



HAL
open science

Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause

Amanda Zeraoui, Sixtine Balas

► **To cite this version:**

Amanda Zeraoui, Sixtine Balas. Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03026344

HAL Id: dumas-03026344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03026344>

Submitted on 26 Nov 2020

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.

Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 12 Novembre 2020

Par Madame Amanda ZERAOUI

Née le 28 novembre 1992 à Marseille 12eme (13)

Et Par Madame Sixtine BALAS

Née le 03 décembre 1991 à Boulogne-Billancourt (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	Président
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	Directeur
Monsieur le Professeur CASTINETTI Frédéric	Assesseur
Monsieur le Docteur MARCELLI Maxime	Assesseur
Madame le Docteur BONNEAU Delphine	Assesseur

Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause.

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 12 Novembre 2020

Par Madame Amanda ZERAOUI

Née le 28 novembre 1992 à Marseille 12eme (13)

Et Par Madame Sixtine BALAS

Née le 03 décembre 1991 à Boulogne-Billancourt (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier	Président
Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle	Directeur
Monsieur le Professeur CASTINETTI Frédéric	Assesseur
Monsieur le Docteur MARCELLI Maxime	Assesseur
Madame le Docteur BONNEAU Delphine	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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 Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
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

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

EMERITAT

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	VIALETES 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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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)
 MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
 GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 POUGET Benoît (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
 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)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 ROMANET Pauline (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)
 DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

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 Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (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) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 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)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

GUIDA Pierre (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)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

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) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-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)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (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)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements communs :

Monsieur le Professeur Xavier Carcopino,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Merci d'apporter votre solide expérience à la critique de ce travail. Nous avons appris grâce au KB et votre pédagogie n'est sûrement pas étrangère à notre attrait pour la gynécologie aujourd'hui. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Frédéric Castinetti,

Merci d'avoir accepté de juger notre travail. Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre reconnaissance.

Madame le Docteur Raphaëlle Rousseau-Durand,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse et d'avoir été, en partie, à l'initiative de notre binôme. Merci pour les précieux conseils que vous nous avez apporté, de l'ébauche du titre à la publication de cette thèse. Vous nous avez été d'une grande aide.

Monsieur le Docteur Maxime Marcelli,

Merci pour l'enthousiasme que tu as témoigné pour notre sujet de thèse, nous te témoignons notre reconnaissance éternelle.

Madame le Docteur Delphine Bonneau,

Nous te remercions d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'y apporter ton expérience. Merci pour ta disponibilité et pour la pédagogie dont tu fais preuve.

A l'ensemble des médecins et des femmes ayant pris le temps de répondre à nos questions. Merci d'avoir nourri ce travail de vos pratiques et expériences.

Remerciements Amanda :

A ma famille

A mes parents, avec tout mon amour et ma reconnaissance, que pourrais-je vous dire à part un grand Merci. Merci de m'avoir soutenue même lorsque c'était mal engagé... Merci d'être toujours présents, Merci de m'avoir supportée, Merci de m'avoir veillée et nourrie lorsque j'étais à 2 doigts de la liquéfaction...Merci pour tout.

A mes sœurs, qui m'ont donné le goût de la médecine, qui ont toujours été présentes, à tous les instants de mon long périple...Merci d'avoir toujours pris soin de moi, même lorsque vous n'aviez pas le droit de respirer ne serait-ce que le même air que moi (#tyran) <3

A mes tantes, oncles, cousines, cousin, neveux et beau-frères, qui ont suivi tout ça de prêt ou de loin. Merci de faire de chaque instant passé en votre compagnie une véritable fête.

A ma grand-mère, tu as été un modèle pour nous tous, de tolérance et de bienveillance et c'est en partie grâce à toi que je suis là aujourd'hui. Merci pour tout ce que tu m'as transmis tout au long de ta vie, j'espère que de là où tu es, tu seras fière de moi.

A ma seconde famille

A Mathias, mon roc depuis la première année ; tu en as subi des coups de stress et d'angoisse mais tu m'as soutenue jusqu'au bout. Merci d'être là à chaque moment, les pires comme les meilleurs. Ta présence m'est essentielle au quotidien. Merci aussi pour ton aide (de relecture) dans ce travail et pour ta patience qui ont su surmonter les aléas de mon humeur ! Avec tout mon amour.

A Aurélie, mon binôme depuis et pour toujours, de la P1 à l'ECN. On en a eu des coups durs mais c'était sans compter sur **Mathilde T.** pour venir à notre secours. Merci de m'avoir redonné la force de continuer lorsque j'avais l'impression d'avoir touché le fond, vous avez été mes piliers durant ces fastidieuses années d'études ; les longues années d'externat ont fini de nous souder, sans vous ça n'aurait pas été pareil. (Hommage à petit biscuit pour ce dernier mois de révision)

A Bastien, mon S, fils en garde partagé, j'espère que la vie me réserve encore bien des chasses aux trésors pour retrouver tous les objets que tu dérobes dans les rues de ta vi(II)e ; tu es devenu au fil des années un véritable ami et je sens que le berger (et ses grosses folles) qui sommeille en toi n'a pas fini de nous montrer la voie qui, à défaut de nous mener vers notre lieu culte (la commanderie), te conduit aujourd'hui à l'autre bout du monde. Tu vas nous manquer.

A Jules, avec qui justement je partage la garde et ce n'est pas fini... On en a jusqu'à bien 50 ans je pense... Merci d'avoir égayé ces années d'internat, ta positivité est une bouffée d'air (parmi les angoissés que nous sommes). Même si tu ne veux pas avouer mon talent d'humoriste (comme tous les autres d'ailleurs mais vous le savez tous...), on en a eu des fous rires et j'espère que ce n'est que le début d'une longue série. (80/20)

A Mélodie et Julie, pour m'avoir accompagnée tout au long de ces études, pour nos voyages à l'autre bout du monde, pour les stress de révision et d'examen, pour les choix de stage mouvementés... Vous avez marqué et rendu plus agréables toutes ces années.

A Adrien, mon petit poète, même si tes choix t'ont mené vers des contrées lointaines, lorsqu'on se revoit c'est toujours comme au premier jour et laisse-moi te dire autant t'es à 693,2 km de Marseille mais t'y as pas changé mon bichon.

A Vanessa, pour cette belle rencontre au WEI. Tu fais partie de ces personnes qu'on peut revoir même 10 ans après sans que rien n'ait changé. Restes comme tu es, je te kiff !

A Remi S. dit Re-Nez, A Gab le coquinou, A Léa la bretonne, A Julia et Justine que j'ai pu rencontrer tout au long de mon parcours. Les soirées au Maxi et bien d'autres resteront des souvenirs mémorables...

A tous mes co-internes rencontrés au cours de ces 3 dernières années mais tout spécialement à **Charlotte**, coup de cœur de mon internat, à **Manon C., Manon R., Méline** et **Coline** pour avoir rendu ces 6 mois de pédiatries inoubliables...

A mes autres co-internes « par procuration », **Remi P.**, parce que tyé en bombe et qu'on mérite mieux, l'Euromillions c'est bientôt notre tour !! **Mais aussi à Idir** pour les invites au restau à 23h ;) et les raclettes en extérieur au mois de décembre, à **Maxime C. senior** à l'HE (si vous avez besoin d'une IRM c'est par là 06 16.. :), à **Clara et Simon, Margaux x 2** les inséparables et bien d'autres.

Big up à l'équipe de saint Barnabé, à ma **Laeti**, à **Thomas** et à toute l'équipe d'infirmiers, ce fut 6 mois rudes mais riches en émotion.

A **Elisabeth**, merci pour ta sympathie, ta pédagogie et tout ce que tu m'as transmis ; A **Olivier** pour ton humour, ta joie de vivre et ta folie, tu as fait de ces 6 mois de stage une belle expérience ; A **Maxime M.** (tu noteras que je t'ai cité 2 fois dans ces remerciements...) pour ta gentillesse, toujours présent à l'appel même si tu grognes (parfois). A **Germey**, merci de m'avoir tout appris au bloc <3. A **Floriane**, pour ton humour sarcastique qui m'a bien fait rire pendant 6 mois. Merci à tous de m'avoir donné le goût de la gynécologie.

A **Élise, Mathilde L., Pauline, Morgane**, nous avons toutes pris des chemins divers et variés mais on sait se retrouver pour les moments les plus importants.

A **Périne**, merci d'avoir été là pour le recrutement et à **Anthony** pour ta convivialité et ton humour sans limite (et parce que tmtc le PACS).

Et enfin merci à **Sixtine**, pour ce long chemin qui nous mène aujourd'hui à la délivrance, merci pour le soutien mutuel qu'on s'est apporté (ça me permet de me remercier un peu au passage :)). Le chemin fut long mais on y est arrivé !!!

A tous ceux que j'ai oublié qui ont participé de près comme de loin à cette réussite.

Merci à tous, je vous love. Cœur sur vous.

Remerciements Sixtine :

A mes parents :

Mille mercis ne suffiraient pas... Pour votre soutien sans faille, votre présence, votre oreille toujours attentive pour m'écouter m'extasier, râler, douter et parfois même pleurer tout au long de ces 11 années. Je n'aurais pas pu rêver meilleurs parents que vous.

Papa, tu as été le premier à qui j'ai parlé de mon envie de faire médecine, un jour, en haut du Prarion. C'était il y a presque 15 ans et pourtant j'ai l'impression que c'était hier. Merci pour ton stylo magique qui est évidemment la raison de ma réussite en P1 et pour tes conseils toujours précieux dont j'ai encore tant besoin.

Maman, merci pour toutes ces discussions enrichissantes qui ont guidé notre travail. Merci pour ta relecture attentive. Cette thèse est la tienne.

A mes « petits » frères, Seb et Raph :

Mes hypocondriaques préférés, qui à eux deux ont déjà eu un cancer de la langue, une gangrène des orteils, une « arythmie ribonucléique », 3 fois le COVID... Vous resterez toujours les personnes les plus importantes pour moi, quoiqu'il arrive.

A Arthur :

Tu sais déjà tout et pourtant... Cette aventure marseillaise n'aurait pas été la même sans toi. Merci de toujours me faire voir le bon côté des choses et de me pousser à faire ce que je n'aurais jamais envisagé (Mention spéciale pour le kite). Je réalise chaque jour la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. La vie est si simple avec toi. Je t'aime.

A mes grand-mères, Mam et Mina, que j'admire plus que tout. Merci pour l'amour que vous m'avez donné.

A ma Philou, notre « gémellité » nous a permis d'avoir une relation privilégiée dont je suis si fière. Merci d'être un peu la sœur que je n'ai jamais eue et avec laquelle j'ai tellement partagé.

A Oscar et Hector, mes filleuls adorés, que j'ai hâte de voir grandir.

A Nanie, ma marraine chérie.

A la famille Serre, Philippe, Valérie, Anne-Charlotte et Sixtine. Merci de m'avoir accueillie avec tant de bienveillance, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A mes étoiles :

Bon-Papa, mon tout premier patient, que j'ai eu la chance immense de pouvoir accompagner jusqu'au bout. Merci pour cette Baraka Balas qui me suivra toujours là où je serai.

Pap et Mathieu, partis durant cette dernière année et que j'aurais rêvé avoir près de moi aujourd'hui.

A mon Cameton, ma BFFF. Notre amitié devait durer 3 mois, et pourtant cela fait bientôt 10 ans. De la P1 à la thèse, de Lyon à Marseille, tu as été mon repère. Merci d'avoir toujours été là, à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, pour partager mes moments de doute ou de joie. Marseille regrette déjà sa plus belle cagole.

A Louis, qui aurait cru que 15 ans après le début de notre amitié dans le 6^{ème} lyonnais, on se retrouve dans le 6^{ème} marseillais ? Merci d'avoir toujours été là, malgré le temps et la distance.

A Cléa et Céleste, mes parisiennes préférées, merci pour votre amitié qui dure malgré la distance.

A Pauline et Bapt, les Bingleux-Boutonneux. Du premier stage au SMA ensemble, à cet ECN de l'enfer, en passant par les confs du samedi et les révisions à Irigny, on aura bien morflé mais qu'est-ce qu'on aura ri !

A la bande des poulettes, on a beau avoir quadrillé la France pour aller faire notre internat, les retrouvailles sont toujours un bonheur. A quand le prochain week-end ? Merci en particulier à **Marie**, pour tous ces moments mémorables passés rue Childebert, aux Houches ou à Macon, et à **Bérengère**, pour tous les dîners avec Arthur et Aloïs qui ont pu nous permettre de nous rapprocher encore plus.

A Tim, Jules, Rémi et Gab, mes colocs de l'Est. Merci de m'avoir entraînée à avoir 4 enfants mais surtout, merci de m'avoir fait me sentir chez moi à Marseille. Pensée émue pour Krokmo, Maki, John Snow, Julien et surtout Tigro, grand gagnant de notre Hunger Game. PING-PONG !

Aux Panous-Pavous, Marie et Ju, toujours partants pour un dîner traquenard. Ma Frankie, notre amitié a été une évidence, dès les premières semaines d'internat, à tel point qu'on a l'impression de se connaître depuis toujours. J'ai hâte de vivre la suite de nos péripéties marseillaises !

Au gang des Marseillais d'adoption, Pépite, Alex, Arnaud, Anaïs, Thib, Gentes... Entre les verres au Cours Ju et les sorties bateau, la vie avec vous est bien douce.

Aux internes, équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer pendant mes stages. Merci de m'avoir tant apporté, et fait grandir en tant que médecin. Pensée particulière pour mes irremplaçables premiers co-internes, Marion et Jules, et la Team Oncovid, Marion, Margaux et Élise.

A Amanda, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Je me suis lancée dans ce projet avec une quasi-inconnue, je suis heureuse aujourd'hui de le terminer avec une amie. Merci d'en avoir été le moteur qui nous aura permis de soutenir cette année. Nos déjeuners-thèse du mercredi à Martigues vont presque me manquer !!

