



HAL
open science

Ménopause : la place du médecin généraliste

Marie Fournier

► **To cite this version:**

Marie Fournier. Ménopause : la place du médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04565710

HAL Id: dumas-04565710

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04565710>

Submitted on 2 May 2024

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Ménopause: la place du médecin généraliste

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Avril 2024

Par Madame Marie FOURNIER

Née le 13 octobre 1995 à Lyon (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur HELUIN Gérard

Assesseur

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur LECLERCQ Elsa

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Ménopause: la place du médecin généraliste

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Avril 2024

Par Madame Marie FOURNIER

Née le 13 octobre 1995 à Lyon (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur HELUIN Gérard

Assesseur

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur LECLERCQ Elsa

Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge	CHARPIN Denis	GEROLAMI-SANTANDREA André
ALBANESE Jacques	CHARREL Michel	GIUDICELLI Sébastien
ALDIGHERI René	CHAUVEL Patrick	GOUDARD Alain
ALESSANDRINI Pierre	CHOUX Maurice	GOUIN François
ALLIEZ Bernard	CIANFARANI François	GRILLO Jean-Marie
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRIMAUD Jean-Charles
AQUARON Robert	CLEMENT Robert	GRISOLI François
ARGEME Maxime	COMBALBERT André	GROB Jean-Jacques
ASSADOURIAN Robert	CONTE-DEVOLX Bernard	GROULIER Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	CORRIOL Jacques	GUYS Jean-Michel
AUTILLO-TOUATI Amapola	COULANGE Christian	HADIDA/SAYAG Jacqueline
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HARLE Jean-Robert
BAILLE Daniel	DALMAS Henri	HASSOUN Jacques
BAILLE Yves	DE MICO Philippe	HEIM Marc
BARDOT Jacques	DEJOU Jacques	HOUEL Jean
BARDOT André	DELPERO Jean-Robert	HUGUET Jean-François
BERARD Pierre	DESSEIN Alain	JAQUET Philippe
BERGOIN Maurice	DELARQUE Alain	JAMMES Yves
BERLAND Yvon	DENIS Danièle	JOUVE Paulette
BERNARD Dominique	DEVIN Robert	JUHAN Claude
BERNARD Jean-Louis	DEVRED Philippe	JUIN Pierre
BERNARD Pierre-Marie	DJIANE Pierre	KAPHAN Gérard
BERTRAND Edmond	DONNET Vincent	KASBARIAN Michel
BISSET Jean-Pierre	DUCASSOU Jacques	KLEISBAUER Jean-Pierre
BLANC Bernard	DUFOUR Michel	LACHARD Jean
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LAFFARGUE Pierre
BOLLINI Gérard	DURAND Jean-Marc	LAUGIER René
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	LE TREUT Yves
BONNEAU Henri	ERARD Jacques	LEGRE Régis
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Samuel
BONNOIT Jean	FAVRE Roger	LOUCHET Edmond
BORY Michel	FIECHI Marius	LOUIS René
BOTTA Alain	FARNARIER Georges	LUCIANI Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danielle	FIGARELLA Jacques	MAGALON Guy
BOUBLI Léon	FIGARELLA-BRANGER Dominique	MAGNAN Jacques
BOURGADE Augustin	FONTES Michel	MALLAN- MANCINI Josette
BOUVENOT Gilles	FOUREL Jean	MALMEJAC Claude
BOUYALA Jean-Marie	FRANCES Yves	MARANINCHI Dominique
BREMOND Georges	FRANCOIS Georges	MARIANI Paul
BRICOT René	FUENTES Pierre	MARTIN Claude
BRUNET Christian	GABRIEL Bernard	MARTINI Louis
BUREAU Henri	GALINIER Louis	MATTEI Jean François
CAMBOULIVES Jean	GALLAIS Hervé	MERCIER Claude
CARTOUZOU Guy	GAMERRE Marc	MICHEL Jean
CAU Pierre	GARCIN Michel	MICHOTÉY Georges
CHABOT Jean-Michel	GARNIER Jean-Marc	MIRANDA François
CHAMLIAN Albert	GAUTHIER André	MONFORT Gérard
	GERARD Raymond	MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

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

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr	DELMONT Jean	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2018
Pr	OLIVER Charles	31/08/2018
Pr	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

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

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

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

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

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

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

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

1978

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

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

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

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

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

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUVE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

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

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAUDEAU Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIE-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ 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)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (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)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
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)
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)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **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)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

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

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

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

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

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

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (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)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

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

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

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

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur HELUIN Gérard, directeur de thèse

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, sur un sujet qui vous tient autant à cœur que moi et pour lequel vous œuvrez tous les jours au cabinet ! Merci pour m'avoir transmis un peu de votre savoir en gynécologie, de m'avoir laissé assister à des consultations très enrichissantes pour réaliser ce travail de thèse. Merci pour votre regard bienveillant tout au long de ce travail de thèse, ponctué de vos nombreuses anecdotes d'un gynécologue accompli ! Grâce à vous, je suis plus à l'aise pour prendre en charge les femmes ménopausées, et vous contribuez à former les étudiants en médecine générale à ce sujet important. Et enfin, merci pour la découverte du Luberon au travers de cette thèse !

À Monsieur le Professeur BARGIER Jacques, membre du jury

Vous me faites l'honneur de participer à cette thèse en tant que membre du jury.

Merci pour votre intérêt pour le sujet et de votre disponibilité.

