questionnaires étaient incomplets.

2.3 RECUEIL DES DONNEES

Le recueil de données a eu lieu entre le 18 Mai 2017 et le 31 Décembre 2017. Celui-ci a été effectué à l'aide d'un questionnaire adressé par courrier ou par mail via le logiciel en ligne Google forms, préalablement testé auprès d'une gynécologue et six médecins généralistes n'exerçant pas dans le Var. Le questionnaire comportait deux parties. Une première partie permettait la description de la population : âge, secteur d'exercice, possession d'une formation complémentaire en gynécologie ou non. La deuxième partie correspondait au recueil de données sur les critères de jugements principaux et secondaires. Elle comprenait des questions binaires ou à choix multiples.

Un premier contact téléphonique de l'ensemble des MG tirés au sort permettait de recueillir leur accord pour participer à l'étude ainsi que l'adresse mail de ceux qui acceptaient de répondre par internet. Lors de ce contact le respect des critères d'inclusions était également vérifié. Des envois par courrier étaient réalisés lorsque plusieurs médecins travaillaient dans un même cabinet et qu'il n'était pas possible d'obtenir un mail distinct pour chaque médecin généraliste randomisé, ou bien si ce dernier préférait répondre par courrier ou ne répondait pas après 5 tentatives de contact téléphonique.

Le recueil de donnée était réalisé par groupe de 50 médecins généralistes. Après un premier contact téléphonique, un premier mail contenant le questionnaire était envoyé dans la semaine, suivis de 2 relances par mail espacées d'une semaine. Un second contact téléphonique était alors réalisé pour relancer les médecins randomisés, suivi de 3 relances mails, à nouveau espacées d'une semaine.

2.4 ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données est réalisée à l'aide du logiciel Excel et l'analyse statistique grâce au logiciel Spss v20. Les effectifs et pourcentage ont été utilisés pour décrire les variables catégorielles. La comparaison de proportions a été réalisée à l'aide du test du Khi-2 d'indépendance au seuil de significativité de 5%. En cas d'effectifs inférieurs à l'effectif théorique minimal, un test de Fischer a été utilisé. Des régressions logistiques univariées ont été utilisées afin d'identifier les facteurs liés à la prescription de bilan hormonaux et de THM en 1^{ère} intention.

2.5 ASPECTS REGLEMENTAIRES

Le recueil des données en ligne était anonyme, de même que les réponses par courrier. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 Janvier 1978 (modifiée en 2004), les participants avaient à tout moment un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant. Ils avaient la possibilité de se rétracter.

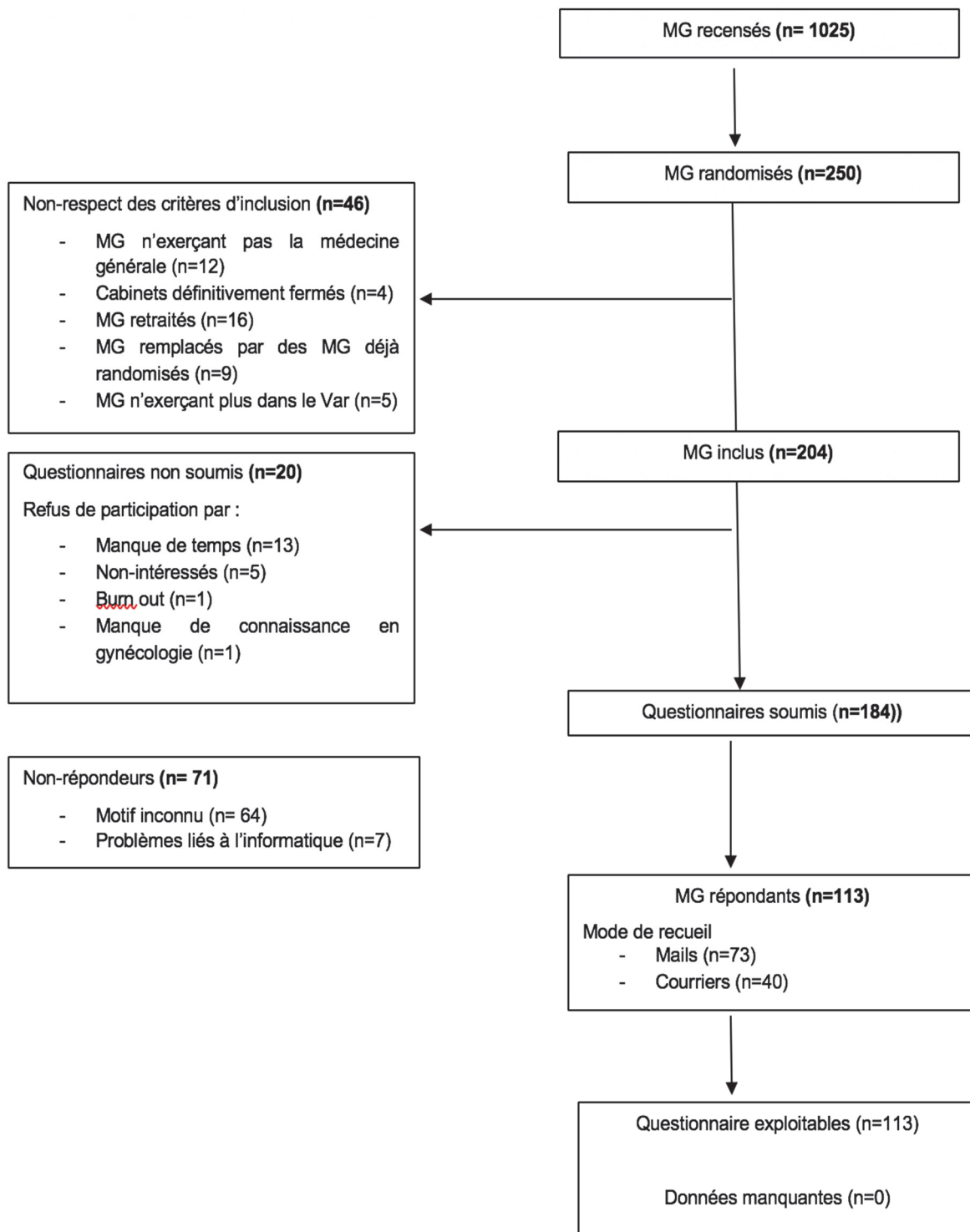
Cette étude explorait les pratiques des médecins généralistes à partir de questionnaire sans implication de patients et sans intervention. Elle ne nécessitait pas d'autorisation du comité de protection des personnes puisqu'il ne s'agissait pas d'une recherche sur la personne humaine au sens de la loi Jardé.

3 RESULTATS

3.1 FLOW CHART

Parmi les 250 médecins généralistes tirés au sort, 204 respectaient les critères d'inclusion. Les questionnaires ont été soumis à 184 médecins généralistes ayant acceptés de répondre. Au total 113 questionnaires ont été retournés. La totalité des questionnaires était exploitable. Le taux de réponse était de 55,4 % (figure1).

Figure 1 : Flow Chart



3.2 CARACTERISTIQUES GENERALES DES REpondANTS

Au total 113 médecins généralistes ont participé à l'étude dont 62,0% étaient âgés de plus de 50 ans et 55,8% étaient des hommes. Leur exercice était essentiellement urbain ou semi-urbain et 15,9 % exerçaient leur activité dans les communes de moins de 5 000 habitants. Ils étaient 31,9 % à avoir bénéficié d'une formation complémentaire en gynécologie. Parmi les médecins formés, 41,2 % avaient suivis une formation médicale continue et 38,9 % étaient titulaire d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire en gynécologie.

Tableau 1 : Caractéristiques générale des médecins interrogés

Caractéristiques de l'échantillon (n=113)	Effectifs	Pourcentages (%)
Age (années)		
≤ 30	3	2,70%
30 - 39	21	18,60%
40 - 49	19	16,80%
50 - 59	41	36,30%
≥ 60	29	25,70%
Secteur d'exercice		
< 5000 Habitants	18	15,90%
5 000 - 10 000 Habitants	43	38,10%
> 10 000 Habitants	52	46,00%
Sexe		
Homme	63	55,80%
Femme	50	44,20%
Formation complémentaire en Gynécologie		
Oui	36	31,90%
Non	77	68,10%
Type de formation complémentaire en Gynécologie		
FMC	15	13,20%
DU/DIU	14	12,40%
Autres	9	8,00%
Congrès	4	3,50%
Aucune formation complémentaire	77	68,10%

3.3 L'APPROCHE DES TROUBLES DU CLIMATERE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

3.3.1 La représentation du syndrome climatérique par les médecins généralistes

Nous avons regroupé les médecins interrogés selon leur représentation du syndrome climatérique. Ceux qui pensaient que celui-ci était une chose normale à laquelle on pouvait remédier étaient appelés « modérateurs » (60,2%), ceux qui pensaient qu'il correspondait à un dérèglement hormonal devant être traité étaient les « activistes » (28,3%). Les moins nombreux, les « fatalistes », pensaient qu'il était un bouleversement hormonal qu'il fallait accepter (11,5%). Sept médecins généralistes utilisaient des échelles de mesure pour évaluer la sévérité du syndrome climatérique.

3.3.2 Les difficultés ressenties face à la prise en charge du syndrome climatérique

Plus de la moitié des médecins interrogés (53,1%) se sentaient en difficultés pour prendre en charge les troubles climatériques de la préménopause. Parmi les médecins généralistes ressentant des difficultés, les hommes étaient majoritaires (61,7% vs 38,3%, $p = 0,178$). Cette tendance s'inversait pour les médecins généralistes les moins en difficultés (49,1% vs 50,9%, $p = 0,178$). Les médecins généralistes les moins en difficultés avaient suivi une formation complémentaire en gynécologie pour 37,7% d'entre eux, alors que les médecins généralistes en difficultés n'avaient suivi cette formation que dans 28,3% des cas ($p = 0,288$). Des différences significatives n'étaient pas mises en évidence pour l'âge, le sexe, le secteur d'exercice et la formation complémentaire en gynécologie en analyse univariée.