Un merci particulier au Dr Thierry PETITJEAN, qui a su m'écouter et m'aider il y a 5 ans maintenant. Je vous dois ma réussite aujourd'hui. « Écoute ce que te disent tes malades et ne pense jamais qu'ils se font des idées. Toute plainte a une origine. »

ABREVIATIONS

- AFSSAPS** : Agence Française de **S**écurité **S**anitaire des **P**roduits de **S**anté
- AVC**: **A**ccident **V**asculaire **C**érébral
- CECILE** : **C**ancer du sein : **É**tude épidémiologique en **C**ôte-d'Or et en **I**lle-et-Vilaine sur l'**E**nvironnement
- COREQ**: **C**onsolidated criteria for **R**eporting **Q**ualitative esearch
- COVID**: **C**orona **V**irus **D**isease
- E3N** : **É**tude **É**pidémiologique auprès de femmes de la **M**GEN
- ECE** : **E**strogènes **C**onjugés **É**quins
- ELITE**: **E**arly versus **L**ate Postmenopausal **T**reatment with **E**stradiol
- EPPM** : **É**tude **P**ermanente de la **P**rescription **M**édicale
- ESTHER**: **E**strogen and **T**hromboembolism **R**isk study group
- FMC** : **F**ormation **M**édicale **C**ontinue
- GEMVI** : **G**roupe d'**É**tude sur la **M**énopause et le **V**eillissement
- HAS** : **H**aute **A**utorité de **S**anté
- KEEPS**: **K**ronos **E**arly **E**strogen **P**revention **S**tudy
- MPA** : **A**cétate de **M**édroxy**P**rogestérone
- OMS** : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté
- ROSP** : **R**émunération sur **O**bjectif de **S**anté **P**ublique
- SWAN**: **S**tudy of **W**omen's health **A**cross the **N**ation
- THM**: **T**raitement **H**ormonal de la **M**énopause
- THS**: **T**raitement **H**ormonal **S**ubstitutif
- WHI**: **W**omen **H**ealth **I**nitiative

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	MATERIEL ET METHODE	7
	A. Étude qualitative.....	7
	B. Population et échantillon.....	7
	1. Les médecins généralistes.....	7
	2. Les femmes.....	8
	3. Taille de l'échantillon et concept de saturation des données.....	8
	C. Guide d'entretien.....	9
	D. Recueil de données et analyse des entretiens.....	9
	E. Méthode d'analyse du discours.....	10
	1. Transcription.....	10
	2. Analyse des données.....	10
	3. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	10
III.	RESULTATS	11
	A. Résultats des entretiens avec les médecins généralistes.....	11
	1. Population d'étude.....	11
	a. Caractéristiques de la population.....	11
	b. Caractéristiques des entretiens.....	12
	2. Résultats principaux.....	12
	a. Perception des demandes des femmes par les médecins.....	12
	b. Ressentis des médecins face à la ménopause.....	13
	c. Arsenal thérapeutique disponible.....	15
	d. Facteurs limitants la prescription du THM.....	17
	e. Moyens d'information.....	20

f. Axes d'amélioration de la prise en charge des femmes.....	21
B. Résultats des entretiens avec les femmes ménopausées.....	23
1. Population d'étude.....	23
a. Caractéristiques de la population.....	23
b. Caractéristiques des entretiens.....	23
2. Résultats principaux.....	24
a. Vision et vécu de la ménopause.....	24
b. Prise en charge médicale.....	25
c. Moyens d'information.....	26
d. Traitement de la ménopause.....	27
e. Axe d'amélioration de la prise en charge.....	29
IV. DISCUSSION.....	31
A. Validité de l'étude.....	31
B. La ménopause, phénomène corporel ou culturel ?.....	32
C. Le traitement hormonal de la ménopause : où en sommes-nous ?.....	36
D. Les propositions d'ouverture.....	40
V. CONCLUSION.....	45
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	47
VII. ANNEXES.....	50
Annexe 1 – Guide d'entretien des médecins généralistes.....	50
Annexe 2 – Guide d'entretien des femmes ménopausées.....	51
Annexe 3 – Caractéristiques des médecins généralistes.....	52
Annexe 4 – Caractéristiques des femmes ménopausées.....	53
Annexe 5 – Arbre de codage des entretiens des médecins.....	54
Annexe 6 – Arbre de codage des entretiens des femmes ménopausées.....	56

I. INTRODUCTION

« La crise de la ménopause coupe en deux avec brutalité la vie féminine ; c'est cette discontinuité qui donne à la femme l'illusion d'une « nouvelle vie ». »

Simone de Beauvoir, Le deuxième sexe

La ménopause, conséquence de l'arrêt du fonctionnement hormonal ovarien, est un événement inhérent à la vie de toutes les femmes.

D'après l'OMS, elle se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité ovarienne folliculaire. (1)

Le diagnostic, clinique et rétrospectif, se fonde sur la présence d'une aménorrhée d'une durée supérieure ou égale à 12 mois sans cause pathologique attribuable.

Aujourd'hui, en France, l'espérance de vie grandissant, une femme majeure sur deux a plus de 50 ans et vivra aussi longtemps en état de ménopause qu'en période d'activité ovarienne. (2)

Avant l'apparition du mot ménopause dans les traités de médecine, on parlait essentiellement d'âge critique.

Le terme de ménopause émerge dans le monde occidental au XIX siècle alors que dans certaines civilisations notamment asiatiques, aucun terme ne semble la désigner.

De tout temps, l'analyse de cette période de vie s'est faite à travers la théorie des humeurs, ou fluides, renvoyant à l'image d'un féminin instable.

Cet héritage est à l'origine de la construction sociale de la ménopause actuelle. Tout le monde admet que l'on vieillit mais les femmes vieillissent autrement.

Selon une étude récente, 50 % des français ont le sentiment que les femmes et les hommes sont traités différemment quand ils vieillissent. (3)

Ce sujet tabou qui touche à la sexualité, à l'intimité et aux représentations autour de la féminité et du vieillissement reste controversé. Ainsi, 39 % des français ne l'abordent pas du tout. (3)

Souvent synonyme de fin de jeunesse, elle se caractérise pour une minorité de femmes par l'arrêt de la fécondité et la perte du capital santé.

D'autres y voient un gain symbolique où l'arrêt des règles constitue un point positif dans cette avancée de la vie. C'est le cas dans certaines civilisations africaines et asiatiques où cette période offre une étape d'épanouissement social.

Pour la majorité des femmes, elle constitue une évolution physiologique sans conséquence sur la valeur sociale. (4,5)

Ainsi l'ensemble des désagréments subis et la façon dont elles les vivent sont variables selon les périodes de l'histoire, les cultures et la classe sociale.

Pour expliquer cette opposition, le psychiatre et anthropologue Daniel Delanoë a construit un modèle en 5 dimensions de ces représentations par les femmes.

Chaque dimension est affectée par une valeur positive, négative, nulle ou ambivalente. (6)

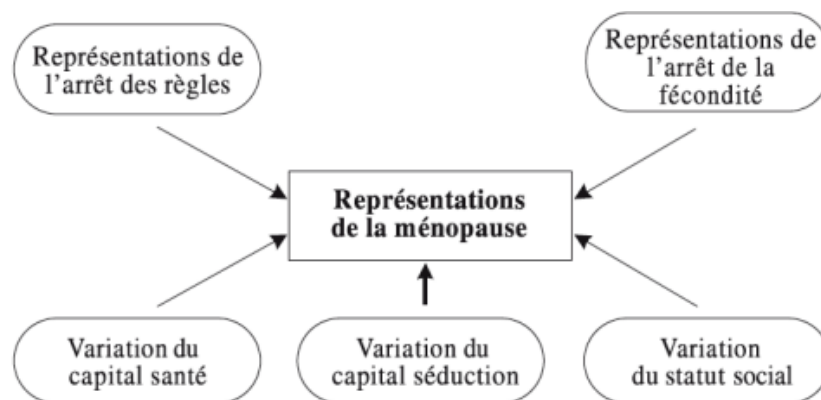


Figure 3 : 5 dimensions de la représentation de la ménopause selon D. DELANOË. (7)(Stéroïdes, ménopause et approche socioculturelle. Paris ; Elviesier. 1998)

Une constellation de signes non spécifiques constitue le climatère : 80 % des femmes souffriront d'un autre symptôme que l'arrêt des règles. (8)

Les signes vasomoteurs sont prépondérants dans cette symptomatologie, les plus rapportés étant les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes.

Une association positive entre les symptômes vasomoteurs et les troubles de l'humeur est nette pendant la période de péri-ménopause. Ils influencent la gravité des troubles dépressifs mais également des troubles du sommeil et ont un impact direct sur la qualité de vie.

Les symptômes urogénitaux sont fréquents et altèrent négativement la vie quotidienne de la femme (incontinence urinaire, cystite, sècheresse vaginale).

L'ensemble de ces signes se prolongera sur une grande période, en moyenne une dizaine d'années.

De nombreuses échelles ont été créées pour reporter de la manière la plus authentique possible le sentiment des femmes lors de l'arrivée des premiers symptômes.

Ces différentes évaluations confirment que les femmes symptomatiques voient leur qualité de vie nettement altérée. (9)

Les symptômes vasomoteurs pendant la ménopause sont associés à des coûts sociaux importants.

Pour autant, sur 20 à 25 % des femmes se plaignant de trouble altérant leur qualité de vie, seulement 8 à 10 % auront recours à un traitement hormonal substitutif. (9)

Les changements physiologiques et la prévalence des symptômes ressentis par les femmes durant les 5 premières années de la ménopause en font un moment clé de la prise en charge. Bien que les avancées sur le plan thérapeutique aient connu un essor important ces dernières années, de nombreuses études menées sur le sujet sont venues ébranler l'accès des femmes à ces traitements. En véhiculant une information négative, on ne leur donne plus la possibilité d'envisager un traitement efficace.

La plus connue de ces études est l'étude américaine WHI, qui a soulevé de nombreuses problématiques, notamment un surrisque de cancer du sein et d'AVC, à l'origine d'une stigmatisation du traitement substitutif au début des années 2000. (10) Dix ans plus tard, de nombreuses méta-analyses stratifiant les résultats par âge montrent que les femmes ménopausées depuis moins de 10 ans lorsqu'elles ont commencé le traitement ne présentaient pas de surrisque de mortalité, quel qu'en soit la cause. (11)

Mais les esprits ont été marqués par ces informations néfastes véhiculées au sein même du corps médical engendrant un recul des pratiques. Au-delà des patientes, la vision de l'ensemble du monde médical a été impactée.

Le pourcentage de patientes consultant un médecin traitant pour un motif gynécologique est de l'ordre de 16,4%. Selon le panel EPPM, pour prendre en charge

un état de santé en lien avec la ménopause, les femmes consultent indifféremment un médecin généraliste ou un gynécologue (52% pour les médecins généralistes contre 48 % pour les gynécologues). (12) Ceci implique que le médecin généraliste fait autant face à la demande de prise en charge de ménopause que son homologue spécialiste. La place du médecin généraliste semble donc être au centre de la prise en charge de ces patientes.

Cette étude qualitative, réalisée « en miroir », vise à explorer le ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause et sa prise en charge.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Étude qualitative

En recherche qualitative, il est possible de réaliser une analyse de plusieurs manières différentes selon l'axe souhaité : la théorisation ancrée, la phénoménologie interprétative, l'analyse de discours et l'ethnographie.

Notre travail vise à étudier un ressenti, un vécu. Nous avons donc choisi de travailler par théorisation ancrée. (13) Le principe est de collecter des données empiriques, sans hypothèse de départ, afin de construire une ou plusieurs théories grâce à l'analyse de ces données.

B. Population et échantillon

La représentation statistique n'est pas recherchée dans cette étude à visée qualitative. Un échantillon raisonné se constitue au fur et à mesure de la recherche et du codage par la collecte de matériaux pour former un échantillonnage varié avec la plus grande diversité possible. Il ne demande pas d'inclure en amont de l'étude un échantillon représentatif de la population.

1) Les médecins généralistes

Nous avons recruté des médecins généralistes pratiquant dans des cabinets des Bouches-du-Rhône. Les médecins recrutés sont des médecins remplaçants ou des connaissances via nos terrains de stage.

Les médecins ont été contactés initialement par téléphone, par mail, ou directement de vive-voix. Le sujet de l'étude leur était exposé, ainsi que sa méthodologie, puis un rendez-vous était convenu en fonction de leurs disponibilités et le lieu était choisi en fonction de leur préférence. Un rendez-vous téléphonique leur était proposé si un rendez-vous en présentiel n'était pas possible.

Les caractéristiques constituant le talon sociologique étaient :

- Sexe
- Nombre d'année d'exercice
- Milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain en précisant les zones de précarité)
- Mode de fonctionnement du cabinet
- Les orientations spécifiques de chacun

2) Les femmes ménopausées

Les femmes ont été recrutées sur la base de consultations de médecine générale. Si elles correspondaient aux critères, nous leur propositions de rentrer dans l'étude. Après un accord oral, elles étaient recontactées par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique en fonction de leurs disponibilités. Le mode d'entretien a été choisi afin de permettre une plus grande flexibilité dans la prise de rendez-vous.

Les critères constituant le talon sociologique des femmes ménopausées étaient :

- Âge
- Nombre d'années depuis le diagnostic de ménopause
- Statut familial
- Emploi

Nous avons fixé une tranche d'âge entre 50 et 60 ans. Les personnes souffrant d'une pathologie affectant leur jugement ou ne parlant pas correctement français ne pouvaient participer aux entretiens.

3) Taille de l'échantillon et concept de saturation des données

A partir d'un certain nombre d'entretiens, les informations recueillies semblent être redondantes. Il s'agit de la saturation théorique des données, jugement par lequel l'analyste considère que de nouveaux entretiens ne feraient pas émerger de données nouvelles. De ce fait, le nombre d'entretiens ne pouvait être déterminé à l'avance.

La saturation des données a ici été atteinte au bout de 25 entretiens : 14 pour les médecins généralistes et 11 pour les femmes ménopausées.

C. Guide d'entretien

Les guides d'entretien (annexe 1 et 2) ont été réalisés par chacune des deux enquêtrices, avec un accord commun sur les thèmes à aborder.

Chaque entretien commence par un rappel de l'objectif de l'entretien avec des termes volontairement succincts et vagues pour ne pas diriger le participant.

Les thèmes abordés par la suite sont les suivants :

- Le suivi de la femme en médecine générale
- Les expériences de consultation en santé de la femme
- La ménopause : représentations et ressources à disposition
- Le traitement hormonal substitutif
- La communication sur la ménopause et la manière d'améliorer la prise en charge des femmes ménopausées en médecine générale.

Nos guides ont été testés lors des quatre premiers entretiens et n'ont pas été modifiés par la suite car ils nous semblaient satisfaisants. C'est, selon Patton (14), que les questions de nos guides ont été réalisées en vue d'être neutres, ouvertes, simples, sensibles et claires pour la personne interrogée.

D. Recueil de données et réalisation des entretiens

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés, suivant le guide d'entretien adapté à chacune des populations. Chaque enquêtrice était responsable de la réalisation des entretiens d'un des deux groupes.