Je vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

À Madame le Docteur LECLERCQ Elsa, membre du jury

Merci infiniment d'avoir accepté d'assister à ma thèse en tant que membre du jury, c'est un honneur pour moi ! J'ai beaucoup apprécié mes matinées au planning familial d'Avignon à tes côtés. Tu es une médecin inspirante, d'une grande gentillesse et j'ai beaucoup appris à tes côtés. Tu sais mettre en confiance les patientes lors de l'examen gynécologique grâce à ta douceur, et ce n'est pas une tâche facile !

Aux urgences de Brignoles, merci à toute l'équipe pour m'avoir aidé à progresser lors de ce premier semestre, spéciale dédicace aux médecins JC et Olivier.

À Dr Khalvadjian Muriel, merci pour cette première expérience en tant qu'interne en médecine générale. J'ai beaucoup aimé ta patience, et ta gentillesse envers les patients.

Aux urgences pédiatriques de Toulon, merci à toute l'équipe pour leur sympathie, ce semestre fut formateur, et mes co-internes très sympathiques (Audrey, Valentine...) Et merci à **Manon**, une belle rencontre de ce semestre, avec qui j'ai essayé non sans difficulté de faire du sport « régulièrement », et depuis, d'autres sorties sous le soleil marseillais ou avignonnais, toujours avec plaisir :)

Au service de gynécologie d'Aubagne, merci à toutes les SF adorables qui ont rendu la rédaction des comptes rendus de suites de couche moins barbants et c'était pas gagné ! Et merci à mes co-internes qui ont rendu ce semestre beaucoup plus sympathique (François, Alexandre, Lucille, Robin, Clémence)

Au service de gériatrie de Montolivet, merci à Joanna et Manon, des jeunes médecins adorables qui ont su me mettre à l'aise et me faire progresser en gériatrie. Merci à mes co-internes Khaled et Yassine pour leur humour, même si Khaled ton goût pour la physiopathologie du rein ou de l'insuffisance cardiaque me faisait parfois ressentir une grande solitude haha ! Et merci à Valérie, une belle rencontre de ce semestre qui m'a permis de survivre grâce à nos débriefings hebdomadaires Boulevard Chave (le seul et l'unique <3)

À Dr Tantet Emmanuelle pour la transmission de son savoir en médecine générale, et sa pédagogie, j'ai beaucoup progressé grâce à toi ! Et à Dr Riou, pour savoir gérer des patients complexes !

À ma famille,

Merci à mes parents pour avoir été présents dès le premier jour de ma vie (pas trop le choix faut dire, sinon c'est les services sociaux !), pour leur soutien et leur disponibilité chaque jour.

Merci à ma maman, pour être un modèle chaque jour ! Tu sais allier comme personne empathie et force, et on peut toujours compter sur toi. Merci de m'avoir aidé à traverser ces difficiles et longues études de médecine, grâce à ton écoute et tes conseils, toujours judicieux. J'ai de la chance d'avoir une mère comme toi, avec autant de qualités humaines ! La PMI a dû rendre de grands services aux enfants lyonnais et à leur famille grâce à ta présence.

Merci à mon papa, pour son humour, son sens du travail et sa force tranquille. Je sais que je peux compter sur toi, il suffit de t'envoyer un mail (haha). Je tiens à préciser que ton humour est souvent lourd et répétitif, Simon et Pierre-Louis peuvent en témoigner, cependant nous l'apprécions beaucoup. Merci pour ton travail fastidieux de relecture de cette thèse. Merci de m'avoir transmis ton goût pour le sport même si ce n'est pas flagrant tous les jours.

Merci à mes frères Pierre-Louis et Simon pour être de chouettes garçons, plutôt drôles et plutôt gentils !

Merci à mes grands-parents Robert et Colette, pour m'avoir accueillie dans votre belle maison chabeuilloise depuis toujours, avec beaucoup de gentillesse, c'est un plaisir d'avoir grandi à vos côtés. Vous êtes inspirants. Vos vies ont été bien remplies et vous avez toujours fait en sorte d'aider votre prochain, j'ai eu beaucoup de chance d'avoir des grands parents comme vous ! Par contre, Papi, vas-y doucement sur les livres sur Chabeuil et sur ton enfance en Lozère, on a plus beaucoup de place dans nos bibliothèques...

Merci à mon autre grand-mère marseillaise Mireille pour m'avoir accueillie souvent chez elle pendant l'internat et pour sa simplicité et son rire communicatif ! Le Prado n'a plus aucun secret pour moi.

Merci à Isabelle et Pascal pour leur soutien et leur gentillesse pendant ces longues études. C'est toujours un plaisir de passer du temps ensemble. **Et Merci à mes deux cousins chouchous Luc et Jules**, bien qu'ils m'aient rendu chèvre plus jeune, ils sont devenus des jeunes hommes magnifiques et plein d'avenir.

Merci à tout le reste de ma famille non citée, je ne vous oublie pas pour autant !

À mes amis, # ma deuxième famille

Merci à Maureen, #soltchita ou Mô pour les intimes, merci de m'avoir accompagnée tout au long du chemin depuis le CP, sans faille, tu es ce qu'on appelle une amie de longue date ! Merci pour ta bonne humeur, ton humour, ta gentillesse, ta générosité. Tu as un cœur en or, ne change rien. Tu es incroyablement douée pour motiver les troupes, et m'avoir poussé dans les moments difficiles. J'adore nos soirées retrouvailles, c'est toujours un grand plaisir. Et vivement le prochain concert ensemble :
Your voice is a treasure !