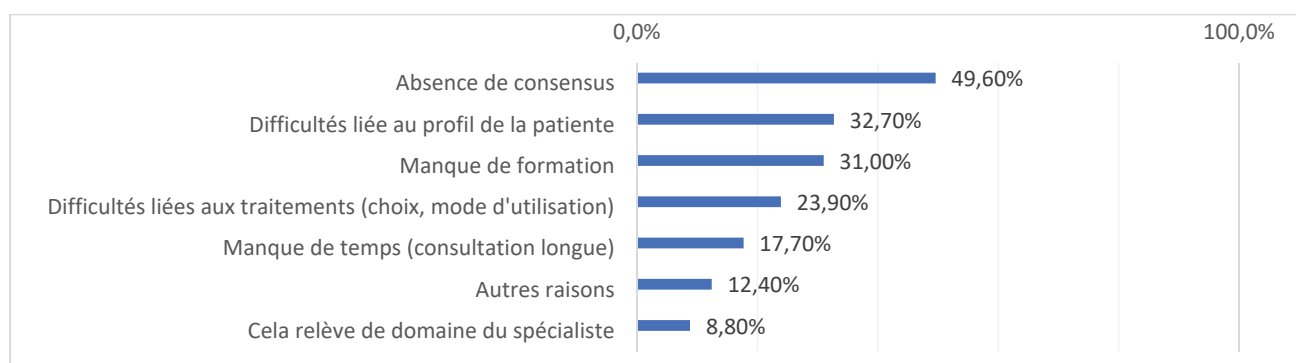
Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés ressentant des difficultés à la prise en charge du syndrome climatérique de la préménopause.

Caractéristiques de l'échantillon	Échantillon global des médecins généralistes N = 113	Difficultés ressenties à la prise en charge du syndrome climatérique n = 60	Pas de difficultés ressenties à la prise en charge du syndrome climatérique n = 53	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Age (années)				
< 30	3 (2.7)	1 (1,7)	2 (3,8)	
30 - 39	21 (18.6)	15 (25,0)	6 (11,3)	
40 - 49	19 (16.8)	7 (11,7)	12 (26,4)	
50 - 59	41 (36.3)	20 (33,3)	21 (39,6)	
> 60	29 (25.7)	17 (28,3)	12 (22,6)	<i>p = 0.186</i>
Sexe				
femme	50 (44.2)	23 (38,3)	27 (50,9)	
homme	63 (55.8)	37 (61,7)	26 (49,1)	<i>p = 0.178</i>
Secteur d'exercice (habitants)				
< 5000 / RURAL	18 (15.9)	9 (15,0)	9 (17,0)	
5 000 - 10 000 / SEMI RURAL	43 (38.1)	25 (41,7)	18 (34,0)	
> 10 000 / URBAIN	52 (46.0)	26 (43,3)	26 (49,0)	<i>p = 0.702</i>
Formations complémentaires en gynécologie				
oui	37 (32.7)	17 (28,3)	20 (37,7)	
non	76 (67.3)	43 (71,7)	33 (62,3)	<i>p = 0.288</i>

3.3.3 Les freins à la prise en charge des troubles climatériques

Les principaux freins à la prise en charge des troubles climatériques de la préménopause étaient l'absence de consensus (49,6%), les difficultés liées au profil de la patiente (32,7%), le manque de formation (30,1%), les difficultés liées aux traitements (choix, mode d'utilisation) (23,0%) et le temps (17,7%). La prise en charge du syndrome climatérique ne faisait pas partie du rôle du médecin généraliste pour 8,8% d'entre eux.

Figure 2 : Les freins évoqués par les médecins répondants à la prise en charge du syndrome climatérique de la préménopause

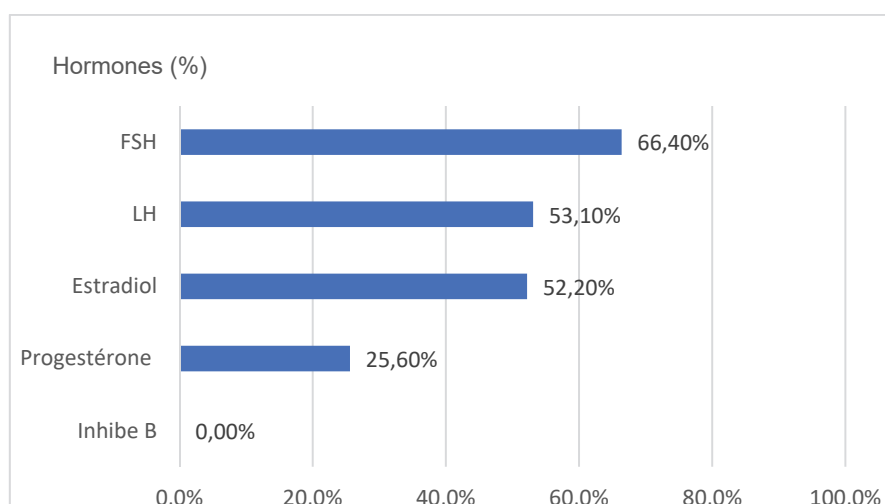


3.4 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

3.4.1 Les dosages hormonaux

Parmi les médecins répondants, 67,2% déclaraient prescrire un dosage hormonal à une femme de plus de 45 ans présentant des symptômes évocateurs de troubles du climatère. Ils y avaient recours systématiquement dans 38,9% des cas, et 28,3% parfois. Les prescriptions les plus courantes comprenaient la FSH, la LH et l'estradiol et correspondaient à 21,2% des bilans hormonaux. Le dosage de la FSH avec la LH, l'estradiol et la progestérone représentait quant à lui 20,4% des prescriptions. La FSH couplé au dosage de l'estradiol n'était demandé que dans 7,1% des prescriptions d'hormonologie. La LH étaient plus souvent dosée que l'estradiol (53,1% vs 52,2% des cas).

Figure 3 : Fréquence des hormones dosées par les médecins répondants



3.4.2 Le test au Progestatif

Les médecins généralistes interrogés avaient recours pour 32,0% au test au progestatif : parmi ceux-ci 67,0% prescrivent également des dosages hormonaux.

3.4.3 Les déterminants du recours aux examens complémentaires

Parmi les prescripteurs de bilan hormonal, les médecins généralistes de 50 ans et plus représentaient à eux seuls 69,5% des prescriptions. Les médecins de moins de 50 ans représentaient 51,3% des non prescripteurs. Les hommes semblaient prescrire plus de bilans hormonaux que les femmes (60,5% vs 39,5%, $p = 0,143$) alors que les femmes représentaient 54,0% des non prescripteurs. Les médecins prescrivant des bilans hormonaux étaient significativement moins formés en gynécologies (76,3% vs 23,7%, $p = 0,003$). A l'inverse, ceux ne prescrivant pas de bilans hormonaux avaient majoritairement suivi cette formation complémentaire (51,4%). Parmi les prescripteurs de bilans hormonaux, 61,8% rencontraient des difficultés à prendre en charge ces troubles du climatère ($p = 0,009$). A l'inverse, les médecins les moins en difficultés représentaient significativement la majorité des non prescripteurs de bilans hormonaux (64,9%).

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins généralistes prescrivant un bilan hormonal