L'entretien commençait par un bref rappel des modalités et du thème global. Nous avons ensuite sollicité à nouveau l'accord oral des participants et insisté sur le principe d'anonymisation des données et d'absence de transmission de leurs propos.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, afin d'être retranscrits dans un second temps.

E. Méthode d'analyse du discours

1) Transcription

L'analyse des entretiens a pu être possible après retranscription écrite. Nous avons réalisé une transcription intégrale du matériel, « mot à mot », pour limiter la perte d'informations.

Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques des femmes et des médecins ont été extraites pour décrire l'échantillon.

2) Analyse des données

Nous avons décidé de réaliser une analyse thématique des données. Cette analyse consiste à découper tout le corpus pour en effectuer un codage en 3 phases :

- Un codage ouvert, qui permet d'étiqueter des fragments de texte faisant référence à un concept. C'est un codage dit descriptif.
- Puis un codage axial, pour regrouper les différents concepts dans des thèmes plus génériques. Il s'agit d'un codage dit thématique.
- Enfin, un codage sélectif, afin d'englober ces thèmes autour d'une catégorie plus centrale et ainsi faire émerger des théories. Ce type de codage est dit matriciel.

Chaque investigatrice a réalisé le codage de ses verbatims à l'aide du logiciel NVivo. Une triangulation des chercheurs a été réalisée sur les 25 entretiens.

3) Méthodologie de la recherche bibliographique

Les mots-clés utilisés appartenant sont les suivants : recherche qualitative, ménopause, ressenti, femmes, traitement hormonal substitutif, médecins généralistes, prévention, médiatisation, bibliothérapie, décision partagée, relation centrée patient.

Nous avons utilisé ces mots-clés sous diverses combinaisons en utilisant les moteurs de recherche suivants : Pubmed, Google, Sudoc, EM premier, Sciences direct.

III. RÉSULTATS

A. Résultats des entretiens avec les médecins généralistes

1) Population d'étude

a) Caractéristiques de la population

Vingt-quatre médecins généralistes ont été contactés ; quatorze ont participé à l'étude ; trois ont été sollicités par téléphone mais n'ont pas donné suite au premier appel ; deux étaient intéressés mais il n'a jamais été fixé de date par concours de circonstances ; trois ont été démarchés par email restés sans réponse ; deux ont été contactés par téléphone mais n'ont jamais répondu ou l'investigatrice a été stoppée par les secrétaires sans qu'aucun contact direct avec les médecins ne soit possible.

Cette population était composée de six hommes et huit femmes, exerçant en médecine libérale. La durée de leur exercice était variable pouvant aller de 1 an à plusieurs années (40 ans au maximum).

Un avait une orientation de sa pratique en addictologie, deux en santé de la femme, une en médecine du sport, les autres exerçaient une médecine générale variée sans orientation spécialisée dans un domaine.

Douze exerçaient en milieu urbain dont deux dans des zones à plus grande précarité, les deux autres exerçaient en milieu semi-rural. Les médecins étaient tous issus d'un seul département, les Bouches-du-Rhône, et avaient tous un secrétariat sur place ou via une plateforme téléphonique. Leur fonctionnement variait en fonction des jours, seulement deux ne consultaient que sur rendez-vous, la plupart conservaient des créneaux ou demi-journées d'urgence en alternance avec des plages de rendez-vous.

L'ensemble des caractéristiques est présenté dans l'annexe 3.

b) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 9 octobre 2019 au 2 juillet 2020. Ils ont été interrompus pendant les vacances scolaires devant le peu de médecins disponibles et la période de confinement liée au COVID.

Les entretiens ont majoritairement été effectués aux cabinets des médecins généralistes en dehors de deux entretiens qui ont été réalisés au domicile des praticiens et deux autres entretiens ont été réalisés par téléphone.

La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes 18, variant entre 8 minutes 35 et 22 minutes.

2) Résultats principaux

a) Perception des demandes des femmes par les médecins généralistes

La médecine générale d'aujourd'hui est une médecine de premier soin qui vise à prendre en charge les patients dans leur intégralité. La relation qui se lie entre le médecin et son patient a pour vocation de créer une atmosphère de confiance permettant d'aboutir à la prise en charge la plus optimum possible, centrée sur le patient.

MG 2 : « Tout est important dans la santé de la femme de A à Z, la prise en charge de la femme doit se faire dans son intégralité. On aborde différents sujets en fonction de l'âge des patientes. »

Le modèle de prise en charge des femmes actuelles n'est pas différent de celui des hommes.

MG 12 : « Elles ont aussi des problèmes identiques aux hommes : hypertension, dépression etc. Ce n'est pas forcément très spécifique mais de toute façon en terme de médecine générale, on touche à tout. »

MG 5 : « La santé des femmes implique beaucoup de choses mais je pense que la prévention est peut-être plus marquée que chez l'homme. S'il faut noter une différence, ça serait celle-là. »

Cependant la femme a ses spécificités et chaque consultation lui est propre. On note une nette distinction des motifs de consultation en fonction des différents âges de la vie.

A partir de 40 ans, elles expriment des plaintes à la fois somatiques et psychiques mais les praticiens n'identifient pas clairement leurs demandes lors du tout premier contact.

L'absence de formulation spontanée de leurs troubles aboutit à des demandes masquées à l'exception des femmes dont les symptômes sont considérés comme insurmontables.

MG 14 : « Les femmes quand elles viennent me voir en consultation, elles ont souvent une demande « masquée », si on ne pousse pas l'interrogatoire, elles ne parlent pas de certaines choses qui sont finalement un problème. »

b) Ressentis des médecins face à la ménopause

D'après les médecins interrogés, la prise en charge de la ménopause n'est souvent pas considérée comme une urgence par les femmes elles-mêmes.

MG 12 : « La ménopause, ce n'est pas vraiment leur urgence. »

Le rôle de prévention est prépondérant dans la prise en charge des femmes ménopausées et touche à de nombreux sujets, au premier rang desquels le suivi par mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Les médecins généralistes se sentent tous investis dans ce rôle de prévention.

Toutefois, lorsqu'il s'agit des autres domaines qui touchent à la prise en charge de la femme à un âge avancé tel que les troubles en lien avec la libido, la sexualité, les troubles du sommeil ou de l'humeur, ils reconnaissent avoir une connaissance limitée ;

ce qui rend les représentations sociales omniprésentes dans les consultations de médecine de ville et dominantes dans la décision de prise de certains traitements.

Ainsi paradoxalement au dépistage très codifié auquel la plupart des médecins sont attachés, il semble difficile d'envisager un suivi de la femme ménopausée dans sa globalité, cette dernière étant le plus souvent réorientée vers un spécialiste pour tout ce qui touche à la sphère de la ménopause.

On assiste à une dynamisation péjorative du vieillissement définie par certains médecins comme la crise de milieu de vie.

MG 4 : « Il y a eu une désespérance de la ménopause depuis 15 ans. On a un peu « abandonné » les femmes. Et du coup tout le monde suit le mouvement. »

Ils s'accordent sur le fait que la société actuelle met en péril la prise en charge de la femme qui n'est plus en âge de procréer et que la difficulté de prise en charge des femmes et de leurs symptômes vient de croyances erronées en lien avec une méconnaissance face à un arsenal thérapeutique peu connu. Une incertitude existe face aux risques qu'il engendre ainsi qu'une difficulté dans la réassurance des femmes face à l'essor de la peur liée à la prise d'hormones.

Toutes les femmes atteignent cette période de la vie avec un capital santé différent. Bien qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec la prise en charge des différents symptômes de la ménopause, les généralistes identifient tous les plaintes des femmes de la même manière et ont conscience du rôle qu'ils peuvent jouer dans l'amélioration de la qualité de vie de ces dernières.

MG 7 : « C'est une perte de la vitalité, c'est une perte d'entrain, l'apparition de bouffée de chaleur, de trouble du sommeil. C'est quand même un tournant dans leur vie. »

Mais l'émergence d'une psychose antihormone est à l'origine de l'évolution des demandes des femmes au cours de ces dernières années, ce qui nous ramène au problème sociétal de représentation de la ménopause et des traitements hormonaux par les patientes et les médecins eux-mêmes.

MG 4 : « Les demandes des femmes ont changé depuis quelques années à partir du moment où il y a eu une ascension de l'homonophobie. »

Le rôle de l'âge et du genre du praticien a également un impact sur la demande de ces femmes.

MG 7 : « Comme je vous l'ai expliqué étant un homme, elles sont très réfractaires au suivi gynécologique à proprement parler. »

Elles auraient tendance à évoquer les symptômes dont elles souffrent plus spontanément lorsqu'elles s'adressent à une personne du même sexe et du même âge.

MG 12 : « Je pense que c'est aussi peut-être lié à mon âge (rires), je commence à être dans l'âge en question et ça peut aussi avoir un côté rassurant (rires), le fait que je sois une femme également. Il y a peut-être une question de genre dans tout ça. »

c) L'arsenal thérapeutique disponible

A la question : De quels moyens disposez-vous pour lutter contre les symptômes invalidants de la ménopause ?

Ils évoquent pour la plupart en premier lieu les traitements dit « naturels ».

Il s'agit essentiellement de traitements homéopathiques ou à base de phytothérapie.

MG 7 : « Je viens parfois à leur proposer des thérapeutiques naturelles pour essayer de tempérer les symptômes. »

L'arsenal thérapeutique se divise donc en deux catégories de traitements auxquels ils peuvent avoir accès : les traitements hormonaux et non hormonaux.

Lorsqu'ils envisagent la prescription du traitement hormonal, ils évoquent le fait de devoir « préparer le terrain » laissant parfois agir le temps.

MG 14 : « On essaie progressivement les choses puis finalement le temps fait son effet, je les reconvoque ainsi de suite, ça va mieux... »

Lorsqu'ils font appel aux traitement hormonaux, la piste privilégiée en première ligne est une prise en charge locale. Ils n'évoquent le traitement hormonal substitutif de la ménopause que lorsque les symptômes sont très invalidants, estimant que le caractère invalidant des troubles est laissé à leur propre subjectivité.

Ils citent également l'usage de traitements qui ciblent plus particulièrement certains symptômes tel que les antidépresseurs contre les troubles de l'humeur ou encore la mise en place de psychothérapie.

MG 2 : « On peut également mettre en place des soins par rapport aux déséquilibres notamment psychologique de la femme à cette période de la vie. »

Le choix du traitement est le plus souvent fonction des symptômes des patientes, notamment le fait que certains soient très invalidants peut permettre d'envisager le passage d'une catégorie à l'autre.

Les médecins parlent spontanément peu du traitement hormonal, relégué à la dernière place dans la prise en charge.

Ils identifient la problématique d'absence d'arsenal thérapeutique mais se posent la question d'une méconnaissance des produits actuellement commercialisés, les nombreuses variations de mise sur le marché des dispositifs n'ayant pas facilité l'acquisition des notions nécessaires à l'usage de l'ensemble du panel de thérapeutique disponible.

MG 3 : « Il y a certains traitements qui d'ailleurs ont été sortis à l'époque notamment le Livial (la tibolone) qui marchaient très bien. Mais qui sont complètement tombés dans l'oubli, plus personne n'en n'a jamais prescrit ... Et là c'est revenu sur le marché et il faut savoir le prescrire parce que ça améliore plutôt le confort sexuel des patientes. »

d) Facteurs limitant la prescription du traitement hormonal substitutif

La consultation de médecine générale est un frein en elle-même dans la prescription du THS. La ménopause n'étant pas le principal sujet évoqué au cours de ces consultations, elle est souvent considérée comme secondaire. Les médecins généralistes se sentent submergés au quotidien et la méconnaissance vis-à-vis des traitements est un frein majeur à leur introduction.

Si un bon nombre ne voit pas de difficulté à renouveler le THS, la principale crainte qui ressort est son introduction.

MG 14 : « Je ne connais pas vraiment les bénéfices que ça peut engendrer puisque finalement la seule indication qu'on nous fait retenir ce sont les bouffées de chaleur invalidantes, insoutenables. »

Les croyances erronées dues à une importante médiatisation ancienne du traitement en sont une des causes principales.

MG 10 : « J'ai en tête des informations qui sont probablement fausses parce que à l'époque on nous bassinait avec les cancers du sein. Je sais que l'association entre les deux n'est pas tout à fait claire. Mais j'ai néanmoins des craintes... »

MG 8 : « Le traitement hormonal reste toujours très polémique donc... »

Certains facteurs limitants sont inhérents à la femme elle-même, elles constituent un obstacle pour elles-mêmes.

MG 12 : « Vu leur motivation, je le prescris vraiment que s'il y a une gêne. »

Ils évoquent un abandon de la prise en charge en lien avec :

- le type d'activité : dans le cadre du remplacement il est difficile d'effectuer un suivi chronique.

MG 1 : « Le problème c'est qui dit durée, dit surtout suivi donc effectivement forcément plus difficile dans ma pratique actuelle. C'est une de mes craintes qui finalement inconsciemment diminue le pourcentage de chance d'introduire un traitement. »

- un manque d'information et de connaissances face aux traitements disponibles et une médiatisation importante du traitement.

MG 4 : « On sait tous que le traitement hormonal substitutif fait des miracles mais ça fait maintenant une quinzaine d'année qu'on entend dire que c'est un traitement dangereux. »

- l'absence de formulation spontanée de la demande par les femmes.

MG 1 : « Les habitudes, je pense qu'il peut y en avoir uniquement si déjà il y a une formulation et une demande de la patiente. »

- la subjectivité personnelle de chaque médecin par rapport à l'évaluation de la qualité de vie des femmes et leur vécu personnel face à l'usage des hormones.

MG 11 : « C'est la toute la problématique, c'est extrêmement subjectif je sais ... »

MG 9 : « Je pense que c'est un avis personnel. L'âge de la ménopause est l'âge où on fait tous les dépistages de cancer, où on retrouve toutes sortes de problèmes artériels, veineux etc. et c'est vrai que je trouve que les hormones ne sont pas bénéfiques sur plein de points. »

- une problématique générationnelle. Les jeunes générations sont plus impactées par les anciennes données que les vieilles générations qui sont plus enclin à introduire ce type de traitement.

MG 14 : « Je pense que nous « les jeunes générations » avons été formés antiTHS (bras en croix) et puis moi comme je ne suis pas gynécologue j'essaie d'instaurer au minimum un traitement hormonal. »

- l'absence de protocole établi, clair et accessible.

MG 14 : « J'ai l'impression que je n'ai jamais vraiment trouvé de réponse à mes questions : comment l'arrêter, quand et comment le réévaluer, est-ce qu'on peut l'arrêter un mois pour voir si les symptômes notamment les bouffées de chaleur reviennent ou pas. Je ne connais aucune de ces réponses ...car je ne sais pas où les trouver... »

- la difficulté à arrêter le traitement chez certaines patientes.