Merci à Pauline et Clémence #bitches, merci à vous deux pour votre soutien pendant toutes ces années. Je suis reconnaissante pour les beaux voyages qu'on a pu faire ensemble depuis le lycée, et j'espère qu'il y en aura pleins d'autres. Vous êtes des piliers les cocottes, j'ai hâte de vous retrouver pour se taper des barres, faire des brunchs, et refaire le monde avec vous. Je suis fière de vous !

Merci à Taïs, avec qui j'ai traversé la P1 à Lyon-Est pendant deux ans (car un an ne nous suffisait pas !), merci pour ton soutien et ton aide pendant ces années difficiles. Tu es d'une gentillesse incroyable, et je suis trop fière que tu sois devenue sage-femme, les patientes ont trop de chance d'accoucher avec toi ! Vivement nos prochaines sorties.

Merci aux Beaux gosses de Foucauld, Alexia, Clément, Cindy, Edouard, Etienne, Gabriel, Thomas, Manon, Samuel, vous êtes une valeur sûre et c'est toujours un plaisir de vous retrouver depuis le lycée. Les années passent, nous prenons de l'âge mais rien ne change, vous êtes toujours aussi cools !

Merci à Caroline et Myriam les Bartabettes, le trio de choc. Nous enchainons les blagues comme les séjours UCPA, toujours avec la même fraîcheur immaculée. J'ai passé de superbes vacances à vos côtés à sillonner la France entre fous rire, discussions et séances de sport (imposées sinon ça aurait été sieste). J'ai beau chercher votre « part d'ombre », je ne la trouve pas, vous êtes rayonnantes de lumière ! Hâte de nos prochains voyages et débriefings !

Merci à Clémence L., dit Clémy, merci pour ton écoute et ton soutien sans faille, d'avoir été ma binôme de cours pendant l'externat (oui oui nous étions parmi les seules qui nous motivions à aller écouter 4 heures de cours sur l'endométriase non sans difficulté). Et merci d'être venue me voir aux 4 coins de la région PACA pendant l'internat (même si nous avons failli décéder dans les calanques unefois), ce fut à chaque fois de superbes week-ends de découverte. Je te souhaite le meilleur tour du monde, mais pense à revenir un jour tout de même !

Merci à Ariane, ma petite bizuth de P1, qui est une super kiné maintenant !! Nous sommes très différentes mais la magie de l'amitié a opéré malgré tout, et je suis reconnaissante d'avoir une amie comme toi dans ma vie, aussi inspirante ! J'aime nos discussions so deeeep et uniques <3 Grâce à toi, je n'ai presque plus peur des chiens !

Merci à Claire, avec qui on a traversé les conférences du soir interminables du Cha, les heures à réviser le samedi, heureusement que tu étais là pour qu'on puisse se plaindre de ces études ! Nous aimons toutes les deux le voyage, on était parmi les seules à faire un Erasmus et cela nous a permis de nous retrouver découvrir les pays baltes ensemble ! On a fait notre stage d'été au Burkina Faso entre la chaleur, les trajets en taxi clairement non homologués et la gaieté des burkinabés, cela reste parmi mes plus beaux souvenirs. Je t'admire beaucoup pour arriver à gérer ta vie de maman et de médecin avec brio !

Merci à mes colocs d'amour (La Sakakini Team), May Li, Mina et Lenka. Vous avez réussi à me faire aimer Marseille (malgré mes nombreux préjugés), une ville aussi étonnante qu'attachante, et aussi Jul, un héros du quotidien. Vous avez rendu cette année de colocation à Marseille beaucoup plus belle, par bien des aspects. Nos nombreuses sorties (coucou le SHAMROCK), et discussions canapé restent des souvenirs mémorables. Je vous souhaite le meilleur pour la suite ! Vous êtes représentatives de ce que la colocation peut apporter de meilleur <3.

Merci à Emma (et Clément), mes colocs d'Avignon. Emma, tu m'as énormément aidée pour réaliser le questionnaire de cette thèse, tu n'as pas idée, heureusement que tu étais là pour me lancer dans ce projet « ménopause » haha. Bonne suite à vous deux, les best thésards ever !

Merci à Ayoub, ma plus belle rencontre de 2023, aussi belle qu'inattendue. Merci pour ta maîtrise de l'intelligence artificielle et m'avoir soutenue tout au long de ce travail de thèse. You're the best !

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE DE LA MÉNOPAUSE ET PERIMÉNOPAUSE EN 2024.....	6
I – Caractéristiques de la ménopause et périménopause	6
1. Définition de la ménopause et périménopause	6
2. Conséquences à court terme de la ménopause.....	7
2.1. Syndrome climatérique	7
2.2. Variation pondérale	9
2.3. Vieillesse cutané	9
2.4. Troubles cognitifs.....	9
2.5. Mesure de l'impact de la ménopause en pratique	9
3. Conséquences à long terme.....	10
3.1. Ostéoporose	10
3.2. Maladies cardio-vasculaires.....	10
4. Diagnostic de la ménopause en pratique clinique.....	11
4.1. Cas général.....	11
4.2. Le test au progestatif	11
4.3. Dosages hormonaux FSH, œstradiol	11
4.4. Situations particulières	12
4.4.1. Sous contraception hormonale	12
4.4.2. Pour les femmes avec antécédent d'hystérectomie conservatrice.....	12
II - Traitement des symptômes de la ménopause	13
1. Le THM : Traitement hormonal substitutif de la ménopause	13
1.1. Mode d'administration	13
1.2. Historique de la prescription du THM.....	13
1.3. Polémique autour du THM.....	14
2. Mise au point du collège des gynécologues français en 2021 sur les bénéfices/risques du THM.....	16
2.1. THM et Ostéoporose.....	16
2.2. THM et risque cardio-vasculaire	16
2.3. THM et cancer du sein	16
2.4. THM et mortalité	19
3. Les dernières recommandations de la société américaine concernant le THM de juillet 2022	19
4. Alternatives au THM.....	20
4.1. Alternative hormonale au THM : La tibolone.....	20
4.2. Alternatives non hormonales au THM	20
4.2.1. Les différents types d'alternatives au THM	20
4.2.2. Bêta-alanine	20
4.2.3. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)	20
4.2.4. Compléments alimentaires.....	20
4.2.5. Interventions non pharmacologiques.....	21
4.3. Prise en charge du syndrome génito-urinaire de la ménopause ou SGUM	21
III - Recommandations actuelles pour la prise en charge des femmes ménopausées	22
1. Ostéoporose.....	22
2. Evaluation du risque cardio-vasculaire global	23
3. Evaluation nutritionnelle.....	23
4. Prise en charge des femmes ménopausées symptomatiques : Le THM en pratique	23