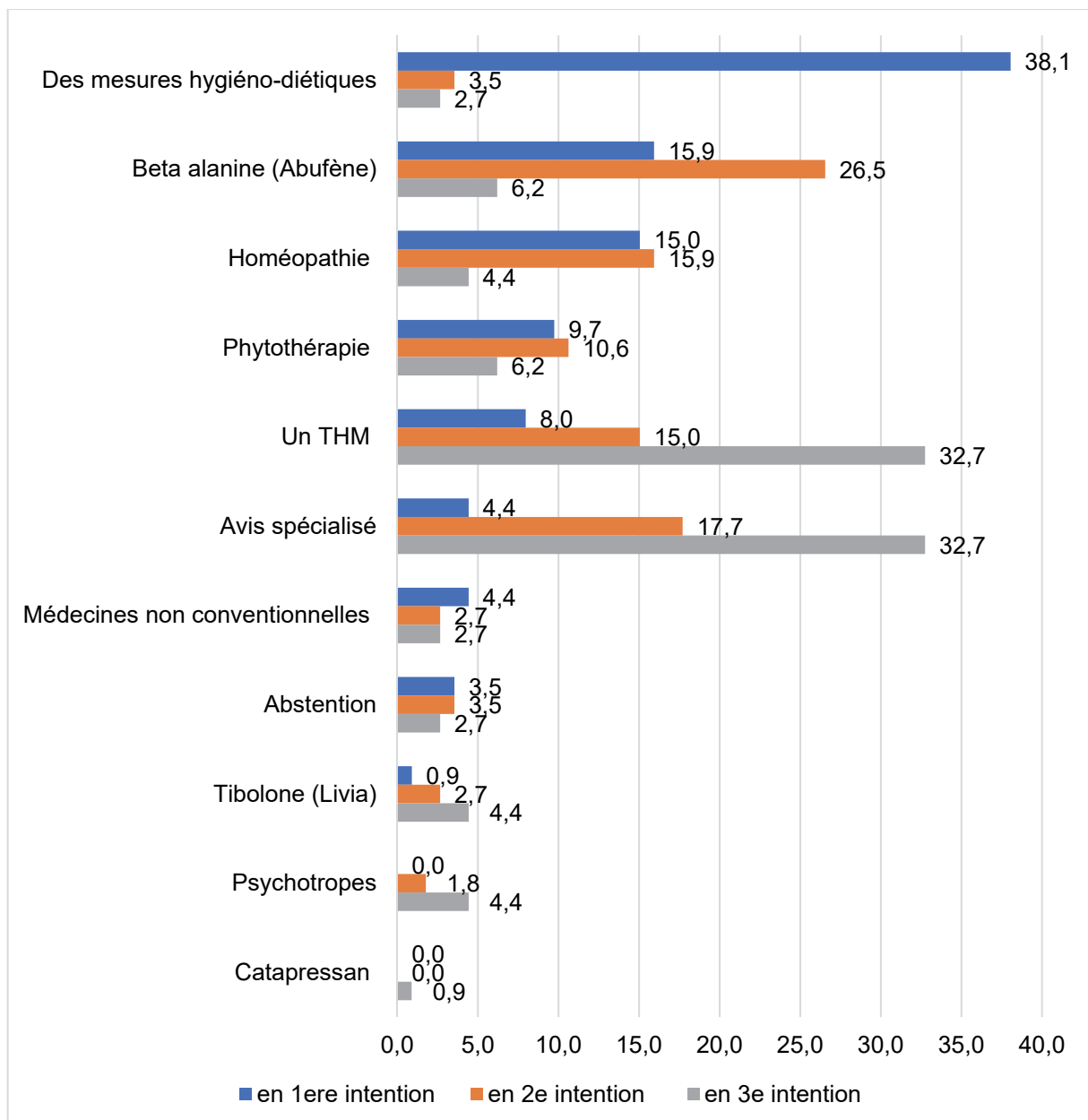
Caractéristiques de l'échantillon	Échantillon global MG N = 113	Prescription d'un bilan hormonal par les MGn = 76	Pas de prescription de bilan hormonal par les MG n = 37	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Age (années)				
< 30	3 (2.7)	2 (2,6)	1 (2,7)	p = 0.254
30 - 39	21 (18.6)	12 (15,8)	9 (24,3)	
40 - 49	19 (16.8)	10 (13,2)	9 (24,3)	
50 - 59	41 (36.3)	29 (39,2)	12 (32,4)	
> 60	29 (25.7)	23 (30,3)	6 (16,2)	
Sexe				
femme	50 (44.2)	30 (39,5)	20 (54.0)	p = 0.143
homme	63 (55.8)	46 (60,5)	17 (45,9)	
Secteur d'exercice				
RURAL	18 (15.9)	9 (11,8)	9 (24,3)	p = 0.198
SEMI RURAL	43 (38.1)	29 (38,2)	14 (37,8)	
URBAIN	52 (46.0)	38 (50,0)	14 (37,8)	
Formations complémentaires en gynécologies				
oui	37 (32.7)	18 (23,7)	19 (51.4)	p = 0.003
non	76 (67.3)	58 (76.3)	18 (48,6)	
Difficultés ressenties				
aucune	6 (5.3)			p = 0.009
minimes	15 (13.3)	29 (38,2)	24 (64,9)	
quelques	32 (28.3)			
modérées	38 (33.6)			
importantes	17 (15.0)	47 (61,8)	13 (35,1)	
très importantes	5 (4.4)			
Profil				
Modérateur	68 (60.2)	44 (57,9)	24 (64,9)	p = 0.531
Activiste	32 (28.3)	24 (31,6)	8 (21,6)	
Fataliste	13 (11.5)	8 (10.5)	5 (13,5)	

3.5 LA PRISE EN CHARGES DES TROUBLES CLIMATERIQUES DE LA PREMENOPAUSE

3.5.1 Les bouffées vasomotrices

On constate que les médecins généralistes prescrivait un THM en première intention dans 8,0% des cas, ce résultat doublant respectivement en deuxième et troisième intention. En première intention les médecins généralistes recommandaient les règles hygiéno-diététiques (38,1%). L'abufène et l'homéopathie étaient les deux autres traitements les plus prescrits. En seconde intention l'abufène était le plus fréquemment prescrit (26,5%). En troisième intention les deux tiers des généralistes (65,4%) avaient recours soit au spécialiste soit au THM de manière égale.

Figure 4 : Les thérapeutiques prescrites par les MG pour traiter les bouffées vasomotrices de la préménopause (%)



3.5.2 Les troubles génito-urinaires

Les traitements locaux vaginaux étaient les plus largement prescrits en première intention (77,9%). Parmi eux, ceux à base d'estrogène étaient les plus représentés, soit 71,7% des traitements locaux dont 33,6% en gels.

Tableau 4: caractéristiques des traitements locaux prescrits

Traitements locaux (N = 113)	Plutôt gels (n=51)	Plutôt ovules (n=40)	Autant gels qu'ovules (n=22)
<u>Hormones</u> (n = 81)	38 (33,6%)	31 (27,5%)	12 (10,6%)
<u>Sans hormones</u> : lubrifiants/flore vaginal (n= 22)	11 (9,7%)	7 (6,2%)	4 (3,5%)
<u>Autant avec hormones que sans hormones</u> (n= 10)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	6 (5,3%)

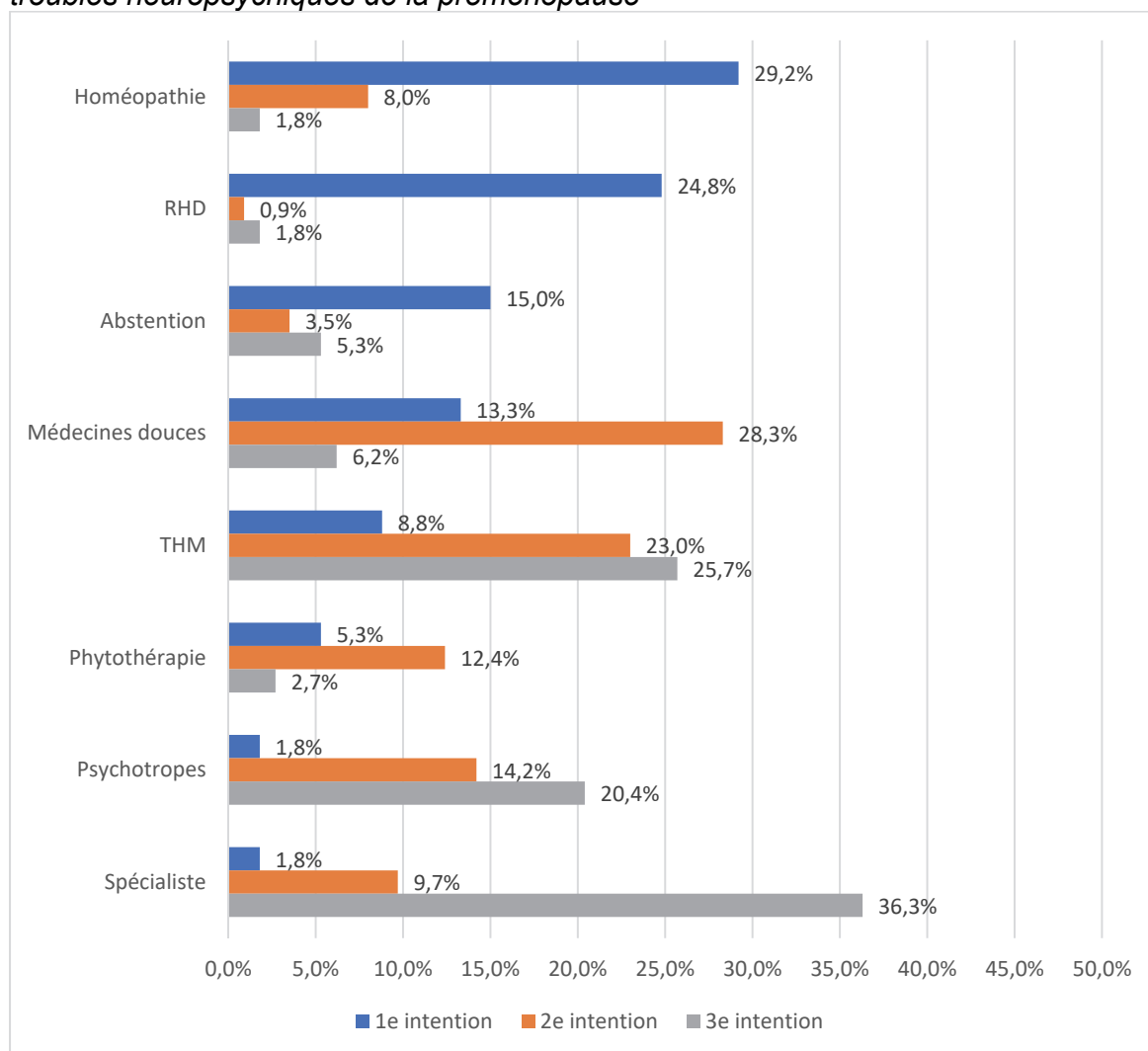
Les règles hygiéno-diététiques étaient prescrites dans 7% des cas, de même que le THM pour traiter les symptômes génito-urinaires de la préménopause.

3.5.3 Les symptômes neuropsychiques

Les médecins généralistes se tournaient d'abord vers l'homéopathie et les règles hygiéno-diététiques pour traiter les troubles neuropsychiques (29,2% et 24,8%). Le THM restait prescrit dans 8,8% des cas en première intention.