MG 12 : « Alors j'ai souvent des difficultés à l'arrêter, faut vraiment leur dire « c'est bon, là ça ira », réponse « non non non on n'arrête pas » (rires). Donc vraiment j'ai des difficultés à l'arrêter. »

Pour les médecins généralistes favorables à la prescription du traitement, la décision partagée est au centre de la prise en charge mais nécessite d'avoir des connaissances récentes et robustes pour pouvoir argumenter la balance bénéfice-risque. Ils prennent également l'ensemble des précautions nécessaires pour éviter tout préjudice par la suite.

MG 5 : « J'allais presque dire que l'avis médical lorsqu'il est favorable, fait le plus souvent basculer la prise de décision. Les patientes sont très peu informées ou lorsqu'elles le sont, elles ne voient que le coté néfaste du traitement. »

MG 12 : « Comme j'avais fait des FMC après l'étude WHI, j'ai vraiment des arguments qui me permettent d'appuyer les nécessités de la prise du traitement lorsque c'est le cas. »

La plupart des médecins ont tendance à orienter les patientes vers leur gynécologue mais on se frotte alors à une difficulté d'accès aux consultations spécialisées constituant un frein d'accès aux femmes qui par conséquent continuent de vivre avec leurs troubles.

MG 7 : « Je laisse au gynécologue le soin de le prescrire. »

e) Moyens d'informations

L'ancienneté de la communication par rapport aux traitements hormonaux a créé un climat de méfiance vis-à-vis de son usage.

La polémique semble s'être atténuée avec le temps mais l'absence de décryptage sociologique récent a impacté les jeunes générations face à la prescription du THS.

MG 9 : « Je ne sais pas si j'ai assez de recul sur les études qui ont été publiées mais je fais effectivement partie de la vague où on nous a rabâché qu'il y avait un risque carcinologique non négligeable. »

L'absence de démarche personnelle pour pallier le manque d'information est omniprésente dans l'ensemble des entretiens.

Les connaissances souvent anciennes ont été acquises au cours de l'internat.

MG 10 : « Je connais 2 traitements qu'on m'a appris au cours de mon internat et c'est tout donc c'est un peu pauvre pour se sentir à l'aise. »

Pour pallier leurs connaissances théoriques limitées, lorsqu'ils sont face à la patiente, les médecins se réfèrent essentiellement à internet. D'autres font appel à la presse papier.

MG 13 : « Comme je ne suis pas à l'aise avec ce traitement, je m'informe souvent en temps réel sur internet. »

f) Axes d'amélioration d'accès à la prise en charge des femmes

La première manière de passer outre les facteurs limitants l'accès au traitement est de construire une relation médecin-patiente et de constituer un réseau avec les spécialistes.

MG 12 : « Quand j'ai vraiment un doute, je passe un coup de fil à quelqu'un en SOS amitié. »

MG 10 : « Il est vrai qu'à partir d'un certain âge, je pense qu'elles ne consultent que leur médecin généraliste donc effectivement il faudrait plus leur en parler. »

Organiser la consultation en évoquant systématiquement les troubles liés à la ménopause lorsque sont abordés les thèmes en lien avec la prévention, permettraient d'améliorer les pratiques actuelles.

Cette consultation pourrait s'effectuer en plusieurs temps notamment au cours de celles où les renouvellements d'ordonnance sont rapides.

Un questionnaire systématique à partir de 45 ans pourrait aider à dépister les premiers symptômes au cours du suivi classique.

MG 1 : « Il faut vraiment pouvoir suivre les patientes et avoir une certaine proximité avec elles pour pouvoir introduire et réévaluer l'intérêt du traitement. »

Les médecins pourraient ainsi être plus à l'écoute des patientes et auraient un intérêt d'éducation thérapeutique en exposant les bénéfices et les risques en lien avec la prise du traitement.

Le but étant d'apporter une information éclairée pour une prise en charge adaptée à chaque patiente et ainsi éviter une prise en charge retardée.

Par ailleurs, entreprendre des formations personnelles ou créer des campagnes de soin à plus grande échelle sensibiliserait l'ensemble des médecins à la prise en charge de ce type de symptômes. Ils ne se sentiraient plus démunis par rapport au manque d'information concernant l'arsenal thérapeutique à disposition notamment hormonal.

Elles permettraient également une réassurance de la compétence des généralistes dans leur capacité à prendre en charge cette étape de vie.

Établir un protocole clair et le communiquer serait également primordial pour passer le cap de la prescription des hormones.

Le caractère rémunérateur pourrait aussi avoir un impact dans le fait simple d'y songer.

MG 10 : « Faudrait peut-être le mettre dans la ROSP pour y penser (sourire) »

Le moyen de communication idéal doit favoriser l'échange, la spontanéité et l'interaction. Le praticien doit être à l'écoute de la femme. Il doit axer sa consultation sur l'éducation thérapeutique, la communication et la décision partagée de prise de traitement notamment hormonal. Le but étant de pouvoir évaluer le risque en qualité de médecin pour prendre la décision d'introduire ou non ce type de traitement.

MG 4 : « Je pense que déjà le point primordial c'est de faire de l'éducation. Expliquer aux femmes ce que sont la ménopause et ses conséquences sur la vie au quotidien, ce que ça va entraîner comme changement de vie. Elles sont très peu informées et ne réalisent pas le chamboulement de vie que ça va entraîner. Elles subissent leurs symptômes le plus souvent vu qu'elles ne sont pas informées. »

MG 5 : « Ils font partie de la catégorie qui se réfèrent à certaines études très controversées mais il faut faire vraiment une différence entre le risque absolu et risque relatif. Par exemple la prescription de contraceptif augmente deux fois plus le risque de phlébite, quand ce risque représente initialement une femme sur 10000 et qu'on augmente la probabilité à deux femmes pour 10000 en le prescrivant ; on a deux fois plus de risque d'engendrer un effet indésirable. Est-ce que c'est pour cette raison qu'on va laisser les femmes sans contraception, je ne pense pas... Je crois qu'il est important de relativiser et faire la part entre le risque relatif et le risque absolu. »

B. Résultats des entretiens avec les femmes ménopausées

1) Population d'étude

a) Caractéristiques de la population

Les femmes ménopausées ont été recrutées lors de consultations de médecine générale au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, afin de leurs proposer un rendez-vous au plus proche de la date de contact et ainsi éviter de les perdre de vue. Douze femmes ont été démarchées et ont répondu favorablement à notre demande. Une n'a pas donné suite au moment de fixer le rendez-vous.

Cette population était donc composée de douze femmes, entre 50 et 57 ans (âge moyen 54,6 ans). Elles étaient ménopausées depuis 3,4 ans en moyenne (de 1 à 9 ans). Tous les statuts maritaux étaient représentés (célibataire, en concubinage, mariée, divorcée, veuve) et elles avaient en moyenne 2 enfants (entre 0 et 4 enfants). Toutes avaient un emploi.

Elles habitent toutes dans les Bouches-du-Rhône et consultent un médecin généraliste dans la même région. Aucune n'a été recrutée chez un médecin généraliste participant à l'étude.

L'ensemble des caractéristiques de la population est présenté dans l'annexe 4.

b) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 17 juin 2020 et le 14 juillet 2020. La date a été choisie en fonction des disponibilités des femmes interrogées.

Les entretiens se sont tous déroulés par téléphone et enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

La durée moyenne des entretiens étaient de 19 minutes 37 secondes, allant de 14 minutes 11 à 27 minutes 42.

2) Résultats principaux

a) Vision et vécu de la ménopause

La ménopause est au départ vue par certaines comme une délivrance due à l'arrêt des règles. Dans ce cas, les mots comme « liberté », « tranquillité » reviennent souvent. C'est le côté positif ressenti par les femmes.

Cela permet aussi la disparition des symptômes liées aux règles : anémie, syndrome prémenstruel, migraines cataméniales, irritabilité avant les règles... Ces patientes disent « aller mieux » depuis le début de la ménopause.

Passé ce premier abord, c'est la découverte de tous les symptômes liés à la ménopause qui sont eux, mal vécus :

- Les bouffées de chaleur sont le symptôme principal ressenti par les femmes. Elles sont associées à des troubles du sommeil et de ce fait, à l'asthénie :

F 5 : « C'est la montée de la bouffée de chaleur qui me gêne. Ça me réveille les nuits alors ça par contre... (souffle) j'arrive plus à gérer là ! Je ne dors plus la nuit, ça me réveille toutes les 1h et demi, 2 heures, ça c'est ingérable. »

F 6 : « Mais le pire du pire, c'est quand on a des bouffées de chaleur... Alors on est à 1000 degrés en chaleur au niveau du corps... mais alors c'est incroyable hein, c'est un processus, je ne sais pas comment dire, ça fait vraiment bizarre, vous avez des suées et quelques minutes après vous avez froid, vous avez très froid ! »

- La sécheresse vaginale, engendrant douleurs et difficultés lors des rapports sexuels.

- La perte de libido, ressentie comme brutale et totale.

- La prise de poids, inconstante, mais vécue comme désagréable chez des femmes qui font en général attention à leur physique.

Toutes s'accordent à dire que la ménopause est un cap, qui marque le début du vieillissement. Certaines évoquent même un inversement de l'adolescence : les premières règles marquent la transformation en femme et leur fin, le début de la vieillesse.

F 10 : « Je pense que psychologiquement les femmes quand elles ont la ménopause, c'est une page qui se tourne, et qui se tourne vers la vieillesse, vous voyez ce que je veux dire ? »

Cette sensation est renforcée par l'image que renvoie la société. Les femmes sont caractérisées par le fait d'avoir des enfants, et l'arrêt de la capacité reproductive leur enlève leur fonction, leur place dans la société.

F 1 : « J'avais l'impression que c'était un sujet tabou en fait. »

« De la société en général... Quand on arrive à cette période-là, vers 50 ans, on a vraiment la sensation qu'on passe un cap, un vrai cap, on se sent un peu à la casse honnêtement... C'est très désagréable comme sensation ! »

F 10 : « Parce qu'à partir du moment où une femme ne se reproduit pas, qu'elle n'a pas d'enfants, c'est la fin de tout. »

Elles ne considèrent pas la ménopause comme une maladie à proprement parler mais comme un événement qui nécessite, selon les femmes, un accompagnement important. C'est un changement vécu comme brutal, du physique et du comportement de la femme.

b) Prise en charge médicale

Plusieurs femmes ont déclaré être suivies par leur gynécologue, par habitude de suivi. Ce sont les praticiens qui les suivent depuis des années pour la contraception, les grossesses et c'est donc naturellement qu'elles se sont tournées vers leur gynécologue à l'arrivée de la ménopause, car c'est un événement de la vie gynécologique.

F 7 : « Dès que j'ai été en âge de prendre la pilule vers 20 ans, j'ai été suivie par ma gynécologue donc pour moi c'est bien acté, c'est comme ça. »

Néanmoins, l'accès au spécialiste est souvent difficile avec des délais de rendez-vous assez long et parfois un manque d'écoute ressenti du fait d'un temps de consultation jugé insuffisant pour exprimer leurs plaintes. Lorsqu'un gynécologue femme est remplacé par un homme, cela peut engendrer pour certaines patientes des difficultés lors de la consultation. Le suivi peut aussi se déplacer vers le généraliste lorsque le gynécologue leur propose un traitement qui ne leur convient pas, hormonal par exemple.

Pour celles suivies par leur généraliste, le motif qui a été plusieurs fois évoqué est la relation de proximité avec le praticien, qui les suit souvent depuis de nombreuses années et qu'elles voient plus souvent que leur gynécologue. Malgré cela, certaines sont freinées par le fait que leur généraliste soit un homme et éprouvent donc une gêne à parler de la ménopause, sujet jugé comme intime.

F 3 : « Si mon généraliste était un homme, je ne me confierais pas comme je me confie je pense. »

Celles qui sont suivies par un proche (famille, amis...) ne souhaitent pas parler de ce sujet avec leur praticien qu'elles voient à l'extérieur du cabinet.

Qu'elles soient suivies par leur gynécologue ou leur généraliste, l'idée d'une relation de confiance est évoquée à l'unanimité. Le praticien est choisi en fonction de ses capacités de suivi et d'écoute. Elles savent qu'elles trouveront des réponses à leurs questions.

F 7 : « Moi je sais que dès que j'avais une question, je la posais et ça m'a aidé à passer le cap quoi. »

c) Moyens d'informations

Si toutes les femmes ne ressentent pas le besoin de s'informer sur la ménopause, elles en ont néanmoins toutes entendu parler par des femmes de leur entourage. Cela peut être leurs collègues de travail, leurs amies, leurs mères, sœurs ou tantes.

F 9 : « Entre femmes on en discute toujours plus ou moins quand on arrive à un certain âge. »

La ménopause semble donc être un sujet incontournable chez les femmes, les ressentis et expériences se transmettent entre les différentes générations ou entre femmes du même âge.

Avec l'avènement d'internet et de l'information accessible à tous, les femmes ont désormais un nouveau moyen de s'informer. Cela leur permet d'avoir des connaissances qu'elles pourront confirmer avec leur médecin.

F 3 : « Maintenant franchement avec internet, vous tapez le sujet que vous voulez voir et franchement...ça c'est bien quand même. Ça fait que quand j'avais des questions, je cherchais sur internet si j'avais besoin j'en parlais au docteur quand je le voyais. »

D'autres supports tels que des magazines ou des livres sont aussi utilisés. Le recours à son médecin est finalement la dernière étape d'information. Aucune des femmes interrogées n'a consulté son médecin en premier recours.

d) Traitement de la Ménopause

Afin de pallier le syndrome climatérique, il existe un traitement, le THM (Traitement Hormonal de la Ménopause) ou THS (Traitement Hormonal Substitutif). Si certaines femmes ont d'emblée des contre-indications à prendre ce traitement (antécédents de cancer hormono-dépendant par exemple), d'autres le refusent pour diverses raisons, toutes basées sur des craintes.

- Le fait qu'il ne soit pas considéré comme un traitement naturel et donc potentiellement néfaste.

F 1 : « C'est pas naturel, j'avais peur... »

- Une potentielle prise de poids.

F 5 : « On m'a dit "Si tu prends ça tu vas voir, tu vas prendre 10 kilos !" Donc déjà là-dessus, je ne le prendrais jamais ! »

- La crainte de développer des “symptômes” ou des “maladies”.