IV - Historique de la construction sociale autour de la ménopause	25
1. La ménopause sous le regard des médecins au fil des siècles	25
2. En France : les cinq représentations de la ménopause selon les travaux de Daniel Delanoë	26
2.1. Représentations sur l'arrêt des règles	27
2.2. La représentation sur l'arrêt de la fécondité	27
2.3. La variation du capital santé	27
2.4. La variation du capital séduction ou esthétique	27
2.5. La variation du statut social ou du capital symbolique	27
3. La construction sociale de la ménopause renforçant l'inégalité de traitement entre les sexes ...	28
4. La ménopause à travers le monde	29
5. La vision de la ménopause dans les médias, et une récente libération de la parole.....	30
5.1. Apparition de nouveaux médias traitant du sujet	30
5.2. Vision de la ménopause dans le monde audio-visuel	30
V - La prise en charge actuelle de la ménopause en médecine générale : état des lieux	31
VI - Justification de l'étude	32

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE..... 33

I - Matériel et méthodes	33
1. Type d'étude	33
2. Déroulement de l'étude	33
3. Population de l'étude	33
4. Avis du comité d'éthique de la faculté d'Aix-Marseille	34
5. Protection des données.....	34
6. Description du questionnaire	34
7. Recueil des données.....	34
8. Analyse statistique	34
II - Résultats de l'analyse des données	35
1. Caractéristique de la population.....	35
1.1. Âge	35
1.2. Catégorie socio-professionnelle.....	35
1.3. Statut ménopausique.....	35
1.4. Suivi gynécologique	36
1.5. Le niveau d'information ressenti sur la ménopause	37
1.6. Le moyen principal d'information sur la ménopause	38
1.7. Notion de sujet tabou dans la société.....	39
2. Le besoin d'information sur la ménopause et la place du médecin généraliste	39
2.1. Aisance pour aborder la ménopause avec le médecin généraliste.....	39
2.2. Manière de procéder pour aborder le sujet	40
2.3. Adhésion à une consultation dédiée à la ménopause sur le modèle de la consultation CCP de contraception et de prévention en santé sexuelle	40
2.3.1. Connaissance de la consultation CCP.....	40
2.3.2. Souhait d'une consultation dédiée à la ménopause.....	41
3. La ménopause du point de vue des femmes ménopausées.....	42
3.1. Echantillon	42
3.2. L'abord réel de la ménopause en consultation.....	42
3.3. Les symptômes les plus difficiles à vivre pour les patientes	43
3.4. Le vécu global de la ménopause de 0 à 5.....	43
3.5. La question du vécu de la ménopause plus en détail.....	44
3.5.1. Echantillon	44
3.5.2. Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes et troubles du sommeil	44
3.5.3. Prise de poids.....	44
3.5.4. Sécheresse vaginale	45
3.5.5. Troubles de l'humeur.....	45
3.5.6. Autres symptômes cités.....	45
3.5.7. Ménopause vécue en dehors des normes.....	45
3.5.8. La ménopause comme phénomène sociétal	45
3.5.9. Sensation de solitude et difficulté de trouver des réponses	46
3.5.10. Vécu positif et libération.....	46
3.6. La place du THM chez les femmes ménopausées	47

3.7.	La place des autres traitements des symptômes de la ménopause.....	47
3.8.	L'abord de la ménopause par le médecin généraliste, comme piste pour un meilleur vécu.....	47
4.	La ménopause, vue par les femmes non ménopausées et en périménopause.....	48
4.1.	La ménopause : une période qui angoisse les femmes ?	48
4.2.	La vision de la ménopause plus en détail.....	48
4.3.	Le niveau de connaissance des femmes non ménopausées sur les différents traitements existants	49
4.4.	Le souhait des femmes non ménopausées d'obtenir plus d'informations sur les traitements	49
5.	Conclusion, et pistes d'amélioration.....	50
5.1.	Intérêt d'un dépistage systématique des symptômes de la ménopause.....	50
5.2.	Pistes d'amélioration proposées par les femmes pour une meilleure prise en charge de la ménopause	50
5.2.1.	Plus aborder le sujet par le médecin généraliste, et donner plus d'informations.....	50
5.2.2.	Plus d'écoute, ne pas minimiser les symptômes des patientes.....	50
5.2.3.	Une crainte concernant la difficile accessibilité des MG et gynécologues	51
5.2.4.	Une meilleure formation des médecins généralistes à ce sujet en insistant sur les médecines douces	51
5.2.5.	L'intérêt d'une consultation dédiée/convocation à un âge défini.....	51
5.2.6.	D'autres pistes d'amélioration.....	52
III -	Discussion	53
1.	Résultats	53
1.1.	Concernant le critère de jugement principal :	53
1.2.	Concernant les critères de jugement secondaires	53
1.2.1.	Le vécu des femmes ménopausées	53
1.2.2.	La vision des femmes non ménopausées.....	54
2.	Forces et limites de l'étude.....	54
2.1.	Les forces de l'étude	54
2.2.	Les limites de l'étude : le biais de sélection	54
IV -	Conclusion et perspectives.....	55
1.	Conclusion.....	55
2.	Perspectives.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....		57
TABLEAUX ET FIGURES INCLUS DANS LA THÈSE		61
ANNEXES		62

ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

BVM : Bouffées vaso-motrices

CCP : consultation de contraception et de prévention

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

THM : Traitement hormonal de la ménopause

SGUM : Syndrome génito-urinaire de la ménopause

WHI : Women's Health Initiative

INTRODUCTION

D'après les données de l'INSEE 2023, on estime à 14 millions le nombre de femmes ménopausées en France. Chaque année, près de 500 000 nouvelles femmes sont concernées par la ménopause.

L'espérance de vie des femmes étant de 85 ans en 2023, elles peuvent espérer passer 1/3 à la moitié de leur vie ménopausée, c'est pourquoi ce sujet est une question de santé publique dont la prévalence est majeure et qui concernera toutes les femmes à un moment donné de leur vie.

Ce sujet m'a paru très important, notamment en médecine générale où nous sommes parfois les seuls à voir des femmes non ou peu suivies en gynécologie. Lors de mes stages, j'ai pu constater la rareté de l'abord de la ménopause en consultation par les médecins et j'ai pu observer des femmes présentant des symptômes invalidants de la périménopause ou de la ménopause qui ne trouvaient pas forcément d'informations ou de solutions à leurs symptômes.

J'ai également remarqué, lors de mon stage en gynécologie, que les femmes ménopausées tardaient à consulter (elles attendaient parfois une dizaine d'années) et qu'elles s'accommodaient, par exemple, d'une sécheresse vaginale, en banalisant et considérant ce symptôme comme normal après un certain âge.

J'étais donc très intéressée personnellement par ce sujet mais également par le tabou qui l'entoure et le faible abord du sujet en consultation : pourquoi aborde-t-on si peu la ménopause en comparaison à d'autres sujets gynécologiques, comme la contraception ou les menstruations, alors qu'il touche toutes les femmes ? Comment les femmes vivent-elles le silence médical sur ce sujet ?

Pour ces raisons, j'ai décidé de réaliser ma thèse sur le sujet de la ménopause en questionnant la place du médecin généraliste : était-ce son rôle ? Quelles sont les attentes des femmes envers le médecin généraliste vis-à-vis de la ménopause ?

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE DE LA MÉNOPAUSE ET PERIMÉNOPAUSE EN 2024

I – Caractéristiques de la ménopause et périménopause

1. Définition de la ménopause et périménopause

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1996, la ménopause est « l'arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne ». Le diagnostic est clinique et rétrospectif puisqu'il faut constater une aménorrhée (absence de règles) consécutive de plus de douze mois dans une tranche d'âge compatible (après 45 ans).

La ménopause se caractérise à la fois par l'arrêt des possibilités de procréation et celle des menstruations. L'âge moyen de la ménopause est remarquablement stable dans le temps et varie peu selon les ethnies. Il est en France de 51 ans. Elle est dite naturelle (ou physiologique) lorsqu'elle survient spontanément après l'âge de 45 ans. La ménopause est qualifiée de précoce si elle survient avant 40 ans et tardive si elle advient après 55 ans. [1]

La cause primaire de la ménopause est l'épuisement de la réserve ovarienne rendant impossible l'émergence puis l'ovulation d'un follicule ovulatoire et sa transformation en corps jaune (CJ) cyclique. Il s'en suit un déficit hormonal, notamment en œstradiol, qui sera responsable des troubles associés à la ménopause.

Chez la femme, la réserve ovarienne, constituée des follicules au repos (500 000 à 1 million à la naissance) diminue avec l'âge. La variabilité de l'âge de survenue de la ménopause, de 40 à 60 ans, peut être liée soit à la taille de la réserve à la naissance, soit à sa vitesse d'épuisement, soit aux deux. À partir d'environ 38 ans, l'épuisement de la réserve s'accélère, conduisant à un stock compris entre 100 et 1 000 follicules au repos lorsque la ménopause survient.

En règle générale, la ménopause ne survient pas de façon brutale. Elle est l'aboutissement d'un processus entamé quelques années plus tôt qui fait succéder la préménopause puis la transition ménopausique.

La périménopause se définit par le début de l'anomalie des cycles, la survenue de signes climatériques jusqu'à l'arrêt complet de l'activité ovarienne. Elle survient en moyenne à 47 ans et dure en moyenne 4 ans.

La phase de périménopause se traduit par une modification de la longueur des cycles menstruels : notamment un raccourcissement, et une alternance entre hyperoestrogénie et hypoestrogénie.

Les signes cliniques sont variables selon les femmes et aussi pour une même femme, il peut exister des périodes dites « normales » :

- Signes évocateurs d'hyperoestrogénie : irritabilité, sensations de gonflement et ballonnements, prise de poids et mastodynies ; signes pouvant être présents lors de la période prémenstruelle.
- Signes évocateurs d'hypoestrogénie : manifestations fonctionnelles similaires à celle de la post-ménopause : bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes, troubles thymiques et sécheresses vaginales.