En deuxième intention ils préféraient les médecines non conventionnelles (yoga, acupuncture, sophrologie) pour 28,3% d'entre eux et 23,0% avaient recours aux THM. En troisième ligne ils faisaient appel pour plus d'un tiers d'entre eux au spécialiste.

Figure 5 : Les thérapeutiques prescrites par les médecins répondants pour traiter les troubles neuropsychiques de la préménopause



3.6 CARACTERISTIQUES DES PRESCRIPTEURS DE THM EN PREMIERE INTENTION

Seuls les médecins généralistes de plus de 40 ans prescrivait significativement un THM en 1^{ère} intention ($p = 0,009$). Les prescripteurs de THM en 1^{ère} intention étaient significativement et presque exclusivement des hommes (94,5%), alors que les femmes étaient majoritaires parmi les non prescripteurs de THM en 1^{ère} intention (51,6%, $p = 0,001$). De plus, les prescripteurs de THM en 1^{ère} intention semblaient moins formés en gynécologie (88,9%), alors que parmi les médecins non prescripteurs, seulement 63,2% n'avaient pas suivi une formation en gynécologies ($p = 0,052$). Les médecins prescrivant des THM en 1^{ère} intention se sentaient plus souvent en difficulté (83,3% vs 16,7%, $p = 0,009$) alors que ceux n'en prescrivant pas était en difficultés dans seulement 47,4% des cas. Les médecins généralistes prescrivant des THM en 1^{ère} intention, réalisaient des dosages hormonaux pour 88,9% d'entre eux, alors que les non prescripteurs de THM en 1^{ère} intention en réalisaient moins fréquemment (63,2% vs 36,8%, $p = 0,052$). Il semblerait aussi que les prescripteurs utilisaient plus souvent des échelles de qualités de vie que les non prescripteurs (16,7% vs 4,2%, $p = 0,079$).

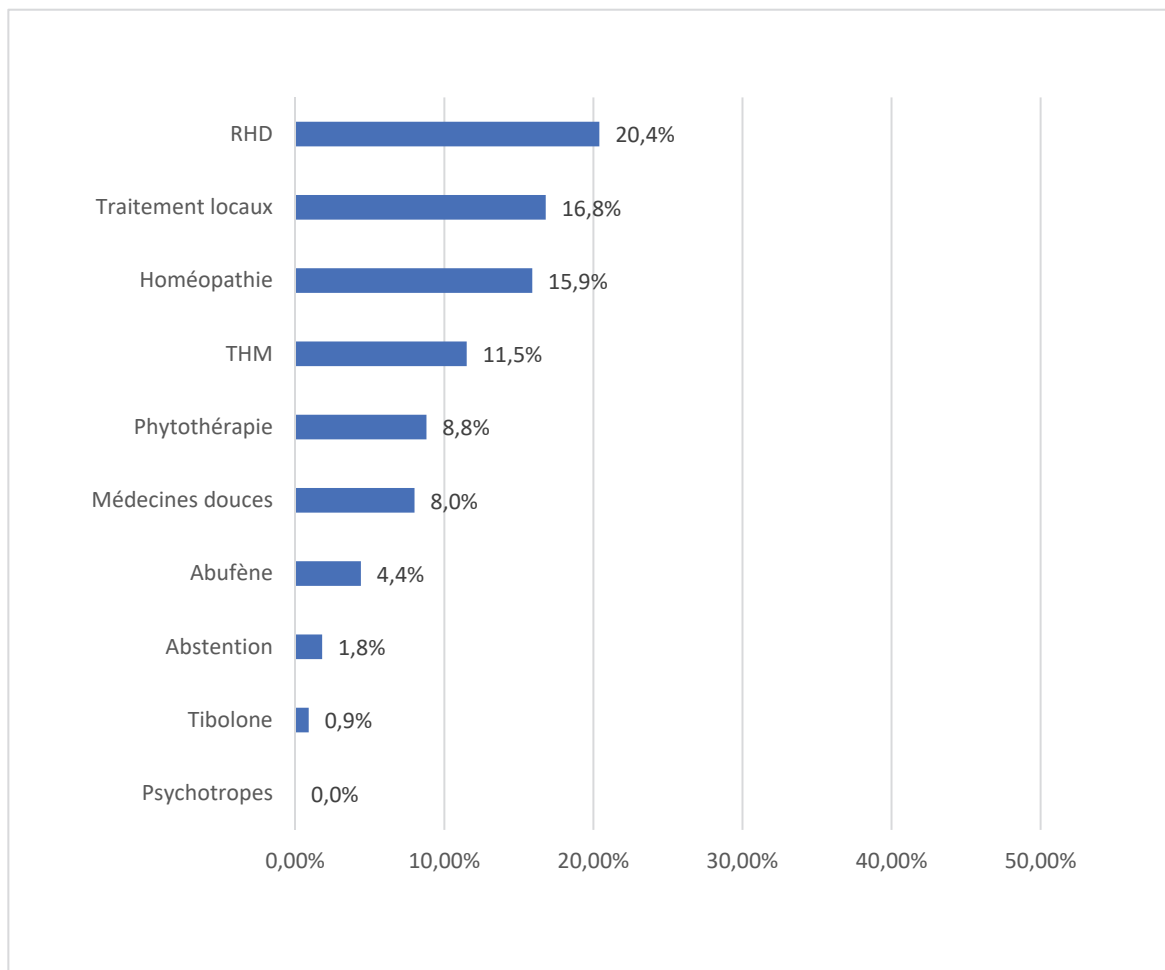
Tableau 5 : Caractéristiques des répondants prescrivant des THM en 1^{ère} intention

Caractéristiques de l'échantillon	Échantillon global des médecins généralistes N = 113	MG prescrivant des THM en 1 ^{ère} intention n = 18	MG ne prescrivant pas des THM en 1 ^{ère} intention n = 95	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Age (années)				
< 30	3 (2.7)	0 (0.0)	3 (2.7)	
30 - 39	21 (18.6)	0 (0.0)	21 (18.6)	
40 - 49	19 (16.8)	1 (0.9)	18 (15.9)	
50 - 59	41 (36.3)	7 (6.2)	34 (30.1)	
> 60	29 (25.7)	10 (8.8)	19 (16.9)	p = 0.009
Sexe				
femme	50 (44.2)	1 (0,9)	49 (43,4)	
homme	63 (55.8)	17 (15,0)	46 (40,7)	p = 0,001
Secteur d'exercice (habitants)				
< 5000 / RURAL	18 (15.9)	2 (11.1)	16 (16,8)	
5 000 - 10 000 / SEMI RURAL	43 (38.1)	11 (61,1)	32 (33,7)	
> 10 000 / URBAIN	52 (46.0)	5 (27,8)	47 (49,5)	p = 0.118
Formations complémentaires en gynécologies				
oui	37 (32.7)	2 (11,1)	35 (36,8)	
non	76 (67.3)	16 (88,9)	60 (63,2)	p = 0.052
Difficultés ressenties				
aucune	6 (5.3)			
minimes	15 (13.3)	3 (16,7)	50 (52,6)	
quelques	32 (28.3)			
modérées	38 (33.6)			
importantes	17 (15.0)	15 (83,3)	45 (47,4)	
très importantes	5 (4.4)			p = 0.009
Dosages hormonaux				
oui	76 (67.3)	16 (88,9)	60 (63,2)	
non	37 (32.7)	2 (11,1)	35 (36,8)	p = 0.052
Profil				
Modérateur	68 (60.2)	11 (61,1)	57 (60,0)	
Activiste	32 (28.3)	4 (22,2)	28 (29,5)	
Fataliste	13 (11.5)	3 (16,7)	10 (10,5)	p = 0.677
Utilisation échelles de qualité de vie				
oui	7 (6.2)	3 (16,7)	4 (4,2)	
non	106 (93.8)	15 (83,3)	91 (95,8)	p = 0.079

3.7 CE QUE PRENDRAIT UNE FEMME MEDECIN PREMENOPAUSEE SOUFFRANT DE SYMPTOMES CLIMATERIQUES

Les femmes médecins se tournaient d'abord vers les RHD (20,4%), les traitements locaux (16,8%) et l'homéopathie (15,9%) pour traiter les troubles du climatère. Parmi elles, 11,5% envisageaient de débuter un THM avant la ménopause confirmée pour atténuer leur syndrome climatérique. L'abufène était moins souvent envisagé que la phytothérapie et les médecines douces (psychothérapie, sophrologie, acuponcture, hypnose, yoga).

Figure 6 : Auto-prescription des femmes médecins souffrant de troubles climatériques



4 DISCUSSION

4.1 RESULTATS PRINCIPAUX

Parmi les 113 médecins généralistes inclus dans notre étude, 15,9 % prescrivaient un THM en première intention pour traiter le syndrome climatérique de la préménopause, tous symptômes climatériques confondus. Plus de la moitié des prescriptions de THM en 1^{ère} intention étaient réalisées par les médecins généralistes de plus de 60 ans. Les hommes prescrivaient en 1^{ère} intention significativement plus de THM. Les médecins généralistes qui avaient suivi une formation en gynécologie prescrivaient peu de THM en 1^{ère} intention. Par contre, ceux rencontrant des difficultés face à la prise en charge du syndrome climatérique de la préménopause prescrivaient plus souvent un THM en 1^{ère} intention. Peu de médecins généralistes utilisaient des échelles de qualités de vie. Les deux tiers des médecins interrogés avaient recours aux dosages hormonaux. Les médecins généralistes qui les prescrivaient étaient significativement moins formés en gynécologie et ressentaient plus de difficultés pour la prise en charge du syndrome climatérique de la préménopause. Concernant le traitement isolé des bouffées vasomotrices et des troubles neuropsychiques, cette étude de pratique montrait que les médecins généralistes se tournaient préférentiellement en première intention vers les règles hygiéno-diététiques ou l'homéopathie. Pour les troubles génito-urinaires, ils privilégiaient les traitements oestrogéniques locaux. Devant un syndrome climatérique invalidant qui persistait les médecins de notre étude recouraient assez fréquemment au THM.