F 9 : « Ouais, on entend un peu de tout, il y en a qui ont eu des ganglions ou des machins comme ça... »

F 8 : « On dit que plus tard, ça fait des...comment dire...bah ça fait des symptômes sur le corps ! »

- Ou même des cancers

F 4 : « Il y a plus de cancers de sein...Donc je l'ai jamais pris en fait. J'étais pas très pour. »

F 5 : « J'ai une copine c'est simple, elle m'a dit "Si tu peux éviter de prendre, ne prends pas ! Ça donne des cancers et tout" »

Certaines nuancent néanmoins leurs propos, en ne confirmant pas totalement le lien entre THM et cancer.

F 11 : « Il a eu très mauvaise presse avec, en fonction de la manière dont il était managé et peut-être aussi la réaction des patientes qu'on ne peut pas trop prévoir, des cancers du sein... Autour de moi, il y a eu des cancers qui sont apparus aussi sous traitement, qui seraient peut-être aussi apparus sans le traitement... »

On peut aussi constater que tous ces freins viennent d'idées reçues, transmises entre femmes. Elles ne savent pas forcément d'où viennent ces idées, ni si elles sont véridiques.

F 5 : « Parce que moi je me suis fiée aux « on dit » ... Le « on dit » c'est bien, c'est vrai que c'est les femmes qui sont ménopausées qui te disent ça mais bon... est ce que c'est vrai, est ce que c'est pas vrai ? »

Mais toutes ne partagent pas cet avis. Certaines ont décidé de faire confiance au corps médical, notamment grâce à une information claire.

F 3 : « Je voulais le faire pour que ça aille mieux ! Un traitement c'est pour soigner et pour que ça aille mieux. Donc des craintes non pas du tout. »

« Oui mais ça je m'étais renseignée la dernière fois que je suis allée chez mon gynéco, il m'avait rassurée, il m'avait bien expliqué donc non je n'ai pas de craintes. »

Lorsqu'elles refusent le traitement hormonal, les femmes peuvent se tourner vers d'autres traitements tels que l'homéopathie et la phytothérapie, avec des résultats plus ou moins probants selon les personnes.

e) Axe d'amélioration de la prise en charge

Les femmes sont demandeuses de plus d'information. En effet, elles passeront toutes par cette étape de leur vie, qui sera vécue plus ou moins bien selon leur caractère, leur vécu ou leur mode de vie.

F 5 : « Peut-être au niveau de l'information parce que... C'est vrai qu'on en entend pas trop parler non plus hein ? De la ménopause...Parce qu'en plus c'est ce qui touche TOUTES les femmes... TOUTES les femmes de la terre, il n'y en a pas une qui ne sera pas ménopausée. »

Plus particulièrement, elles cherchent à avoir des réponses claires sur les risques en lien avec le THM.

F 5 : « Je pense qu'il faudrait bien accentuer sur ça, au niveau de l'information sur les risques de cancer. Parce que franchement ce qui fait peur, c'est le mot cancer hein, c'est pas autre chose ! »

La ménopause étant un passage souvent ressenti comme difficile, tant sur le plan physique que psychologique, elles appellent aussi les praticiens à un peu plus de pédagogie, pour les préparer et les accompagner.

F 1 : « Arrivée à un certain âge, quand on suit sa patiente, déjà peut être lui donner un petit livret, enfin gentiment quoi, pour la préparer en disant les symptômes que l'on est susceptible d'avoir, nous dire quelles sont les options de traitement, hormonal ou non... »

L'écoute et la communication sont des concepts qui reviennent souvent. Les femmes ont besoin de s'exprimer, que leurs symptômes soient pris en considération. Néanmoins, elles sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles bénéficient.

F 9 : « A chaque fois que j'ai eu à poser une question, j'ai eu la réponse. Ma gynécologue, elle est au top, ma généraliste elle est super ! »

IV- DISCUSSION

A. La validité de l'étude

La réalisation d'une étude qualitative semblait être la méthode la plus adaptée au recueil des ressentis des médecins et des patientes sur le thème de la ménopause. Elle nous a permis d'obtenir des informations variées, parfois inattendues, et enrichissantes pour notre travail de recherche.

Bien que le thème de notre thèse ait fait l'objet de quelques travaux, son exploration en miroir en fait toute l'originalité. Dans ces derniers, les points de vue de chaque partie sont le plus souvent exposés mais il n'existe pas à ce jour d'études les comparant.

Notre travail a été mené selon une méthodologie applicable aux critères de scientificité COREQ-32. (15)

Le cadre théorique utilisé pour sa conception se base sur la méthode de théorisation ancrée. (14)

L'échantillonnage formé par effet boule de neige n'est pas statiquement représentatif de la population mais atteste de sa diversité.

Les entretiens réalisés en lieux calmes ont permis une collecte de données à partir de guides pré établis et testés et le consentement des participants a été systématiquement recueilli.

Ces entretiens ont été poursuivis après obtention du seuil de saturation des données, discutés une fois l'absence de nouvelles informations émergentes.

Pour la réalisation du codage, nous avons utilisé un logiciel informatique (NVivo).

La triangulation de l'ensemble des données a été réalisé sur la totalité des entretiens, augmentant la validité interne de notre étude. Ceci nous a permis d'établir un arbre de codage (annexe 5 et 6) pour la rédaction de résultats à partir des principaux thèmes. En les triangulant avec les sources disponibles dans la littérature, les résultats semblent cohérents avec les données actuelles.

Une exposition claire des méthodes et des procédures employées augmente la fiabilité de notre travail. Nous avons réalisé une description la plus exacte possible de la population de recherche pour comparer au mieux les résultats de l'étude et les extrapoler.

Notre étude présente cependant des limites.

Les investigatrices étaient novices dans la réalisation d'étude qualitative. Le biais lié à l'analyse par les chercheuses constitue un biais d'interprétation, chaque personne ayant sa propre manière d'interpréter. Il existe également une limite due aux personnes interrogées, chaque personne ayant sa propre manière de s'exprimer. Il a donc parfois été difficile de saisir le sens exact de certaines phrases.

L'enregistrement des entretiens à l'aide de dictaphone s'est fait uniquement de manière audio. L'absence d'enregistrement visuel engendre un manque dans l'analyse complète des résultats.

Les verbatims n'ont pas été validés par les différents participants. Ces derniers n'ont également pas pu exprimer de retour sur les résultats du groupe voisin diminuant ainsi l'effet miroir de notre étude.

De ce fait, la recherche de concordances entre les données et les résultats faisant intervenir plusieurs interviewers n'a pu être réalisée.

B. La ménopause, phénomène biologique ou culturel ?

La définition biologique de la ménopause est porteuse d'une charge symbolique qui ne peut la dissocier de son caractère social.

Le ressenti global des femmes est négatif à l'exception de quelques cas. Les symptômes vécus comme gênants altèrent leur qualité de vie sur tous les plans : physique, psychologique et relationnel. Ce ressenti est amplifié par l'image que leur donne la société. Une femme arrivée à l'âge de la ménopause ne serait plus « utile » car ne pourrait plus procréer. Elle serait donc uniquement définie par son activité génitale ; des premières règles qui la font devenir une femme, à la ménopause qui lui enlèverait ce statut.

Cependant, comme le dit justement le Docteur LETOMBE, « la ménopause n'est pas la fin de la féminité mais uniquement la fin de la fertilité ». (16)

Le premier constat mis en avant après analyse de l'ensemble des entretiens est le manque d'informations véhiculées sur la ménopause.

Les médecins ont conscience de leur rôle d'éducation face à cette étape physiologique de vie. Cependant l'aspect dominant de leur mission de prévention montre clairement une absence d'action dans le soin.

Les obstacles à la prise en charge viendraient au premier abord d'une difficulté d'expression des symptômes par les femmes qui elles au contraire évoquent la nécessité de faire part de leur questionnement au corps médical avec une recherche d'écoute.

Les femmes identifient un manque de communication par les praticiens qui pourrait être à l'origine de leur difficulté à en parler spontanément en consultation, ce qui crée un amalgame se traduisant par le fait qu'elles « n'éprouvent pas toutes le besoin de se renseigner ».

En 2016, la thèse du Docteur TOMASZEK (17) avait déjà montré le manque d'information et de discussion concernant la ménopause entre les femmes et leurs généralistes.

Il semble néanmoins exister une réelle transmission d'informations entre femmes, chacune livrant aux autres son expérience et son vécu de cette étape charnière de leurs vies.

Il en résulte tout de même que les attentes vis-à-vis de chacun semblent converger vers le partage du même sentiment : une relation de confiance et de proximité est primordiale.

La nécessité d'accompagner les femmes vers et pendant cette étape de leur vie, souvent stigmatisée par la société comme « le début de la fin », doit se faire dans l'établissement d'une relation où l'écoute et la communication sont les maîtres mots. Les femmes comme les médecins évoquent le caractère médical de cet événement qui est néanmoins influencé par le vécu de chacun.

Le médecin reste cependant le premier acteur dans l'établissement de cette relation dans le sens où, étant détenteur des connaissances, il a le pouvoir d'adapter la distance médecin-patiente selon que celui-ci aborde les différents champs de la ménopause par une vision purement médicale ou personnelle.

Chaque femme arrive à l'âge de 50 ans avec les différents événements de vie qui ont jalonné son existence. Elles atteignent l'âge de la ménopause selon divers processus et déterminent ainsi ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas.

L'étendue des informations recueillis par l'étude SWAN lancée en 1996 sur environ deux décennies a montré que l'expérience des femmes en périménopause est fortement influencée par leur origine raciale et ethnique, preuve de l'élargissement des disparités en matière de santé mentale et physique pour chaque femme. (18)

S'enquérir des conditions de vie de chacune constitue donc un avantage non négligeable dans l'adhésion au discours médical.

C'est dans cette optique que Carl ROGERS, psychologue Nord-Américain, a mis en évidence un concept largement diffusé en psychologie, qui est applicable à la médecine afin d'obtenir une relation optimale : le concept d'Approche Centrée Patient. En effet, le simple fait que le médecin prenne en compte les attentes, les idées, les représentations et le vécu de son patient en parallèle de ses symptômes permet un meilleur diagnostic, une meilleure acceptation de la maladie et de la prise en charge. (19)

Les représentations sociales semblent primordiales dans l'établissement de la relation médecin-patient.

Les femmes évoquent le fait qu'il est plus facile de se confier à une personne du même sexe qu'elles vis-à-vis de leurs troubles notamment lorsqu'ils concernent leur sexualité. Alors que les médecins de sexe féminin pensent qu'une part de leur vécu, notamment vis-à-vis des hormones, pourrait faire basculer la balance dans la mise en place de certains traitements, cette part de subjectivité vis-à-vis de l'introduction de ce type de traitement est moins marquée chez les médecins de sexe masculin.

Ces mécanismes de défense non maîtrisables inhérents à chaque individu impliquent des questionnements sur les représentations personnelles de chacun.

On peut prendre l'exemple des femmes refusant la prise du traitement hormonal, lorsqu'on les interroge sur l'origine de ce refus, on se rend compte au cours des entretiens qu'il s'agit d'échos sans réel fondement. Car, si elles cherchent l'information auprès des autres femmes, elles n'ont pas de validation médicale des informations reçues. C'est là tout le paradoxe de la situation : elles s'appuient sur d'intimes convictions, véhiculées par leurs pairs, pour refuser un traitement dont elles n'ont aucune preuve qu'il soit nocif.

Dans la société actuelle, on note donc une instabilité et une disparité des représentations et des affects. La ménopause est à la fois vécue comme une libération pour certaines et un sentiment de vieillissement pour d'autres.

Ce décalage lorsque qu'il n'est pas pris en compte par le médecin crée un sentiment de « non écoute » pouvant être à l'origine d'une difficulté de compréhension mutuelle entre les deux parties comme énoncé dans la thèse du Dr BALIGOUT. (20)

La triangulation de la relation entre le médecin généraliste, la femme et le gynécologue est souvent évoquée comme un échec. Il est difficile d'établir un lien entre les différents protagonistes qui interviennent dans la prise en charge de la ménopause car les femmes choisissent l'un ou l'autre en fonction de leurs représentations personnelles, des relations avec les médecins ou des prises en charges proposées.

Environ la moitié des femmes font appel à un gynécologue pour traiter les troubles en lien avec leur ménopause et l'autre moitié se tourne vers un médecin généraliste mais ne consulte pratiquement plus de gynécologue à cette période de leur vie.

Il en ressort que l'alternative d'absence d'adhésion à la prise en charge des femmes par leur spécialiste est de consulter leur médecin généraliste. Cependant, lorsque les médecins généralistes sont au pied du mur concernant à la prise en charge des femmes et de leurs symptômes, ils les adressent à nouveau aux spécialistes.

Les médecins généralistes ne s'appuieraient-ils pas sur le caractère « non urgent » de la prise en charge pour entretenir ce cercle vicieux ?

C'est dans ce contexte qu'il semblerait judicieux de redéfinir un nouveau cadre de consultation dédié à l'information.

Les femmes seraient informées dans un premier temps par leur médecin généraliste avec une consultation consacrée à la ménopause et ses potentiels traitements afin de permettre un cheminement dans la réflexion, de leur laisser le temps d'appivoiser leurs symptômes.

Dans les suites, établir une échelle simple de quantification du ressenti des troubles pourrait être un premier pas dans le cheminement vers la prise de traitement.

Revoir les patientes à posteriori pour discuter dans un deuxième temps des thérapeutiques disponibles permettrait une communication plus claire sur les bénéfices et les risques pouvant aboutir à une décision partagée.

Cette dernière est définie par la HAS comme un des modèles de décision médicale dont les deux étapes clés sont l'échange d'information entre le praticien et son patient et la délibération qui découle d'une prise de décision acceptée mutuellement comme un commun accord sur la santé de l'individu. (21)

Le temps de délibération patient-médecin constitue un temps avant la prise de décision pendant lequel les outils d'aide à la décision peuvent être utilisés. Ces aides qui ne se substituent en rien aux conseils d'un professionnel de santé constituent un moyen de développer les démarches centrées autour des patients et de mettre en pratique les principes de la médecine fondée sur les preuves. Elles visent à prendre en compte les données de la science concernant les différentes options disponibles, l'expérience du professionnel et les attentes et préférences du patient, à valoriser le rôle actif des patients tant au niveau des décisions à prendre qu'au niveau de leurs soins pour valoriser leur qualité de vie.

A ce jour, il n'existe pas d'outils établis dans la prise de décision vis-à-vis des traitements en lien avec la ménopause.

A l'heure où l'informatique est au centre de notre activité, on pourrait envisager de rétablir un réseau de soin avec les spécialistes via l'usage du dossier médical partagé qui constituerait un outil permettant de faire de nouveau le lien entre les différents praticiens de manière sécurisée en vue d'être le plus efficace possible dans la prise en charge de ces femmes.