La prise en charge thérapeutique est complexe du fait de l'alternance entre période d'hyperoestrogénie ou hypoestrogénie et des périodes de physiologie normale. [2]

2. Conséquences à court terme de la ménopause

2.1. Syndrome climatérique

Il correspond à l'ensemble des signes généraux, fonctionnels et physiques imputables à la carence œstrogénique.

Ces manifestations sont très variables d'une femme à l'autre en termes de fréquence, intensité, moment d'apparition et durée.

Les troubles climatériques incluent les bouffées vasomotrices (BVM) et les sueurs nocturnes, les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, les douleurs ostéoarticulaires et le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). [3]

Bouffées de chaleur vasomotrices (BVM)

Les bouffées vasomotrices (BVM) ou bouffées de chaleur sont le symptôme le plus caractéristique de la ménopause.

Elles sont constatées dans plus de 65% des cas vers 50–55 ans. Elles cèdent à une œstrogénothérapie modérée. Elles durent en général quelques mois mais peuvent se poursuivre pendant des années : 15 % des femmes de 75 ans peuvent encore se plaindre de bouffées de chaleur. Elles se déroulent en trois phases :

- Prodrome / aura pouvant se traduire de différentes manières : frissons, vertiges, malaises, tremblements.
- Sensation de chaleur de la face et du cou, se propageant vers le thorax et pouvant se généraliser, associée à une hypersudation et des palpitations.
- Phase de résolution : tremblements et frissons.

Elles seront classées en fonction de leur intensité : légère s'il n'y a pas de sueurs, modérée en cas de sueurs, et sévère si la bouffée de chaleur oblige la patiente à arrêter son activité habituelle.

La durée de ces symptômes est de 4 à 10 minutes. Les BVM seraient dues à la rupture de l'équilibre des neurotransmetteurs cérébraux, liée à la baisse de sécrétion hormonale de l'ovaire. [4]

La physiopathologie exacte des BVM reste encore largement méconnue. L'hypothèse qui prévaut actuellement est celle d'un dysfonctionnement des mécanismes de la thermorégulation qui comportent trois composants principaux : le système nerveux central, la température corporelle centrale et le système vasculaire périphérique, tous en interactions. Si la chute du taux circulant des œstrogènes, plus qu'un taux de base bas, est considérée actuellement comme un élément central, de nombreux neurotransmetteurs sont impliqués, notamment la sérotonine et la noradrénaline, et représentent une des bases physiopathologiques de certains traitements pharmacologiques non hormonaux. Plus récemment, le rôle des neurones hypothalamiques exprimant les récepteurs des neuropeptides Kisspeptine / Neurokinine B / Dynorphine (système KNDy) a été impliqué dans l'étiologie des BVM et la variabilité de leur expression et pourrait représenter une nouvelle piste thérapeutique. [5]

Troubles du sommeil

En rapport avec les troubles vasomoteurs, il peut exister un effet « domino » : plus les troubles vasomoteurs sont sévères, plus le sommeil s'en retrouve altéré, avec un impact majeur sur le bien-être des femmes.

Différents travaux ont en effet mis en évidence une corrélation entre les troubles du sommeil et la ménopause, le plus spectaculaire étant probablement les ronflements. [6]

Alors qu'on estime généralement que 3% des femmes seulement ont des ronflements avant la ménopause, le taux d'incidents respiratoires est multiplié entre 3 et 5 après la ménopause comme

le rapporte une étude de T. Young et coll. en 2002. [7]

La prévalence des troubles du sommeil a été estimée à 58% chez les femmes ménopausées lors de l'enquête « The European Menopause Survey 2005 ». Cette prévalence s'élevait à 52% dans le sous-groupe des femmes françaises. [8]

Dans l'étude américaine SWAN, la prévalence des troubles du sommeil chez les femmes ménopausées était de 30%. [9]

Par ailleurs, l'apnée du sommeil est plus fréquemment retrouvée chez les femmes ménopausées. [10]

Troubles de l'humeur

Il peut s'agir d'anxiété, d'irritabilité, de tristesse ou de dépression.

Une vulnérabilité psychologique semble présente chez les femmes ménopausées. Les épisodes dépressifs mineurs ont une prévalence plus importante de 24 à 34% dans cette population, contre 19 à 29% chez les femmes en période d'activité génitale. Par contre, les épisodes dépressifs majeurs ne peuvent pas être considérés comme une conséquence directe de la ménopause.

Certains parlent de la théorie « des dominos » : les troubles de l'humeur seraient le résultat d'un mauvais sommeil engendré par les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, comme le montre une étude de 2010 qui met en évidence une association significative entre la sévérité des symptômes de la ménopause et les symptômes dépressifs. [11]

D'un point de vue culturel, la ménopause est souvent considérée comme la fin de la vie reproductive. Ainsi, en Europe et dans les pays industrialisés, la femme ménopausée revêt généralement un rôle défavorable : elle porte le lourd fardeau de la fin de son rôle de femme et représente la fin de quelque chose qui est fondamental, à savoir la capacité de donner la vie.

La femme alors dévêtue de son rôle reproducteur et sexuel doit se réinventer pour continuer à exister. On comprend alors bien que ce passage de l'état non ménopausé à ménopausé, peut générer une crise psychologique importante face à la perte, au deuil, aux angoisses de mort, d'abandon et de solitude.