4.2 COMPARAISON DE LA POPULATION D'ETUDE

Notre population d'étude était comparable à la population médicale du VAR sur le sexe mais pas sur l'âge, en utilisant les données démographiques de 2016 de l'INSEE et le rapport du conseil national de l'ordre des médecins (43,67). Notre échantillon comprenait plus de jeunes médecins que dans la population du Var, mais sur le plan national notre échantillon était comparable sur l'âge et le sexe.

4.3 FORCES ET LIMITES

Les différentes phases de validation du questionnaire ont permis de limiter les biais d'information et d'augmenter sa compréhension. L'utilisation d'un logiciel disponible en ligne, Google forms, a permis d'améliorer la qualité de suivi des données. Ce moyen de diffusion nous a permis de collecter des réponses complètes. L'évolution dans l'enquête en ligne ne pouvant se faire que si les personnes remplissaient toutes les questions. Il n'était pas possible de répondre plusieurs fois au questionnaire en ligne avec la même adresse mail, les médecins généralistes pouvaient uniquement modifier leur réponse.

Ainsi aucune donnée n'était manquante et la totalité des questionnaires a pu être analysée. Concernant la méthodologie, des régressions logistiques en univariée ont été réalisées.

Notre étude regroupait deux modes de réponses différentes, par internet ou par courrier. Il n'y avait pas de différence significative sur les 3 variables d'intérêt testées ; la prescription de THM en première intention ($p=0,158$), le recours aux bilans hormonaux ($p=0,410$) et au test progestatif ($p=0,530$). Les 2 modalités de réponses ne semblaient donc pas avoir influencé les répondants quant à leur pratique.

L'échantillon a été constitué uniquement par les médecins généralistes répondants, exposant notre étude au biais de non-réponse. Le taux de participation était de 55,4%. Dans des études similaires sur la même thématique (concernant les médecins généralistes et la ménopause) le taux de réponse était beaucoup plus faible (entre 27% et 35%) (15,16).

Comme dans toute enquête déclarative, il existe un biais de mémorisation et de désirabilité sociale. Ce type d'étude explore les attitudes et opinions des individus qui sont amenées à évoluer au cours du temps. Enfin certaines questions ont pu prêter à confusion : le THM bien que décrit comme traitement oestroprogestatif substitutif de la ménopause a pu être assimilé par certains médecins généralistes aux progestatifs usuellement administrés en préménopause. Quant aux symptômes neuropsychiques, qui ont été abordés en fin de questionnaire, ils ont pu être associés aux bouffées vasomotrices citées en amont. Ceci a pu inciter les médecins généralistes à prescrire préférentiellement un THM plutôt qu'un psychotrope.

4.4 LA PRESCRIPTION DE THM HORS RECOMMANDATIONS

Il est surprenant de constater que 15,9% des médecins répondants prescrivait un THM en première intention. Le Groupe d'Étude de la Ménopause et du Vieillessement hormonal (GEMVi) reconnaît qu'une aide médicamenteuse hormonale est possible en préménopause mais rappelle qu'elle ne correspond pas au THM en tant que tel. Cette supplémentation œstroprogestative doit être réalisée selon un schéma prescrit « sur mesure » et de manière transitoire (68).

L'efficacité de faibles doses d'estrogènes (dès 0,5 mg par jour par voie orale) a été démontrée par Notelovitz et Stevenson dans leurs travaux (69,70). Dans une étude française coordonnée par David Elia, 82% des femmes de l'étude étaient soulagées par des patchs à 25 µg d'estradiol/j (71). L'efficacité de ces faibles doses sur les signes d'hypoestrogénie, avec des risques individuels infimes, ont pu encourager, selon la médecine fondée sur les faits, certains médecins à utiliser un THM en préménopause en dehors de toute recommandation (54). En effet le 17beta-estradiol percutané associé à l'utilisation de progestérone naturelle ou dydrogestérone, sont connus pour éviter un sur-risque carcinologique et thromboembolique (étude ESTER et E3N). Cependant l'efficacité et l'innocuité du THM, même avec des petites doses d'œstrogènes, ne sont pas démontrées en préménopause.

La prévalence du syndrome climatérique étant à son apogée l'année précédant l'arrêt des menstruations, la prescription de THM en troisième intention correspondait probablement à une entrée en ménopause, même si le diagnostic ne sera retenu qu'après 12 mois d'aménorrhées (25,36). Dans cette situation la démarche thérapeutique des médecins généralistes rentrerait dans les recommandations pour la prise en charge de la ménopause.

4.5 LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME CLIMATERIQUE DE LA PREMENOPAUSE INSPIREE DES GUIDES DE BONNES PRATIQUES POUR LA MENOPAUSE

4.5.1 Les bouffées vasomotrices de la préménopause

Les médecins interrogés dans notre étude se tournent en première intention vers les règles hygiéno-diététiques pour traiter les bouffées vasomotrices de la préménopause, en suivant les recommandations pour la ménopause de la North American Menopause Society et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. En deuxième intention ils prescrivent majoritairement (dans 26,5% des cas) de la béta-alanine. Il s'agit d'un traitement à l'efficacité modéré mais généralement bien toléré. Sa sécurité d'emploi est donc probablement la principale raison à cette large prescription. Cependant, face à un service médical rendu jugé insuffisant il a été déremboursé (5). Les femmes médecins semblent également peu convaincues par la béta-alanine : seulement 4,4% d'entre elles en prendraient. Les médecins interrogés prescrivent peu de phytoestrogènes. Ils semblent tenir compte des mises en garde de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) vis à vis de ces traitements (72). Leur efficacité et leur innocuité n'étant pas bien évaluées, ces traitements doivent être envisagés avec précautions contrairement aux compléments alimentaires et traitement homéopatique (5).

4.5.2 Les traitements locaux dans le syndrome génito-urinaire de la préménopause

La prise en charge des symptômes génito-urinaires est largement dominée par les traitements locaux à base d'œstrogène. L'attitude thérapeutique des médecins interrogés semble bien adaptée aux données de la Cochrane library. En effet, plusieurs études montrent que les œstrogènes restent dans la balance bénéfique risque le traitement le plus sûr et efficace du syndrome génito-urinaire (73,74) Le taux d'estradiol plasmatique avec ces traitements locaux reste inférieur à 20 pg/ml, taux identique au taux retrouvé en période de ménopause(49,75). L'étude « Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Are We Facing New and Safe Hopes ? » ne contre indiquait pas l'utilisation de topique locaux œstrogéniques chez les femmes aux antécédents de cancer du sein, devant un échec des traitement hydratants, du fait de son faible passage systémique (76).

4.5.3 La prise en charge des symptômes neuropsychiques de la préménopause

Notre étude montre que les médecins généralistes évitent les psychotropes pour se tourner vers des médecines douces tel que l'homéopathie, les règles hygiéno-diététiques et les médecines parallèles. Leur innocuité facilite probablement leur utilisation bien qu'aucune étude n'ait démontré leur efficacité. Burleson et al. en 2010 soulignent que les troubles neuropsychiques peuvent être responsables d'un effet domino et altérer profondément la qualité de vie personnelle et professionnelle des femmes (77). Berendsen et al. en 2000 montrent l'implication de la sérotonine dans la symptomatologie vasomotrice et neuropsychiques (59). Dans notre étude les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRS et IRSNA) ne font pas partis des traitements proposés par les médecins généralistes.

Or ils seraient, d'après Ladd et Freeman et al. qui ont respectivement démontrés l'efficacité de la venlafaxine (2005) et l'escitalopram (2006), les plus prometteurs des traitements non hormonaux dans la réduction des bouffées vasomotrices et de la symptomatologie dépressive de la préménopause (60,78). Ces traitements amélioreraient également l'indice de qualité de vie (18,79).

Ainsi en l'absence de recommandations les médecins avaient tendance à suivre les recommandations de l'HAS et du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) sur la prise en charge de la ménopause en privilégiant les règles hygiéno-diététiques en première intention et le THM devant la persistance de symptômes climatiques invalidants.

4.6 LE RECOURS EXCESSIF AUX BILANS HORMONAUX

Plus de deux tiers des médecins généralistes prescrivaient des dosages hormonaux, bien que les recommandations pour la pratique clinique soulignent que les dosages hormonaux ne sont d'aucune utilité en période de transition ménopausique (35). La GEMVi préconise un diagnostic clinique, comme l'HAS pour la ménopause, et plus particulièrement par l'interrogatoire (29,46). Les médecins généralistes prescrivaient probablement des dosages hormonaux afin de faire patienter ces femmes souffrant de symptômes climatiques en attendant de les réévaluer.

Notre étude soulignait la forte prescription de FSH et de LH, qui étaient les deux hormones les plus dosées (dans 66,4% et 53,1% des cas). Ce choix était étonnant puisque le dosage de la LH ne rentre dans aucune des indications de dosage hormonaux en rapport avec cette période, qui sont :

- Le diagnostic de ménopause précoce ou évaluation de la fonction ovarienne dans le cas de désir de grossesse devant une aménorrhée sans troubles du climatère chez la femme de moins de 45 ans. Cette situation ne s'appliquait donc pas aux femmes de notre étude.
- La confirmation du statut ménopausique chez la femme ayant subi une hystérectomie sans annexectomie.