C. Le traitement de la ménopause : où en sommes-nous ?

Concernant le THM, les résultats de l'étude sont assez nets : de manière prépondérante, les médecins généralistes et les femmes redoutent les effets secondaires, principalement carcinologiques. Le mot « cancer » fait peur, d'un côté comme de l'autre, et suffit à faire abandonner toute idée de traitement hormonal, sans faire prévaloir la balance bénéfice-risque, ni même vérifier ses sources. Comment expliquer un tel désavouement pour ce traitement, autrefois considéré comme une vraie cure de jouvence ?

Si 50% des femmes n'ont pas besoin de traitement du fait de symptômes relativement peu importants, près de 35% était traitées avec le THM en 2002. (22) Mais cette année-là, a marqué un recul massif de la prescription de THM, suite à la publication

des résultats de l'étude américaine WHI : 20 ans après, seulement 8% des femmes ménopausées sont traitées par THM. Il nous paraît donc important de faire le point sur cette étude qui a radicalement modifié les pratiques, ainsi que sur les études qui ont suivi.

Tout d'abord, l'étude WHI n'a jamais eu vocation à étudier les risques du traitement de la ménopause mais plutôt l'intérêt éventuel du THM pour prévenir le vieillissement vasculaire et osseux de la femme âgée. La présence d'un syndrome climatérique était même un critère d'exclusion.

La population et les modalités de traitement ne correspondaient en rien avec le traitement proposé en France : les patientes avaient en moyenne 63 ans, un risque cardiovasculaire élevé (surpoids ou obésité, tabagisme...), le traitement avait été initié tardivement par rapport au début de la ménopause, augmentant aussi le risque cardiovasculaire et la probabilité d'apparition de cancers et les femmes ont toutes reçues une dose identique de MPA et d'ECE. (10)

Cette étude a été arrêtée précocement du fait de l'apparition d'un sur-risque de cancer du sein, de complications cardio-vasculaires et d'AVC.

La même année, l'AFSSAPS modifie donc ses recommandations afin d'en faire un traitement adapté à chaque patiente, à ses symptômes et ses risques propres. Il est prescrit pour une durée la plus courte possible, à dose minimale efficace et réévalué chaque année. L'accent est mis sur l'information des risques potentiels, la prévention et le dépistage. (23)

L'étude KEEPS (2002) (24) et une étude danoise (2012) (25) réalisée sur des femmes traitées avant 60 ans montrent une absence de surrisque cardiovasculaire.

L'étude ELITE (2016) (26) introduit ensuite plus clairement la notion de fenêtre thérapeutique, en montrant une baisse significative de la progression de l'athérosclérose si le THM est initié dans les 6 ans après le début de la ménopause.

Du côté français 2 études, ESTHER (2005) (27) et E3N (2008) (28) précisent encore les modalités de traitement. Elles démontrent que l'utilisation d'estrogènes par voie cutanée, associés à de la progestérone micronisée ou de la dydrogestérone, n'augmente pas le risque thrombo-embolique. L'étude CECILE (2013) (29) vient

préciser encore l'importance du type de progestatif utilisé en concluant qu'une utilisation de la progestérone micronisée n'augmenterait pas le risque de cancer du sein par rapport aux progestatifs de synthèse.

En 2017, une méta-analyse des patientes incluses dans l'étude WHI et suivies sur 18 ans vient s'inscrire dans la lignée des études précédentes et infirmer les résultats de 2002. Il en découle qu'une introduction du traitement dans un intervalle thérapeutique spécifique (soit entre 50 et 59 ans) et l'administration adaptée à chaque femme d'estrogènes par voie cutanée et d'un progestatif naturel, à dose minimale efficace, semble au contraire diminuer la mortalité, tant carcinologique que cardio-vasculaire. (11)

Dans toutes les études citées, on peut constater que le THM améliore significativement les symptômes climateriques. De plus, c'est le seul traitement ayant démontré une efficacité sur la prévention primaire des fractures ostéoporotiques, efficacité qui diminue néanmoins à l'arrêt du traitement.

Malgré ces nombreuses études rassurantes et un début de réhabilitation du THM, une méta-analyse publiée en 2019 par l'université d'Oxford a relancé les craintes concernant les risques de cancer du sein. (30) Si l'on regarde plus précisément cette étude, elle ne fait que regrouper l'ensemble des études précédemment citées, voire en occultant totalement ou en partie certaines apportant des informations sur les bénéfices du THM en fonction des molécules utilisées. Vingt ans après l'étude WHI, il est donc dommage de constater que la communication se fait encore sur les potentiels effets négatifs du THM et non sur ses effets positifs, pourtant nécessaire à une prescription adaptée en fonction de la balance bénéfice-risque.

Si ces études sont facilement accessibles pour des médecins qui souhaiteraient s'informer, comment expliquer que les patientes aient, elles, ces aprioris sur le THM après toutes ces années ?

La thèse du Docteur VALENTIN (31) semble apporter un élément de réponse, en étudiant l'information délivrée aux femmes à travers la presse magazine. Elle a constaté que les informations concernant le THM étaient peu nombreuses, parfois fausses et manquait de bibliographie. Le sujet était souvent abordé de manière subjective, en fonction des différentes orientations des magazines et des propres

opinions des journalistes. Cette vulgarisation scientifique non optimale a probablement contribué à la diffusion des craintes concernant le traitement de la ménopause.

L'analyse des entretiens des médecins généraliste a aussi permis de faire ressortir toute la difficulté de la prescription du traitement hormonal, qui réside dans le fait qu'il n'existe pas de prise en charge standard qui pourrait rassurer les praticiens en suivant des protocoles bien précis. C'est l'appréciation du médecin, en suivant les recommandations des autorités sanitaires qui permettra une prise en charge adaptée car individualisée.

Par exemple, malgré les recommandations émises par l'AFSSAPS en 2004 (23), certains généralistes ont déclaré ne pas trouver d'informations claires concernant les modalités d'arrêt ou de durée du traitement.

Il n'existe en effet pas de durée maximale de traitement, celle-ci devant être évidemment la plus courte possible mais décidée au cas par cas en prenant en compte les risques d'une durée prolongée de traitement. Il est suggéré de réévaluer la nécessité de traitement 1 fois par an, au moyen d'une fenêtre thérapeutique, soit en baissant la dose d'estrogènes progressivement, soit en suspendant le traitement quelques semaines.

A nouveau, une information claire et adaptée doit être donnée aux femmes qui souhaiteraient poursuivre le traitement. Car si certaines sont réticentes à l'initier, celles qui en bénéficient ne peuvent plus s'en passer, entraînant des difficultés pour les médecins qui ne savent pas toujours comment leur faire arrêter.

On ne peut que remarquer également une différence entre les jeunes praticiens et les plus expérimentés. Il semblerait que la formation des jeunes médecins ait été marquée par l'étude WHI et le scandale des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en 2013, créant ainsi une véritable hormonophobie, empêchant une prise en charge objective des patientes.

Nous vivons à une époque de surmédiation de la science, où il faut désormais s'armer d'esprit critique afin de ne pas tirer de conclusions trop hâtives ou erronées. En 2017, Robert Langer, investigateur principal de l'étude WHI, a publié un communiqué (32) qui sonne comme un mea culpa aux femmes ménopausées qui ont dû renoncer au THM à tort : « L'étude WHI a été correctement conçue pour répondre aux problématiques pour lesquelles elle a été prévue. Mais ses résultats ont été

détournés et ont donc fatalement causé du tort, qui persiste encore aujourd'hui, aux femmes pour lesquelles un traitement approprié a été arrêté ou n'a jamais été initié ».

Pour justifier cela, il invoque :

- L'inefficacité à identifier correctement le but de l'étude et les caractéristiques de la population au moment de présenter et interpréter les résultats
- La généralisation inappropriée des résultats obtenus à un sous-groupe clé, celui des femmes nouvellement ménopausées qui n'étaient pas correctement représentées
- La généralisation d'un type de traitement hormonal spécifique (ECE et MPA) à une classe entière de molécules

Mais surtout d'avoir « favorisé la publicité, la peur et le sensationnalisme par rapport à la science ».

A la vue de l'emballage médiatique autour des études, aux méthodes parfois critiquables, durant la crise COVID, il faut croire qu'aucune leçon n'a été tirée de cet épisode pourtant marquant de la recherche scientifique ...

D. Les propositions d'ouverture

La plupart des médecins évoque le fait de ne pas disposer de recommandations claires sur l'usage du traitement hormonal.

La HAS a publié des rapports de commission en 2004 réévalués en 2014 (23,33) mais n'a pas établi de recommandation sous forme d'outil simple d'usage.

Aucun médecin n'a cité de sources auxquelles il pouvait avoir recours dans sa pratique quotidienne. Ils souhaiteraient disposer de protocole clair sur l'usage des traitements de la ménopause.

Un groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVI) se réunit régulièrement pour porter des réflexions sur les problématiques en lien avec la ménopause. Ce comité scientifique a établi une fiche d'information datant de 2017 (34) destinée aux femmes leur donnant des informations sur la ménopause, ses effets et son éventuel traitement. Cette fiche leur permettrait dans un second temps d'aborder le sujet avec leur médecin de manière plus sereine.

Par ailleurs, il existe quelques sources disponibles à l'information des femmes sur internet tel qu'un e-guide qu'elles peuvent consulter en ligne. (35)

Dans la littérature, le guide pratique de la ménopause paru en novembre 2004 réédité en 2018 n'est accessible que sous format papier. (36)

L'ensemble de ces dispositifs est destiné aux femmes. On ne note pas d'outils accessibles en pratique courante aux médecins généralistes d'où la difficulté de mettre en place des directives dans la réalisation de leur consultation ; le risque étant, quand bien même le sujet de la ménopause serait abordé, d'axer la consultation sur certains thèmes au détriment d'autres. Prenons l'exemple de la problématique des bouffées de chaleur revenant régulièrement alors que les femmes se plaignent de nombreux autres troubles.

La plupart du temps, les médecins généralistes ne savent pas aborder la question de la sexualité ou des désagréments liés à l'incontinence. De nombreuses études épidémiologiques établissent que l'incontinence urinaire touchent en majorité les femmes après 60 ans mais pas que...

En 2002, il a été établi par une étude française que la prévalence de l'incontinence toutes causes confondues étaient de 27,5% avec une importante variation en fonction de l'âge : 18,2% des 25 – 35 ans étaient touchées et 38,5% étaient concernées après 40 ans. (37)

Ces données connues déjà depuis de nombreuses années montrent qu'il s'agit d'un problème de santé public majeur sous diagnostiqué par le fait même de son caractère « tabou ». Il est donc du devoir du médecin généraliste de se questionner sur ce type de problématique pouvant altérer de manière importante le quotidien de certaines femmes. D'autant plus qu'effectuer une consultation sur la ménopause ne nécessite pas d'examen gynécologique systématique devant lequel les médecins généralistes, notamment de sexe masculin, se sentent désarmés. Il suffirait simplement d'évoquer le trouble et proposer une éventuelle prise en charge. L'effectuer lors d'une seconde consultation donnerait l'occasion au médecin et sa patiente d'être mieux préparés, ces dernières n'étant souvent pas enclin à subir ce type d'examen lorsqu'elles consultent leur médecin de famille.

Apporter les moyens nécessaires aux médecins généralistes pour redonner un cadre à leur consultation leur permettrait d'accroître leur confiance et celles des femmes dans leur capacité à répondre à leurs attentes.

Dans notre société actuelle, nous avons accès à de nouveaux moyens de s'informer notamment via des podcasts dont certains sont réalisés par des professionnels de santé, ce qui leur confère une valeur ajoutée. (16)

Les médecins citent Internet comme source principale de renseignements. La mise en place d'outils synthétiques, facile d'accès, destinés aux médecins généralistes qui regrouperaient l'ensemble des problématiques touchant la ménopause peut constituer une piste pour lutter contre les barrières auxquelles ils doivent faire face au cours de leur consultation. Ces outils doivent pouvoir être évalués en conditions réelles d'utilisations.

Le but étant qu'ils comportent des recommandations mises à jour avec une trame d'informations à délivrer aux patientes ainsi que le panel des traitements à dispositions. Concernant le traitement hormonal, les spécialités disponibles, les dosages à prescrire, la notion de réévaluation permettant de définir une durée de traitement, la notion d'arrêt et de transition avec les traitements de type contraceptif en pré-ménopause.

Les médecins généralistes ayant rapporté une difficulté à aborder le sujet sous entendant qu'il ne s'agissait pas d'une « pathologie urgente », ils font émerger l'idée de la limitation de temps de consultation. Ils pourraient envisager d'en discuter avec les femmes au cours de consultations plus « légères », de type renouvellement d'ordonnance. Cela implique que l'outil utilisé ne doit pas impacter sur ce temps en question.

A l'instar d'autres sites utilisés au quotidien tel que Gestaclic (38), Antibioclic (39), Ménoclic pourrait voir le jour.

L'usage d'internet semble omniprésent dans la société actuelle. Les femmes l'utilisent comme source d'information principale en plus des informations recueillies dans l'entourage. Les médecins, comme décrit dans les entretiens, y ont souvent recours notamment lorsqu'il s'agit de mettre en place un traitement pour obtenir des informations complémentaires sans pour autant se substituer à la consultation. En effet notre étude, en accord avec la littérature, reconnaît internet comme outil en plein essor (40) mais pour une approche plus globale garante d'une entrée plus sereine dans la ménopause, il est nécessaire d'individualiser chaque consultation à chaque patiente en proposant un traitement « sur mesure ».

Un livre blanc publié par l'ordre national de médecins s'intéresse à l'usage du web et à la question de la télémédecine. (41) Ils établissent l'idée que l'usage d'une médecine 2.0 ne doit pas se substituer à une consultation. On peut voir son utilisation comme une alternative en vue de préparer la consultation et de laisser aux femmes le soin de se poser l'ensemble des questions nécessaires.

Comme l'énonce parfaitement certains médecins dans leur entretien, mettre en place de campagnes médiatiques à grande échelle constitue un moyen d'information universel. Elles renforcent le rôle du médecin et permettent de passer un message adressé à tous, femmes et hommes compris.

« La lumière est dans le livre. Ouvrez le livre tout grand. Laissez-le rayonner, laissez-le faire. » Victor Hugo

Au-delà de l'usage informatique via internet, une pratique encore méconnue en France se regroupe sous le terme de bibliothérapie.

Cet outil de soin et de prévention a pour principe l'utilisation de livres dans le but de soigner.