Cette crise semble se déclarer essentiellement dans la période péri-ménopausique, comme période de transformation qui ouvre une nouvelle étape de la vie de femme. [12]

Douleurs ostéo-articulaires

Les douleurs musculo-tendineuses ou arthralgies sont des plaintes fréquentes chez les femmes ménopausées. Selon les données de la littérature environ 40 à 50% des femmes ménopausées seraient concernées. La fréquence exacte et la physiopathologie restent cependant inconnues ce qui est dû à la rareté des écrits sur ce sujet. Les arguments théoriques de l'effet protecteur des œstrogènes sur l'os ne manquent pas, même si aucun lien n'a encore été apporté : lors de la ménopause, les marqueurs de remodelage du cartilage sont augmentés ainsi que les cytokines inflammatoires (IL-1, IL-6 et TNFa), témoin d'une réponse inflammatoire articulaire. [13]

SGUM

Le terme de syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) a remplacé l'ancien terme d'atrophie vulvovaginale.

Les petites et grandes lèvres peuvent s'atrophier et les muqueuses s'assécher, devenant plus fragiles et pouvant saigner plus facilement en raison d'une diminution de l'imprégnation œstrogénique.

La sphère génitale possède un microbiote qui lui est propre, composé principalement de lactobacillus, appelé flore de Döderlein et de bactéries provenant de la flore digestive et oropharyngée. Ce microbiote ou flore vaginale voit sa composition modifiée lors de la ménopause entraînant une sensibilité accrue aux infections telles que les infections urinaires et mycoses vaginales.

Sa prévalence varie selon les études de 27% à 70% et il associe trois types de symptômes :

- Les symptômes vulvovaginaux : sécheresse, douleurs, brûlures, irritation, prurit ;
- Les symptômes sexuels : c'est essentiellement la dyspareunie d'intromission, par manque de lubrification et parfois sténose orificielle ;
- Les symptômes urinaires qui peuvent associer la pollakiurie, les urgences mictionnelles, les infections urinaires à répétition (brûlures urinaires).

Les symptômes cliniques du SGUM altèrent la qualité de vie et s'aggravent en fonction de l'âge, de la durée de la ménopause, mais diminuent lorsque la fréquence des rapports sexuels augmente.

Le diagnostic du SGUM est clinique, un seul symptôme est suffisant pour affirmer le syndrome. Il est recommandé de ne pas faire d'examen complémentaires pour affirmer le diagnostic. [14]

2.2. Variation pondérale

Il n'y a pas de modification notable de poids entre l'avant et l'après ménopause. Chez certaines femmes, la masse corporelle augmente de plus de 1,5 kg par an à partir de la ménopause. Cela est en partie attribuable à une modification de l'alimentation et une baisse de l'activité physique. La carence œstrogénique est cependant responsable d'une nouvelle répartition des masses adipeuses, plutôt androïde, c'est-à-dire au niveau de la ceinture abdominale, tandis qu'avant la ménopause, les graisses stockent plutôt dans la partie inférieure du corps (répartition gynoïde).

On note aussi une diminution de la masse musculaire. [15]

2.3. Vieillesse cutané

Le vieillissement cutané s'accélère à la ménopause. S'observent une atrophie du derme et une atrophie de l'épiderme, une accentuation des rides, une diminution de l'élasticité de la peau. Une sécheresse cutanée associée à du prurit ou des sensations de brûlures peuvent parfois s'observer. Un phénomène d'hyperandrogénie transitoire peut survenir avec une alopecie androgénique et/ou un hirsutisme modéré.

2.4. Troubles cognitifs

Les fluctuations hormonales, en particulier la baisse des niveaux d'œstrogènes, peuvent influencer la cognition. Certaines femmes peuvent éprouver des difficultés de concentration, des problèmes de mémoire à court terme. Les femmes peuvent trouver plus difficile de gérer plusieurs tâches à la fois ou de passer rapidement d'une tâche à une autre. Certaines femmes peuvent ressentir un ralentissement global de la pensée ou de la réflexion, ce qui peut influencer leur efficacité dans les activités quotidiennes.

2.5. Mesure de l'impact de la ménopause en pratique

Il existe des échelles quantifiant les symptômes de la ménopause : l'échelle de Kupperman et l'échelle MRS (Menopause Rating Scale).

L'échelle MRS est l'outil permettant d'évaluer l'impact de la ménopause sur la qualité de vie. Il voit le jour dans les années 1990 face au manque d'outils permettant d'évaluer la sévérité des symptômes de la ménopause. C'est un questionnaire validé au niveau international et traduit en 22 langues. Le questionnaire comprend onze questions, les femmes sont invitées à noter leurs symptômes sur une échelle allant de 1 à 4 : le chiffre 1 correspondant à « pas très gênant » et le chiffre 4 à « très gênant ». Le score maximal est de 44 témoignant d'une gêne intense liée à la ménopause.

Cette échelle permet d'évaluer de manière cohérente l'efficacité d'un traitement hormonal, une amélioration du score d'au moins 4 à 7 points est recommandée pour établir une efficacité clinique significative. [16]

3. Conséquences à long terme

3.1. Ostéoporose

Elle se définit par un état du squelette caractérisé par une diminution de la solidité osseuse exposant la femme à un risque accru de fracture.

L'ostéoporose par déminéralisation osseuse est un phénomène physiologique lié au vieillissement mais dont le processus s'accélère à la ménopause. La perte osseuse est de 1 à 2% par an à cette période contre 0,3% à 30 ans.