Concernant la confirmation du statut ménopausique chez la femme ayant subi une hystérectomie sans annexectomie il était recommandé de doser la FSH couplé à l'œstradiol, hormones dosées ensemble dans seulement 7,1% des prescriptions.

De plus le recours aux dosages hormonaux entraîne un coût certain dans les dépenses de santé : il serait intéressant de mieux former les médecins généralistes afin d'éviter des dosages inutiles et onéreux.

4.7 UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE BASEE SUR DES ECHELLES DE QUALITE DE VIE SPECIFIQUES ASSOCIEE A UNE APPROCHE CENTREE PATIENTE

Notre étude montre que les médecins généralistes utilisent peu en pratique courante les échelles de qualités de vie (5,2%). Elles ont pourtant été élaborées pour évaluer le plus objectivement possible le retentissement des troubles climatiques sur le bien-être physique et social des patientes. Cependant ces questionnaires sont longs et peu pratiques d'utilisation. Il paraît nécessaire de simplifier leur utilisation et de les adapter

à la préménopause tel Le Green Climatéric Scale ou le score de Kuppermann pour la ménopause. Ces échelles pourraient être accessibles en ligne, débouchant sur une ligne de conduite thérapeutique, en fonction des symptômes climatériques et de leur retentissement (28,80). Le choix du traitement et ses modalités d'administration serait pris par la patiente après une information éclairée délivrée par leur médecin sur les risques et effets secondaires du traitement. Ces consultations pourraient être revalorisées, comme c'est le cas pour l'évaluation des troubles dépressifs avec le test de Hamilton.

Ces questionnaires en mesurant la gravité jugée par l'individu de ses symptômes (physiques, mentaux et socioprofessionnels) permettraient une prise en charge globale de la patiente, garante d'une entrée plus sereine dans la ménopause.

4.8 LES DIFFERENTS FACTEURS LIES AUX PRATIQUES : AGE, SEXE ET MECONNAISSANCE

4.8.1 L'âge et le sexe comme facteur liés aux pratiques

Davis et Gribben (1995), en s'appuyant sur des données concernant des médecins néozélandais, montrent que les médecins de plus de 40 ans avaient une probabilité plus forte de prescrire des médicaments que les moins de 40ans. Amar et al. en 2005, ainsi que Béjean et al. en 2007, retrouvaient également un effet de l'âge sur les prescriptions de médecins généralistes français(81). Notre étude était en accord avec ses données, les médecins de plus de 50 ans prescrivant significativement plus de THM que leurs confrères plus jeunes.

Les femmes de notre étude avaient tendance à prescrire moins de THM en 1^{ère} intention que les hommes, allant dans les sens des travaux de Bensing et al. sur des médecins généralistes allemands en 1993 et Breuil-Genier et Goffette en 2006 qui retrouvaient que les femmes médecins se concentraient d'avantage sur la discussion et la prévention (82,83). Dans notre étude, environ 2% des femmes médecins généralistes prescrivait un THM en 1^{ère} intention à leur patiente, alors que 11,5% prendraient ce traitement si elles souffraient de ce même syndrome climatérique. Ce résultat semble en accord avec les données publiées par l'Association Française pour l'Étude de la Ménopause (A.F.E.M.) qui montre que les femmes gynécologues françaises ont une plus grande confiance dans le THM pour elles-mêmes, probablement parce qu'elles s'affranchissent du risque médico-légale (84).

4.8.2 La surprescription en situation de méconnaissance

Notre étude met en évidence que les médecins les moins formés et les plus en difficultés prescrivait significativement plus de bilans hormonaux, et plus de THM en 1^{ère} intention. Davis et Gribben (2000 et 2005) retrouvaient également que des connaissances insuffisantes, un état anxieux et l'absence de recommandations poussaient à la sur-médication (85,86). Fernandez-Liz et al. en 2007 montraient également que les médecins en situation d'incertitude prescrivait plus de traitements et d'examens complémentaires.

Il est probable que ces dosages permettaient aux médecins généralistes de confirmer une éventuelle hypoestrogénie biologique et les confortaient ainsi dans la nécessité d'une supplémentation œstrogénique, sans tenir compte des fluctuations hormonales de cette période (87,88).

5 CONCLUSION

Les résultats concernant la prescription de THM hors ménopause sont surprenants. Certains médecins généralistes pensent que le syndrome climatérique de la préménopause nécessite un THM bien que son efficacité et son innocuité ne soient pas démontrées en préménopause. Il n'est d'ailleurs pas retrouvé dans la littérature de guides de bonnes pratiques concernant cette période de transition ménopausique. Les médecins généralistes n'hésitent pas à utiliser un THM en préménopause pour pallier les signes d'hypoestrogénie, qu'ils semblent vouloir confirmer par un bilan hormonal. Il serait intéressant de réaliser une enquête comparative de pratique sur la prise en charge des troubles climatériques de la préménopause afin d'analyser les différences qu'il peut exister entre les médecins généralistes et les gynécologues. Le recours excessif aux bilans hormonaux entraîne un coût certain dans les dépenses de santé. Le manque de formation et les difficultés éprouvées en sont des facteurs d'influence. L'élaboration de recommandations officielles par des sociétés savantes comme l'HAS ou le CNGOF éviterait la surprescription d'examen complémentaires inutiles et onéreux. L'utilisation d'échelles d'aide à la prescription spécifiques de la préménopause permettrait de construire une stratégie thérapeutique adaptée s'intégrant dans une démarche centrée patiente. Il est important de bien prendre en considération cette étape de la vie d'une femme, et de la soulager des symptômes de carence œstrogénique, afin de lui permettre d'entrer sereinement en ménopause. Cela pourrait commencer par le fait d'aborder ce sujet en consultation. Enfin, il serait intéressant de poursuivre ce présent travail par des études centrées patiente afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements que ces femmes utilisent en préménopause.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Maitrot-Mantelet L, Leman-Detours S, Cornier de Vulpian L, Gompel A. Ménopause. EMC - Traité Médecine AKOS. oct 2012;7(4):1-8.
2. Sullivan Mitchell E, Fugate Woods N. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*. 2005;Vol 118 (12B), 14S–24S.
3. Naudin-Rousselle P, Gompel A. La prise en charge de la périménopause. *Gen FMC*. nov 2012;(2620):23-5.
4. Sonigo C, Dray G, Chabbert-Buffet N. Le traitement hormonal de la ménopause : aspects pratiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012;(41):F3-12.
5. Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Commission Transparence Rapp Dévaluation. 28 mai 2014;
6. Les gynécologues et le THS. Ménopause AFEM; 2010.
7. Skouby SO, Al-Azzawi F, Barlow D, Calaf-Alsina Erdogan Ertüngealp J, Gompel A, Graziottin A, et al. Climacteric medicine: European Menopause and Andropause Society (EMAS) 2004/2005 position statements on peri- and postmenopausal hormone replacement therapy. *Maturitas*. 16 mai 2005;51(1):8-14.
8. Ringa V. Les alternatives au traitement hormonal substitutif de la ménopause : le point épidémiologique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. mai 2004;33(3):195-209.
9. Woyka J. Alternatives to hormone replacement therapy (HRT). *Post Reprod Health*. avr 2004;22(2):67-9.
10. Rees M. Alternative treatments for the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2009;23(1):151-61.
11. Carpenter JS, Neal JG. Other complementary and alternative medicine modalities: acupuncture, magnets, reflexology, and homeopathy. *Am J Med*. déc 2005;118(12):109-17.
12. Elis J. Étude descriptive sur la prise en charge des bouffées de chaleur : enquête auprès de 108 femmes ménopausées [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2011.
13. Paquentin H. Les freins à la prise en charge de la ménopause en Médecine Générale. Etude qualitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2013 [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine HENRI WAREMBOURG ; 2014.
14. Noirault-Fleury S. Traitement hormonal de la ménopause (THM): Le point chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille II; 2014.
15. Jupin De Sousa D. La prise en charge de la ménopause en médecine générale en Limousin [Thèse d'exercice]. S.C.D. de l'Université de Limoges; 2014.
16. Nalet P. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) chez les jeunes médecins généralistes de Gironde : connaissances, attitudes et pratiques [Thèse d'exercice]. Université de médecine de Bordeaux; 2015.
17. Sherry Sherman, PhD. Defining the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*. Vol 118 (12B), 3S–7S. 2005;
18. Robin G, Dewailly D. La périménopause en 2007 : de la physiopathologie à la prise en charge thérapeutique. *Serv Gynécologie Endocrinienne Médecine Reprod - Hôp Jeanne Flandre - CHRU Lille*. 2007;9:114-23.
19. Ménopause et andropause. *SFE*; 120apr. J.-C.