Lorsqu'on fait appel à la bibliothérapie, on peut se référer à 3 types d'ouvrages : la littérature classique pour laquelle les médecins conseillent leur patient selon leurs propres expériences littéraires, les ouvrages orientés à connotation psychologique et les livres dit d'auto-traitement traduit du terme anglais « self help book ». Dans cette dernière catégorie, le contenu du matériel utilisé est un enseignement psychothérapeutique issu des techniques comportementales et cognitives. On peut citer l'ouvrage de Marc-Alain OUAKNIN « Bibliothérapie. Lire, c'est guérir ».

Le doute français vis-à-vis de cette méthode se ressent dans la recherche. A ce jour, on ne rapporte que peu de travaux établis en France. Nous avons pu recenser 3 thèses publiées sur le sujet. (42–44)

Dans la thèse du Dr BONNET, ce scepticisme spontané viendrait du fait que « personne ne lit » et « aucun patient n'accepterait d'acheter un livre si celui-ci n'est pas remboursé par l'assurance maladie ». Or il montre que les chiffres sont probants, dans son étude 58 % de la population a lu au moins un livre dans les 12 derniers mois.

Bien que cette pratique soit décalée par rapport à l'exercice conventionnel en médecine, les médecins généralistes sont ouverts aux changements : 73% sont d'accord avec l'idée que la bibliothérapie est un outil de soin.

Proposer un livre c'est amener le patient vers un questionnement, ce qui permettrait de renforcer l'alliance thérapeutique nécessaire à son éducation.

Le principe d'éducation thérapeutique inscrit dans la loi Hôpital Santé Territoire du 21 juillet 2009 et est applicable à tous les domaines de la santé y compris la ménopause.
(45)

Ainsi la bibliothérapie et l'alliance thérapeutique peuvent être intimement liées. Cette relation de collaboration qui s'établit entre le médecin et son patient confère une certaine autonomie permettant de le responsabiliser.

Dans la thèse du Dr BONNET, un parallèle est effectué par rapport aux problèmes en lien avec la sexualité et on note que le seul essai randomisé traitant des dysfonctions sexuelles et incluant des femmes montre un bénéfice dans l'évolution de ces troubles après 5 ans de suivi. Il est à noter dans cet essai qu'aucune comparaison n'a été réalisée avec un traitement par sexothérapie conventionnelle.

La bibliothérapie sur ordonnance pourrait donc être un moyen de faire adhérer les patientes aux discours médicaux en véhiculant une pensée plus positive comme a tenté de le faire le Dr Christiane NORTHRUP dans « Les plaisirs secrets de la ménopause ».(46)

Le fond de l'enseignement peut ainsi être délivré par le livre qui constitue un pont thérapeutique entre 2 consultations. La patiente prend connaissance du matériel du livre et peut en discuter avec son médecin dont le manque de temps est compensé par l'apprentissage de cette science.

Elle constituerait une impulsion extérieure pour opérer une inspection intérieure, d'où le terme de lecture thérapeutique, et permettrait donc de prolonger la relation thérapeutique au-delà du temps de consultation.

Proposer une collaboration libérerait la parole des femmes.

V- CONCLUSION

A l'heure où la place de la femme dans la société est à l'origine de nombreuses interrogations, la ménopause constitue un enjeu de santé publique qui dépasse largement le cadre médical.

Le constat alarmant du manque de connaissances des femmes sur le sujet met en évidence son caractère tabou. Elles sont en partie influencées par le partage d'expérience avec les différentes figures profanes qui les entourent, principal moyen d'information. Elles restent cependant très en demande de réponses par rapport à de nombreux questionnements. Ainsi le médecin garde une place importante dans la relation qu'il établit avec ses patientes, il est l'un des interlocuteurs auquel elles vont faire appel.

Elles souhaiteraient une meilleure communication sur le sujet par des médecins sensibilisés. Le continuum des représentations sociales en fait une étape de vie propre à chacune. La prise en compte de ces dernières par le médecin améliorerait la qualité du dialogue pour une prise en charge mieux adaptée. Le médecin généraliste constitue donc un acteur privilégié dans l'établissement de la relation avec ses patientes. La réalisation d'une consultation initiale spécifique sur la périménopause et la ménopause pourraient être une des premières avancées dans la prise en charge, rendant le médecin généraliste plus actif. Il semble être au cœur de la stratégie décisionnelle face aux traitements à mettre en place.

Le THM ne profite aujourd'hui qu'à très peu de femmes. Souvent décrié, la confusion qui s'est créée avec l'étude WHI a été relayée par les médias grand public à l'origine d'une surestimation du risque impacté par les représentations négatives de chacun. Ainsi grand nombre de médecins ne le prescrivent plus et bon nombre de femmes ne souhaitent plus le demander, s'ajoutant ainsi au caractère tabou de l'ensemble des sujets qui touchent à la ménopause.

Bien que de nouvelles études aient fait une part de la lumière sur ce traitement, la polémique reste actuelle.

Les médecins sont prudents par rapport à sa prescription, ces réticences semblent être entretenues par l'absence de recommandations claires et par le manque de communication sur le sujet.

L'omniprésence d'internet dans la société en fait un moyen privilégié de documentation, il semble être le principal support auquel les médecins font appel.

Il semblerait que se tourner vers d'autres outils comme la bibliothérapie pourrait constituer un virage dans la prise en charge et l'établissement de la relation médecin-patient de la médecine de soin primaire d'aujourd'hui.

Cette étude a permis de mieux appréhender le positionnement des femmes et des médecins sur ce sujet d'actualité pour mettre en miroir le rôle de chacun.

On note tout de même une prise de conscience générale par rapport à la nécessité d'informer au mieux les femmes et le fait que les obstacles par rapport à la prescription du THM ne semblent pas systématiquement justifiés.

Ces modifications de pensées pourraient être le début d'une nouvelle ère où la femme reprendrait sa place au sein de la société et où leur parole serait libérée.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Recherches sur la ménopause: Rapport [Internet]. Genève: OMS; 1982. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41052/WHO_TRS_670_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2019, France métropolitaine – Bilan démographique 2018. INSEE; 2018.
3. Rivière E, Caline G, Morisson C. Fondation des Femmes MGEN Femme Actuelle. :38.
4. Delanoë D. Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause. Thèse soutenue à l'ehess, Paris. Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé [Internet]. 1 déc 2001 [cité 13 oct 2019];(48). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/amades/958>
5. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. Champ Psychosom. 2001;no 24(4):57-67.
6. Lepoutre B, Amrani KE. Ménopause à travers les temps et les cultures. Première partie : Faits et représentations. Médecine. 1 janv 2010;6(1):41-4.
7. Sureau C, Héritier F, Epelboin S. Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle. Paris: Elsevier; 1998.
8. Augoulea A, Moros M, Lykeridou A, Kaparos G, Lyberi R, Panoulis K. Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to menopause. Przegląd Menopauzalny Menopause Rev. juin 2019;18(2):110-5.
9. Fournier A, Arnal J-F, Ringa V, Trémollières F, Hassoun D. Ménopause- Améliorer la sécurité d'utilisation des traitements hormonaux [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>
10. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 17 juill 2002;288(3):321-33.
11. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 12 2017;318(10):927-38.
12. Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R, Barzach M. Gynécologie et santé des femmes: quel avenir en France? : état des lieux et perspectives en 2020. Paris: Editions Eska; 2000.

13. LEPCAM. L'analyse en recherche qualitative [Internet]. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
14. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res.* déc 1999;34(5 Pt 2):1189-208.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* déc 2007;19(6):349-57.
16. CNGOF. La Ménopause, on en parle? [Internet]. [cité 29 juill 2020]. (L'écho des gynécos). Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/187-podcast-du-cngof/674-podcast-cngof-menopause>
17. Tomaszek V. Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur le sujet ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Diderot-Paris 7; 2016. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5114_Tomaszek_Valentine_These.pdf
18. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause N Y N.* 23 sept 2019;26(10):1213-27.
19. ROGERS C. La relation d'aide et la psychothérapie. *ESF Sciences humaines;* 2019. 232 p.
20. Baligout A. Les femmes ménopausées ont-elles modifié leurs attitudes vis-à-vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Diderot-Paris 7; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479_BALIGOUT-These.pdf
21. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. HAS; 2013 p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
22. Letombe B, Trémollières F, Lopes P. Communication du GEMVI sur le THM [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.theragora.fr/pdfs/DP-GEMVI-2017.pdf>
23. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause [Internet]. AFSSAPS; 2004 p. 20. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25__15_41_5_415.pdf
24. Harman SM, Brinton EA, Cedars M, Lobo R, Manson JE, Merriam GR, et al. KEEPS: The Kronos Early Estrogen Prevention Study. *Climacteric.* 1 mars 2005;8(1):3-12.

25. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ* [Internet]. 9 oct 2012 [cité 14 août 2020];345. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6409>
26. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, Shoupe D, Budoff MJ, Hwang-Levine J, et al. Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *N Engl J Med*. 31 mars 2016;374(13):1221-31.
27. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone Therapy and Venous Thromboembolism Among Postmenopausal Women: Impact of the Route of Estrogen Administration and Progestogens: The ESTHER Study. *Circulation*. 20 févr 2007;115(7):840-5.
28. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 28 nov 2007;107(1):103-11.
29. Cordina-Duverger E, Truong T, Anger A, Sanchez M, Arveux P, Kerbrat P, et al. Risk of Breast Cancer by Type of Menopausal Hormone Therapy: a Case-Control Study among Post-Menopausal Women in France. Coleman WB, éditeur. *PLoS ONE*. 1 nov 2013;8(11):e78016.
30. GEMVI, CNGOF. Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) et risque de cancer du sein : Réponse du GEMVi (Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillesse hormonal) à l'article du *Lancet* du 29 août 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/668-gemvi-cngof-thm-2>
31. Valentin C. Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine sur la ménopause en 2009-2010 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733140/document>
32. Langer RD. The evidence base for HRT: what can we believe? *Climacteric*. 4 mars 2017;20(2):91-6.
33. Commission de Transparence - Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause [Internet]. HAS; 2014 p. 91. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval_thm_rapport_devaluation_annexe.pdf
34. [fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf](http://www.gemvi.org/documents/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf) [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/documents/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf>
35. Violon P. La ménopause – e-Guide Visuel du Patient [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: http://www.e-guide-visuel-menopause.be/EGVPMEN%20Quiz_7.html
36. Lopès P. Guide pratique de la ménopause. Paris: Masson; 2004.

37. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin J-M, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. févr 2002;12(1):52-9.
38. GESTACLIC [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <http://gestaclic.fr/>
39. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://antibioclic.com/>
40. Schuers M. Evaluation d'outils d'accès à la connaissance en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Université de Rouen Normandie; 2017. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01887674>
41. CNOM. Livre blanc : De la e-santé à la santé connectée [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.leslivresblancs.fr/livre/sante-medecine/e-sante/de-la-e-sante-la-sante-connectee>
42. Vanlerberghe H. Bibliothérapie : Interet et utilisation en Médecine Générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1910/1/2017TOU31126.pdf>
43. Bonnet P-A. La bibliothérapie en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université de la Méditerranée; 2009. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00641546/document>
44. Niqueux S. Le «livre sur ordonnance » : un outil thérapeutique ? : Pratiques et opinions de médecins généralistes. Université de Rennes 1; 2012.
45. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84. 2009-879 juill 21, 2009.
46. Northrup C, Gourdet É, Taub EA, Murad F, Oliphant D. Les plaisirs secrets de la ménopause. Paris: Mama éditions; 2019.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien des médecins généralistes

Bonjour.

Je suis étudiante en médecine et je suis actuellement en train de réaliser une étude sur la ménopause.

J'interroge les médecins généralistes dans le cadre de mon étude pour me renseigner sur les pratiques de chacun.

Si vous le voulez bien, l'entretien sera enregistré. Cela me permettra de travailler sur vos propos. Tout ce que vous me direz restera confidentiel dans le sens où votre nom n'apparaîtra jamais dans ma thèse. Êtes-vous d'accord ?

1/ Suivi de la femme en médecine générale

- Une partie de l'enseignement des médecins est consacrée à la santé de la femme en France, quels sont les sujets que vous abordez le plus avec les femmes qui viennent en consultation ?
- Dans votre pratique quotidienne, quelles sont les demandes des femmes par rapport à leur suivi ?
- Quelles habitudes de prescription ressortent de votre pratique par rapport au suivi des femmes ?

2/ Les moyens à disposition pour améliorer la santé de la femme

- Êtes-vous amené à prescrire des contraceptions ?
- Quels sont les thèmes les plus évoqués au cours d'une consultation par une femme d'âge mure ?
- Quel thème abordez-vous avec elle ?
- Concernant les femmes ménopausées, êtes-vous confronté à des demandes particulières ?

3/ La question de la ménopause

- Comment définissez-vous la ménopause ?
- Comment abordez-vous cette question avec vos patientes ?
- Quels sont les moyens dont vous disposez pour vous renseigner à ce sujet ?
- Quels seraient les moyens dont vous disposeriez pour lutter contre les effets néfastes inhérent à ce moment de la vie ?

4/ Le traitement hormonal substitutif

- Avez-vous déjà eu l'occasion de prescrire un traitement contre les symptômes de la ménopause ?
- Quelles sont vos connaissances par rapport à ces traitements ?
- Quelles sont vos craintes et hésitations quant-à-la prescription de ce traitement ?
- Quels obstacles retrouvez-vous dans votre pratique quotidienne ?

5/ Amélioration des connaissances des médecins sur les traitements

- D'après vous, quelles seraient les options restreignant les facteurs limitant la prescription de ce traitement ?
- Comment peut-on aider les médecins généralistes à être plus attentifs à la prise en charge des femmes ménopausées et de leurs symptômes
- De quels moyens devons-nous disposer pour être mieux informer à l'avenir ?

Annexe 2 : Guide d'entretien des femmes ménopausées

Bonjour. Comme expliqué précédemment, nous allons réaliser un entretien sur le thème de la ménopause. Cet entretien sera enregistré, avec votre accord, afin d'être retranscrit de la manière la plus juste possible. Je tiens à vous préciser que vos réponses seront anonymes. Avant de commencer, avez-vous des questions ?

1/ Ménopause et ses symptômes

- Qu'est-ce que la ménopause évoque pour vous ?
- Comment la vivez-vous ?
- Avez-vous eu des manifestations particulières ? Lesquelles ?
- Comment les gérez-vous ?

2/ Suivi gynécologique

- Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?
- Par qui ? Médecine Généraliste/ Gynéco ?

3/ Sources d'informations

- Est-ce que vous vous êtes renseignée au sujet de la ménopause ? A quel moment ?
- Avez-vous parlé de la ménopause avec d'autres personnes ? Qui ? Famille ? Médecins ?
- Quelles sont vos sources d'informations concernant la ménopause et son traitement ?

4/ Traitement

- Avez-vous pris un traitement à la ménopause ?
- THS ? Qu'en avez-vous pensé ? Avez-vous eu des craintes ou des hésitations relatives à la prise du THS ?
- Quelles difficultés et obstacles à la prescription du THS avez-vous rencontré ?
- Autre type de traitement ? Lequel ? Qu'en avez-vous pensé ?

5/ Amélioration de la prise en charge

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des femmes ménopausées ?

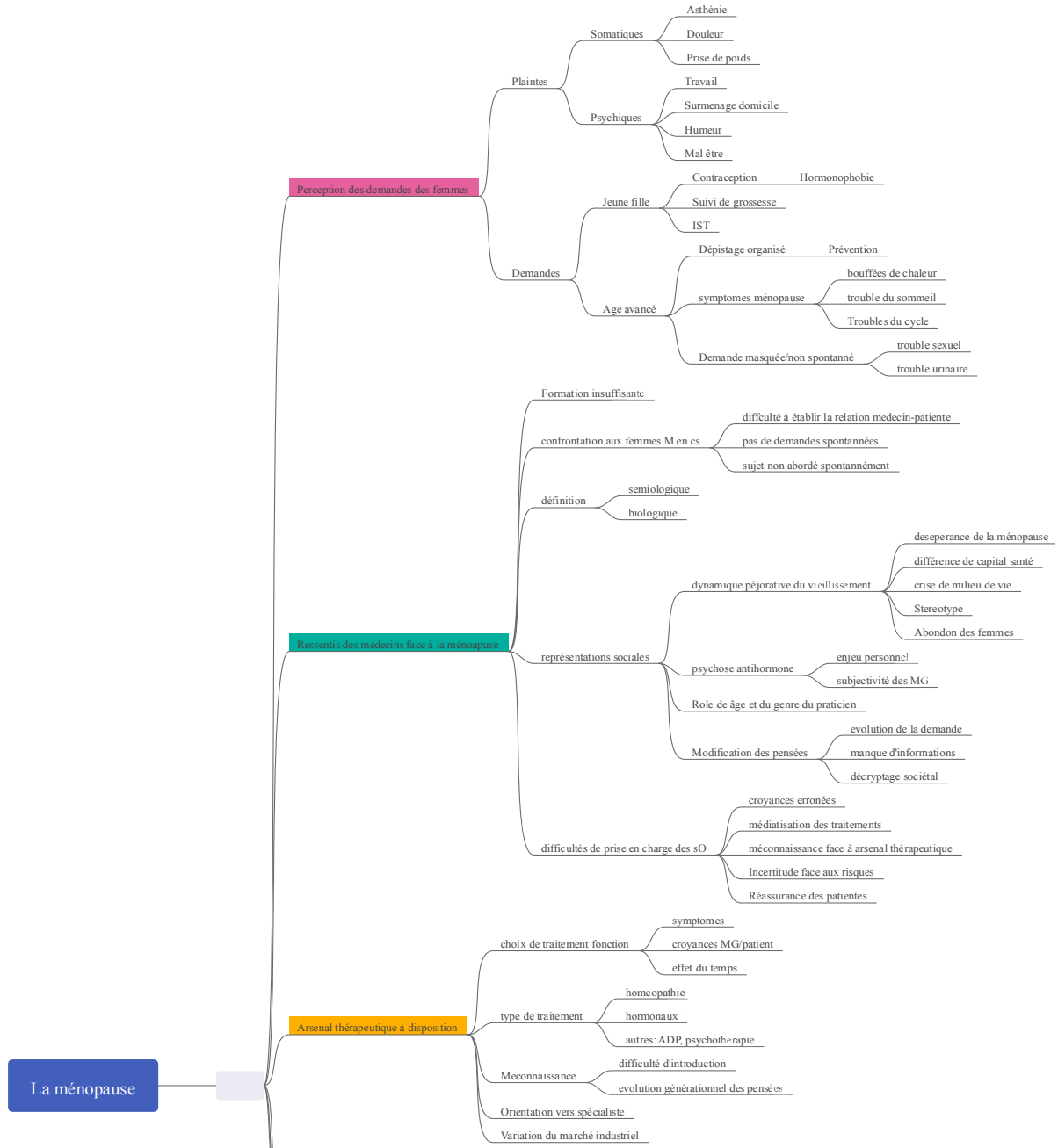
Annexe 3 : Caractéristiques des médecins généralistes

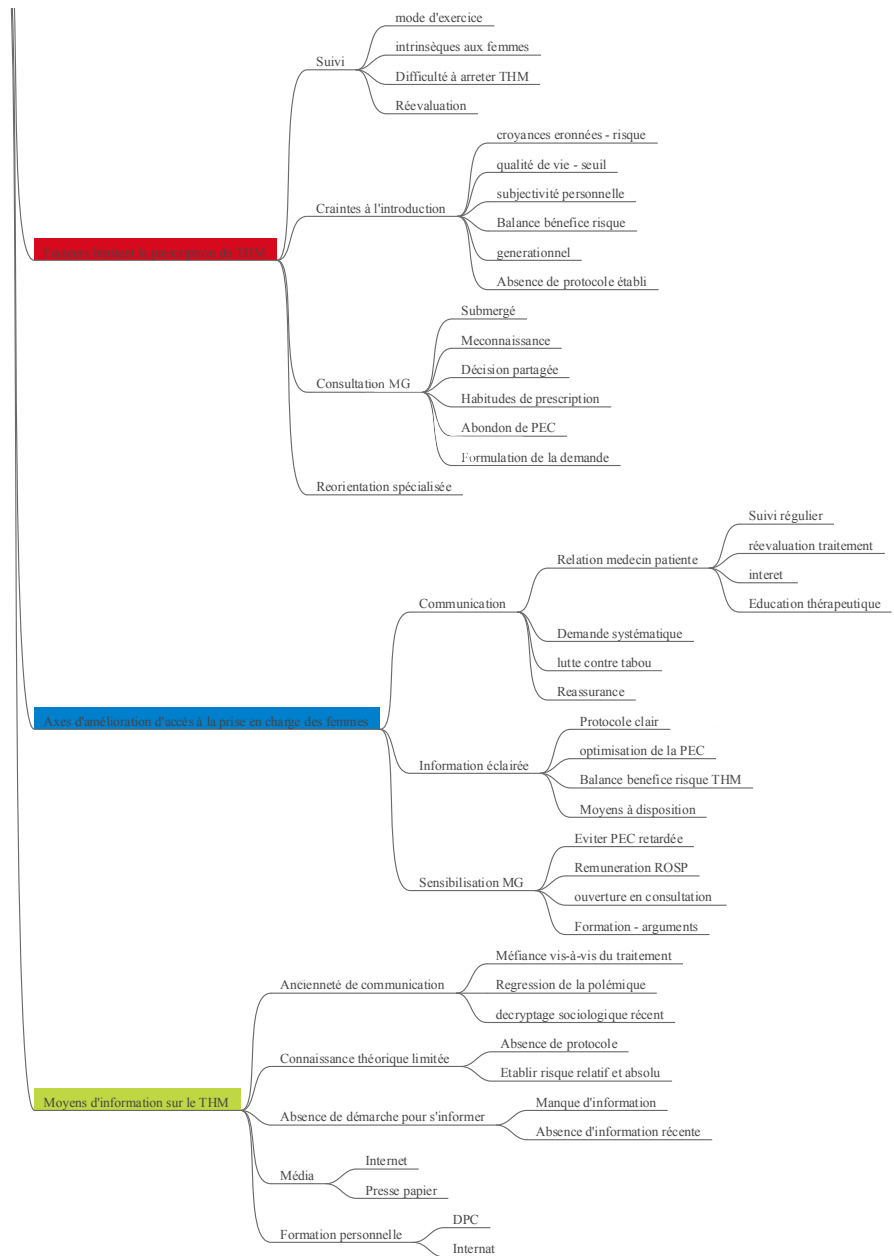
MG	Age	Sexe	Durée d'exercice	Milieu d'exercice	Orientation	Mode de fonctionnement du cabinet	Durée entretien
1	28	Masculin	2 ans	Urbain	Addictologie	Avec et sans RDV	14:13
2	60 ans	Masculin	30 ans	Urbain (précarité)	Aucune	Avec et sans RDV	08:35
3	40 ans	Féminin	8 ans	Urbain	Gynécologie	Avec et sans RDV	12:49
4	52 ans	Masculin	21 ans	Urbain	Aucune	Avec et sans RDV	16:56
5	63 ans	Masculin	34 ans	Urbain	Aucune	Avec et sans RDV	08:01
6	45 ans	Féminin	27 ans	Urbain	Aucune	Avec et sans RDV	11:14
7	42 ans	Féminin	13 ans	Urbain (précarité)	Aucune	Avec et sans RDV	14:57
8	60 ans	Masculin	31 ans	Urbain	Aucune	Avec et sans RDV	09:05
9	34 ans	Féminin	3 ans	Urbain	Aucune	Sur RDV	11:01
10	32 ans	Féminin	4 ans	Urbain	Aucune	Sur RDV	18:34
11	33 ans	Féminin	3 ans	Semi-rural	Aucune	Avec et sans RDV	10:42
12	50 ans	Féminin	20 ans	Semi-rural	Aucune	Avec et sans RDV	13:46
13	32 ans	Féminin	3 ans	Urbain	Aucune	Avec et sans RDV	10:38
14	35 ans	Féminin	3 ans	Urbain	Gynécologie	Avec et sans RDV	22:00

Annexe 4 : Caractéristiques des femmes ménopausées

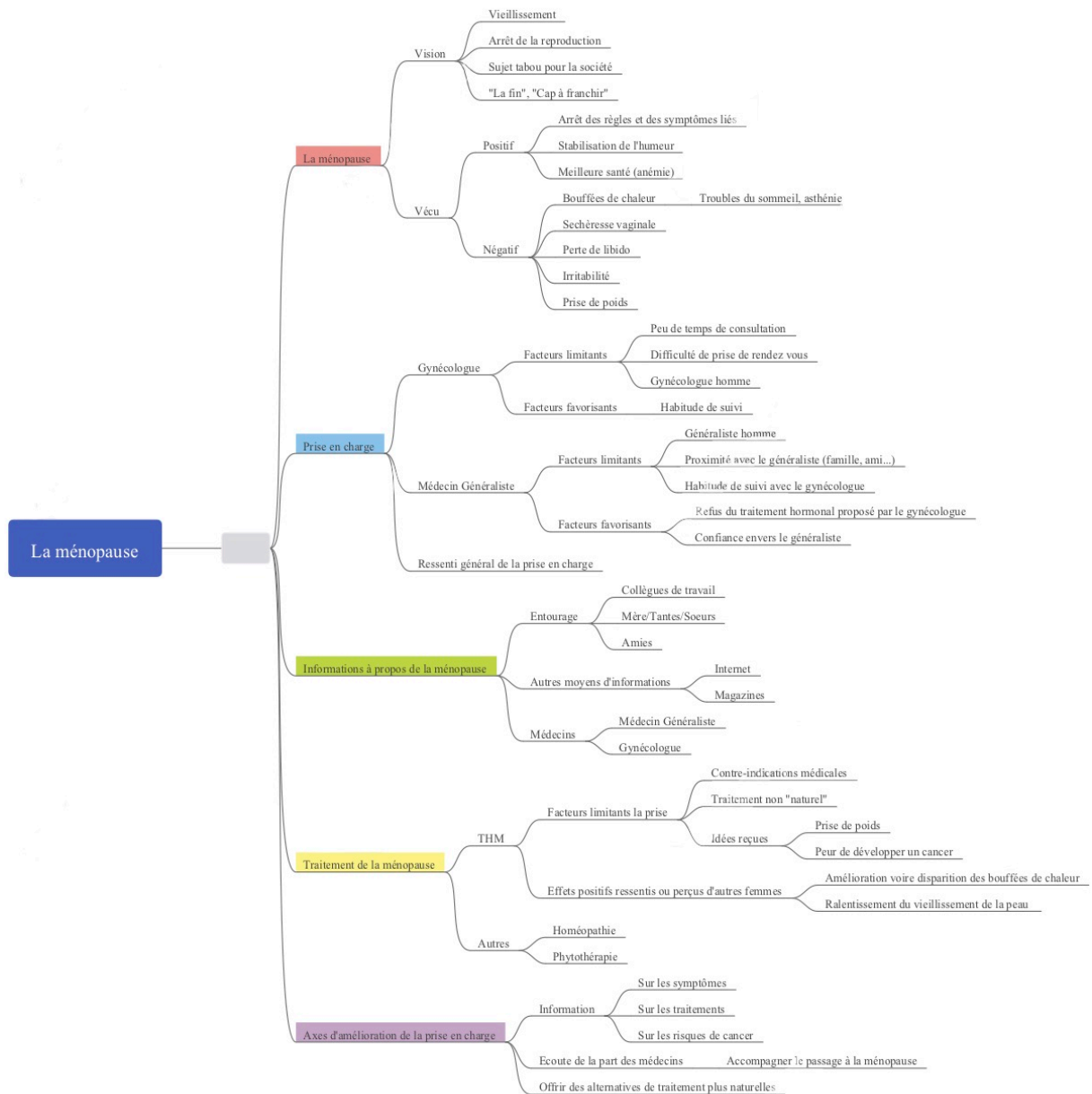
Femme	Age	Ménopausée depuis	Emploi	Statut familial	Durée entretien
1	51	1 an	Enseignante	Célibataire, 1 enfant	25'05
2	56	4 ans	Employée de mairie	En couple, 2 enfants	15'20
3	53	1 an	Employée commerciale	Mariée, 2 enfants	14'53
4	57	9 ans	Travaille dans un cabinet de radio	Veuve, en concubinage, 2 enfants	16'46
5	53	1 an	Secrétaire médicale	Divorcée, 4 enfants	25'42
6	55	5 ans	Hôtellerie	Divorcée, 1 enfant	27'42
7	56	2 ans	DRH	Divorcée, 2 enfants	17'58
8	50	1 an	Agent d'entretien	Divorcée, 3 enfants	14'58
9	56	1 an	Éducatrice sportive	Mariée, 3 enfants	14'11
10	57	7 ans	Aide-soignante	Veuve, pas d'enfant	25'34
11	57	6 ans	Infirmière de bloc opératoire	Mariée, 2 enfants	18'42

Annexe 5 : Arbre de codage des entretiens médecins





Annexe 6 : Arbre de codage des entretiens patientes



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.