20. O'Neill S, Eden J. The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics Gynaecol Reprod Med.* 2011;
21. Nanette Santoro, MD. The menopausal transition. *The American Journal of Medicine.* Vol 118 (12B), 8S–13S. 2005;
22. Fiche d'information aux patientes, éditée par le GEMVI. Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal; 2017.
23. Freedman R, Robert R. Menopausal hot flashes: Mechanisms, endocrinology, treatment. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 1 juill 2014;142:115-20.
24. National Institutes of Health. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med.* 21 juin 2005;142(12 Pt 1):1003-13.
25. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A Prospective Population-Based Study of Menopausal Symptoms. 2000;96(3):8.
26. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas.* oct 2008;61(1-2):4-16.
27. Sonja M. McKinlay, Donald J. Brambilla and Jennifer G. Posner. The normal menopause transition. Elsevier Sci Publ Irel Ltd. 1992;
28. Letombe B. Le syndrome climatérique et la qualité de vie : balance bénéfices/risques du THM et des traitements symptomatiques. 2010 déc 10; Paris.
29. Jamin C. La périménaupose : prise en charge thérapeutique. *JTA.* 2000;
30. Vered Stearns, Lynda Ullmer, Juan F Lo'pez, Yolanda Smith, Claudine Isaacs, Daniel F Hayes. Hot flush. *THELANCET* • Vol 360 • December 7, 2002.
31. Oldenhave A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J Obstet Gynecol.* mars 1993;168(3 Pt 1):772-80.
32. Palacios S. Managing urogenital atrophy. *Maturitas.* 20 août 2009;63(4):315-8.
33. Crappier JJ. Ménopause : conseils aux femmes et stratégie de prévention. *unaformac FMC ménopause.* 2002.
34. Mares P. Les signes de la périménopause. *Les JTA.* 1996;
35. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric.* oct 2010;13(5):419-28.
36. McKinlay SM. The normal menopause transition: an overview. *Maturitas.* mars 1996;23(2):137-45.
37. Oldenhave A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J Obstet Gynecol.* mars 1993;168(3 Pt 1):772-80.
38. Gold EB. Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40-55 Years of Age. *Am J Epidemiol.* 1 sept 2000;152(5):463-73.
39. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric.* janv 2007
40. Obermeyer CM. Menopause across cultures: a review of the evidence. *Menopause N Y N.* juin 2000;7(3):184-92.

41. Gold EB, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale GA, Powell L, et al. Longitudinal Analysis of the Association Between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity Across the Menopausal Transition: Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Public Health*. juill 2006
42. Melby MK, Anderson D, Sievert LL, Obermeyer CM. Methods used in cross-cultural comparisons of vasomotor symptoms and their determinants. *Maturitas*. oct 2011;70(2):110-9.
43. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 | Insee. INSEE. juin 2017;
44. Sfmq. Données en consultation : BOUFFE DE CHALEUR. % d'activité par tranche d'âge. Observatoire de la Médecine Générale. 2009.
45. Sherman S. Introduction : menopause transition disorders. *The American Journal of Medicine*. The American Journal of Medicine, Vol 118 (12B), December 2005
46. Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans. HAS; 2005.
47. Varma R, Sinha D, Gupta JK. Non-contraceptive uses of levonorgestrel-releasing hormone system (LNG-IUS)- a systematic enquiry and overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 mars 2006;125(1):9-28.
48. Wyatt K. Premenstrual syndrome. *Clin Evid*. juin 2003;(9):2125-44.
49. Echallier V. Le syndrome génito-urinaire. *Généraliste FMC*. 2 juin 2017;(2799).
50. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006
51. McAuley E, Doerksen SE, Morris KS, Motl RW, Hu L, Wójcicki TR, et al. Pathways from Physical Activity to Quality of Life in Older Women. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. août 2008;36(1):13-20.
52. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause J North Am Menopause Soc*. nov 2015;22(11):1155-74.
53. Daley A, Stokes-Lampard H, Thomas A, MacArthur C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 nov 2014;(11):CD006108.
54. Sonigo C, Dray G, Chabbert-Buffet N. Le traitement hormonal de la ménopause : aspects pratiques. 29 oct 2012
55. Barton DL, Loprinzi CL, Quella SK, Sloan JA, Veeder MH, Egner JR, et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. févr 1998;16(2):495-500.
56. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. nov 2015
57. Chabbert-Buffet N, Boutet G. Les traitements non estrogéniques des symptômes de la ménopause : quels risques? *Revue générale : Ménopause*; 2012.
58. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society: *Menopause*. juill 2017
59. Berendsen HH. The role of serotonin in hot flushes. *Maturitas*. 31 oct 2000;36(3):155-64.
60. Freeman MP, Hill R, Brumbach BH. Escitalopram for perimenopausal depression: an open-label pilot study. *J Womens Health* 2002. sept 2006;15(7):857-61.

61. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* nov 2015;100(11):3975-4011.
62. Guttuso T, Kiebertz K, McDermott M, Kurlan. Gabapentin's effects on hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* févr 2003;101(2):337-45.
63. Nir Y, Huang MI, Schnyer R, Chen B, Manber R. Acupuncture for postmenopausal hot flashes. *Maturitas.* avr 2007
64. Chien T-J, Hsu C-H, Liu C-Y, Fang C-J. Effect of acupuncture on hot flush and menopause symptoms in breast cancer- A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 22 août 2017
65. sport et ménopause cochrane.pdf.
66. Imai A, Matsunami K, Takagi H, Ichigo S. New generation nonhormonal management for hot flashes. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol.* janv 2013;29(1):63-6.
67. Conseil national de l'Ordre des Médecin. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. 2016.
68. Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal. La périménopause, fiche d'information.
69. Notelovitz M, Lenihan JP, McDermott M, Kerber IJ, Nanavati N, Arce J. Initial 17beta-estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol.* mai 2000;95(5):726-31.
70. Stevenson JC, Durand G, Kahler E, Pertyński T. Oral ultra-low dose continuous combined hormone replacement therapy with 0.5 mg 17 β -oestradiol and 2.5 mg dydrogesterone for the treatment of vasomotor symptoms: results from a double-blind, controlled study. *Maturitas.* nov 2010;67(3):227-32.
71. Elia D, Tamborini A, Leocmach Y, Chadha-Boreham H. Efficacy and tolerability of a low-dose of Oesclim (25 mcg daily) in the management of symptomatic menopausal women: a French open-label study. *Curr Med Res Opin.* 2000;16(2):94-106.
72. Informations générales sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause. *afssaps;* 2006.
73. Ponzzone R, Biglia N, Jacomuzzi ME, Maggiorotto F, Mariani L, Sismondi P. Vaginal oestrogen therapy after breast cancer: is it safe? *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. nov 2005;41(17):2673-81.
74. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 oct 2006;(4):CD001500.
75. Benoit T, Laguevaque P, Roumiguié M, Beauval J., Malavaud B, Soulié M, et al. Œstrogénothérapie locale en urologie et pelvi-périnéologie. *Revue de littérature. urofrance.* sept 2015;25(11):628-35.
76. Biglia N, Bounous VE, Sgro LG, D'Alonzo M, Pecchio S, Nappi RE. Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Are We Facing New and Safe Hopes? *Clin Breast Cancer.* déc 2015;15(6):413-20.
77. Burleson MH, Todd M, Trevathan WR. Daily vasomotor symptoms, sleep problems, and mood: using daily data to evaluate the domino hypothesis in middle-aged women. *Menopause N Y N.* févr 2010;17(1):87-95.
78. Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, Stika CS, Thurston RC, Clark CT, et al. Ovarian Hormone Fluctuation, Neurosteroids, and HPA Axis Dysregulation in

- Perimenopausal Depression: A Novel Heuristic Model. *Am J Psychiatry*. 13 janv 2015;172(3):227-36.
79. Webera MT, Makib PM, McDermotta M. Cognition and mood in perimenopause: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. Elsevier. 14 juin 2013;
 80. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. juill 1996;24(3):161-75.
 81. Béjean S, Peyron C, Urbinelli R. Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care*. sept 2007;8(3):225-36.
 82. Bensing JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care*. mars 1993;31(3):219-29.
 83. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *drees*. avr 2006;(481).
 84. Les gynécologues et le THS. AFEM; 2010.
 85. Davis P, Gribben B. Rational prescribing and interpractitioner variation. A multilevel approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 1995;11(3):428-42.
 86. Davis P, Gribben B, Scott A, Lay-Yee R. The « supply hypothesis » and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med* 1982. févr 2000;50(3):407-18.
 87. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *drees*. nov 2005;N° 440.
 88. Collin J. Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments. *adsp*. juin 1999;N° 27.

7 ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE DE THESE :

Prise en charge du syndrome climatérique en consultation de médecine générale prénopause dans le VAR.

1^{ère} partie :

Informations générales

1. Quel est votre âge ?

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

2. Où exercez-vous ?

- milieu rural (<5000 habitants)
- semi-rural (entre 5 000 et 10 000 habitants)
- urbain (> 10 000 habitants)

3. Avez-vous réalisé une formation de gynécologie en dehors de votre formation initiale de médecine générale ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Non
- Oui : DIU ou DU de gynécologie
- Oui : Une formation continue (Développement Professionnel Continu) de gynécologie
- Oui : Congres de gynécologie
- Autre

2^e partie :

La prise en charge des troubles du climatères chez une femme prénopausée.

La prénopause correspond à la période couvrant le début du déclin de l'activité ovarienne jusqu'aux dernières menstruations.

Le syndrome climatérique : Généralités

4. Selon vous le syndrome climatérique est plutôt :

- Un bouleversement hormonal qu'il faut savoir accepter
- Un dérèglement hormonal qu'il faut savoir traiter
- Une chose normale à laquelle on peut remédier

5. En consultation utilisez-vous des échelles de mesure de la qualité de vie pour évaluer la sévérité du syndrome climatérique ?

- Oui
- Non

6. Comment évaluez-vous votre prise en charge du syndrome climatérique chez une patiente prénopausée ?

De 0 à 5 (0: aucune difficulté; 5: énormément de difficulté)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7. Quelles en sont les raisons ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Ça relève plus du spécialiste
- Manque de formation sur le sujet
- Vous êtes mal à l'aise avec les différents traitements disponibles
- Manque de temps (consultations souvent longues)
- La patiente
- Pas de consensus concernant la prénopause
- Autre

Le syndrome climatérique : les examens complémentaires

8. Faites-vous un bilan hormonal pour conforter votre diagnostic de préménopause chez une patiente de 45 ans présentant des symptômes évocateurs de syndrome climatérique ? (une seule réponse)

- Oui
- Non
- Parfois

9. Si vous faites un bilan hormonal pour conforter votre diagnostic ; que dosez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- FSH
- LH
- Progestérone
- Estradiol
- Inhibine B

10. En cas d'aménorrhée prolongée de plus de 3 mois réalisez-vous un test au progestatif ?

- Oui
- Non

Le syndrome climatérique : le traitement

Bouffées vasomotrices

Les symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes) sont retrouvés chez plus de 50% des patientes préménopausées.

11. Que proposez-vous en 1^{er} intention pour la prise en charge des bouffées vasomotrices invalidantes à une femme de 45 ans ou plus encore réglée ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques : éviction des facteurs aggravant (café, épices, alcool), compléments alimentaires à base de vitamine E (manahé, séréllis), activité physique régulière
- Un traitement hormonal substitutif tel que le THM (traitement hormonal oestroprogestatif de la ménopause)
- Un traitement hormonal tel que la tibilone (Livvia)
- Beta alanine (Abufène)
- Des psychotropes (IRSS/IRNS: paroxétine, venlafaxine) ou antiépileptique(ex : clonidine)

- Des antagoniste alpha-adrénérique (catapressan)
- De la phytothérapie (ex: dérivés du soja, isavoflones)
- De l'homéopathie (ex: Aethéane)
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga)
- Avis spécialisé
- Abstention thérapeutique, réévaluation

12. Que proposez-vous en 2^e intention en l'absence d'efficacité ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques : éviction des facteurs aggravant (café, épices, alcool), compléments alimentaires à base de vitamine E (manahé, séréllis), activité physique régulière
- Un traitement hormonal substitutif tel que le THM (traitement hormonal oestroprogestatif de la ménopause)
- Un traitement hormonal tel que la tibilone (Livvia)
- Beta alanine (Abufène)
- Des psychotropes (IRSS/IRNS: paroxétine, venlafaxine) ou antiépileptique(ex : clonidine)
- Des antagoniste alpha-adrénérique (catapressan)
- De la phytothérapie (ex: dérivés du soja, isavoflones)
- De l'homéopathie (ex: Aethéane)
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga)
- Avis spécialisé
- Abstention thérapeutique, réévaluation

13. Que proposez-vous en 3^e intention en l'absence d'efficacité ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques : éviction des facteurs aggravant (café, épices, alcool), compléments alimentaires à base de vitamine E (manahé, séréllis), activité physique régulière
- Un traitement hormonal substitutif tel que le THM (traitement hormonal oestroprogestatif de la ménopause)
- Un traitement hormonal tel que la tibilone (Livvia)
- Beta alanine (Abufène)
- Des psychotropes (IRSS/IRNS: paroxétine, venlafaxine) ou antiépileptique(ex : clonidine)
- Des antagoniste alpha-adrénérique (catapressan)
- De la phytothérapie (ex: dérivés du soja, isavoflones)
- De l'homéopathie (ex: Aethéane)
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga)
- Avis spécialisé
- Abstention thérapeutique, réévaluation

Les troubles génito-urinaires de la préménopause

- Les troubles génito-urinaires du syndrome climatérique sont nombreux :*
- atrophie et sécheresse vulvovaginale (chez plus de 26% des femmes de 45 à 50 ans) responsables de dyspareunie
 - baisse du désir sexuel pour 34 % des femmes de 45 à 50 ans
 - augmentation des infections urinaires et incontinences urinaires

14. Que proposez-vous en 1^{er} intention pour la prise en charge des troubles génito-urinaire de la femme préménopausée ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques
- Un traitement hormonal substitutif tel que le THM
- Un traitement hormonal tel que la tibolone (Livia)
- Beta alanine (Abufène)
- Des psychotropes
- Des phytoestrogènes
- De l'homéopathie
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga)
- Des traitements locaux vaginaux
- Avis spécialisé
- Abstinence thérapeutique, réévaluation

15. Vous prescrivez un traitement local :

- Vous prescrivez plutôt :
 - Des lubrifiants (relpens) ou levures pour rééquilibrer la flore vaginale
 - Des œstrogènes locaux (colpotrophine)
- Vous prescrivez plutôt :
 - Des gels
 - Des ovules

Les troubles neuropsychiques de la préménopause

Les troubles neuropsychiques du syndrome climatérique font parties des premiers symptômes ressentis et sont très variés: irritabilités, insomnies, difficultés à se concentrer, sensations vertigineuses, voir dépression.

16. Que proposez-vous en 1^{er} intention pour la prise en charge des troubles neuropsychique modérés de la femme préménopausée ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques
- Un traitement hormonal
- Des psychotropes
- Des phytoestrogènes
- De l'homéopathie
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga, psychothérapie)
- Avis spécialisé
- Abstinence thérapeutique, réévaluation

17. Que proposez-vous en 2^{ème} intention en l'absence d'efficacité ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques
- Un traitement hormonal
- Des psychotropes
- Des phytoestrogènes
- De l'homéopathie
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga, psychothérapie)
- Avis spécialisé
- Abstinence thérapeutique, réévaluation
-

18. Que proposez-vous en 3^{ème} intention en l'absence d'efficacité ? (1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques
- Un traitement hormonal
- Des psychotropes
- Des phytoestrogènes
- De l'homéopathie
- Médecines non conventionnelles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga, psychothérapie)
- Avis spécialisé
- Abstinence thérapeutique, réévaluation

19. Vous êtes :

- Une femme (passez à la dernière question)
- Un homme (fin du questionnaire)

20. Si vous êtes une femme ; vers quoi vous tourneriez vous personnellement pour traiter un syndrome climatérique invalidant ?

(1 seule réponse)

- Des mesures hygiéno-diététiques : éviction des facteurs aggravant (café, épices, alcool), compléments alimentaires à base de vitamine E (manahé, séréris), activité physique régulière
- Un traitement médicamenteux hormonal tel le THM
- Un traitement médicamenteux hormonal tel le Livial (Tibolone)
- Beta alanine (Abufène)
- Des psychotropes
- De la phytothérapie (ex: sauge, houblon, graine de lin...)
- De l'homéopathie (ex: Achéane)
- Un traitement local au niveau vaginal (Estrogène+/-restauration de la flore vaginale, acide hyaluronique : mucogyn)
- Médecines parallèles (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, hypnose, yoga)
- Aucun traitement

Un grand merci pour votre participation à la réalisation de ma thèse !

ANNEXE 2 : LETTRE ACCOMPAGNANT LE RECUEIL DE DONNEES

Lettre accompagnant le questionnaire de recueil

Mme Marine SIBLOT
Interne des hôpitaux de Marseille en Médecine Générale
Tel : 07 86 11 02 70
Email : marine_siblot@hotmail.fr

Aubagne, le 20/12/2016

Chère consœur, cher confrère,

Je me présente, Marine SIBLOT interne des hôpitaux de Marseille actuellement en fin de DES de Médecine Générale. Je réalise une thèse sur la prise en charge du syndrome climatérique en consultation de médecine générale dans le Var.

J'aimerais que vous remplissiez le questionnaire qui va suivre. Cela prendra 10 à 15min minutes de votre temps.

Le but de cette étude est de faire un état des lieux sur la prise en charge proposée par les médecins généraliste varois aux femmes encore réglées consultant pour syndrome climatérique. L'objectif principal étant de mettre en évidence les traitements préférentiellement prescrits à l'heure actuelle.

Les principaux freins et difficultés rencontrées face à ce motif de consultation seront également évalués.

Le recueil de données est anonyme. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pourrez l'exercer en vous adressant par mail ou par courrier au Dr Maeva JEGO-SABLIER, Chef de clinique Universitaire : maeva.jego@univ-amu.fr ou au : Département de médecine générale, Université d'Aix- Marseille Faculté de Médecine : 27 bd Jean Moulin - 13385 Marseille cedex 5. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour toute autre question, vous pouvez me contacter par mail : marine.siblot@gmail.com

Il y a 20 questions dans ce questionnaire.

Un grand MERCI d'avance pour votre participation !

Bien confraternellement,

Marine SIBLOT, interne en Médecine Générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction. La préménopause est accompagnée chez 10 à 40% des patientes de troubles climatériques. Actuellement, cette période de transition ménopausique ne bénéficie d'aucune recommandation thérapeutique officielle laissant le médecin généraliste dans l'embarras. Face à cette problématique, nous avons voulu évaluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes varois concernant la prise en charge de ces patientes.

Méthode. Étude observationnelle transversale d'évaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes varois entre mai et décembre 2017.

Résultats. Parmi les 113 médecins généralistes répondants, 15,9% prescrivaient un THM en première intention et 67,3% avaient recours à un bilan hormonal. Les hommes médecins prescrivaient plus de THM en 1^{ère} intention de même que les médecins les plus âgés et ceux les plus en difficultés. L'absence de formation complémentaire en gynécologie et les difficultés ressenties par les médecins généralistes étaient des facteurs favorisant la prescription de bilans hormonaux. En situation de méconnaissance les médecins généralistes avaient tendance à sur-prescrire.

Conclusion. Il faut déterminer clairement les critères diagnostiques et les stratégies thérapeutiques à suivre afin de prendre en charge au mieux chaque patiente préménopausée souffrant de troubles du climatère, selon son profil. L'élaboration de recommandations officielles par des autorités comme l'HAS ou le CNGOF éviterait la surprescription d'examens complémentaires inutiles et onéreux. L'utilisation d'échelles d'aide à la prescription spécifiques de la préménopause permettrait aux médecins généralistes de construire une stratégie thérapeutique adaptée et centrée patiente.

Mots clefs : Préménopause, Médecins Généralistes, THM, soins premiers, Syndrome climatérique.