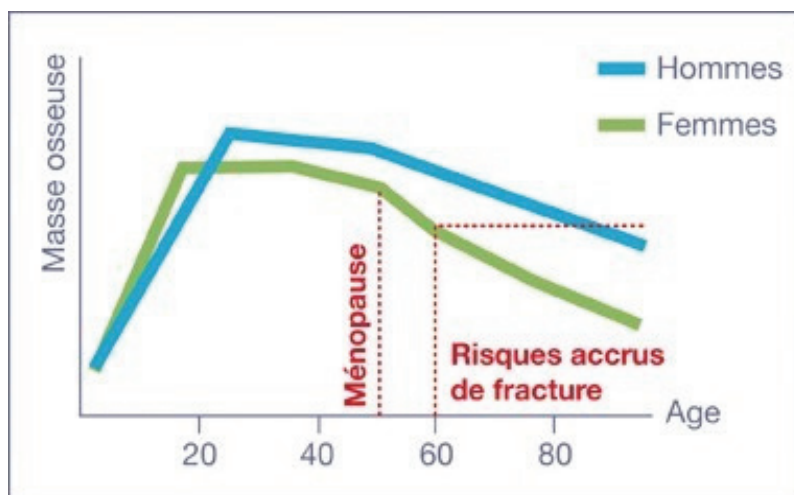


Figure 1. Evolution de la masse osseuse au cours de la vie. [17]

Elle constitue un réel problème de santé publique. Elle atteint une femme sur quatre.

L'ostéoporose post-ménopausique constitue la complication la plus grave de la carence œstrogénique responsable d'une accélération brutale de la perte osseuse. Elle se manifeste 7 à 10 ans après l'arrêt des règles. Sur les 10 millions de femmes françaises ménopausées, 2,5 millions seront donc atteintes de cette maladie.

L'activité du remodelage osseux, modifiée par l'insuffisance œstrogénique, est caractérisée par une hyperactivité ostéoclastique, qui entraîne une accélération de la perte osseuse en début de ménopause.

3.2. Maladies cardio-vasculaires

Avant la ménopause, les maladies coronariennes sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Après la ménopause, progressivement la fréquence des coronaropathies féminines va rejoindre celles des hommes.

La carence œstrogénique entraîne des perturbations métaboliques :

- Augmentation des triglycérides et du LDL-c, le « mauvais cholestérol »,
- Chute du HDL-c, le « bon cholestérol »,
- Apparition d'une résistance à l'insuline et donc risque de diabète.
- Altérations directes de la paroi vasculaire avec une diminution de la vasodilatation artérielle

4. Diagnostic de la ménopause en pratique clinique

4.1. Cas général

La survenue d'une ménopause est un phénomène progressif et d'une durée variable. Cette transition ménopausique peut rendre difficile le diagnostic de ménopause.

Y compris en situation classique (absence de traitement gonadotoxique, absence d'antécédent chirurgical ovarien ou d'hystérectomie, absence de traitement hormonal en cours), le diagnostic de ménopause peut s'avérer difficile. Le passage de la période périménopause à la ménopause peut s'opérer simplement mais peut également se prolonger dans le temps avec des fluctuations de la fonction ovarienne alternant période d'activité ovarienne et période d'hypoestrogénie.

Les critères du STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop + 10) sont actuellement considérés comme les critères « gold standard » d'évaluation de l'âge reproductif.

Les critères du STRAW + 10 reposent principalement sur les changements de *patterns* de saignements, avec comme point « pivot » le dernier saignement menstruel. [18]

Ainsi, la survenue d'une aménorrhée de 12 mois ou plus, chez une femme de plus de 45 ans, associée à des signes cliniques évocateurs (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, sueurs nocturnes...) permet un diagnostic de ménopause.

Les symptômes vasomoteurs ne doivent pas être pris en compte pour l'évaluation du vieillissement de la fonction ovarienne, puisqu'ils peuvent être présents lors des stades où la fonction reproductive ovarienne est encore présente et qu'ils peuvent persister de nombreuses années après le dernier saignement menstruel. Cependant pour les femmes ayant des antécédents de syndrome des ovaires polykystiques, d'insuffisance ovarienne prématurée ou chirurgical à type d'endométrectomie, d'ovariectomie unilatérale ou d'hystérectomie, les critères du STRAW ne peuvent pas s'appliquer.

4.2. Le test au progestatif

Le principe du test au progestatif consiste en la prise de progestérone naturelle (à la posologie de 200g/j) ou d'un progestatif pendant 10 jours consécutifs. À l'arrêt, la présence d'un saignement (test au progestatif positif) témoigne d'une imprégnation estrogénique endométriale préalable et signe donc l'absence de ménopause.

En cas d'hypoestrogénie, l'endomètre n'étant pas préparé par la stimulation estrogénique, la prise transitoire de progestérone/progestatif n'induit aucune modification endométriale et donc l'absence de saignement.

En période de périménopause, les périodes d'hypoestrogénie transitoires sont fréquentes. Ainsi, si un test au progestatif positif exclut le diagnostic de ménopause, la présence d'un test au progestatif négatif n'est pas synonyme de ménopause.

Ainsi, bien qu'il n'existe aucune étude n'ayant évalué la valeur prédictive du test au progestatif, il n'existe aucun élément permettant de penser que la réalisation de test au progestatif puisse étayer un diagnostic de ménopause sans attendre 12 mois.

Ainsi, l'utilisation du test au progestatif ne peut être recommandée pour établir un diagnostic de ménopause.

4.3. Dosages hormonaux FSH, œstradiol

Les dosages hormonaux de FSH et estradiol ne présentent pas les caractéristiques suffisantes pour être considérés comme de bons tests diagnostiques de ménopause. Leurs taux sont fluctuants, en particulier, lors de la transition ménopausique (alternance de périodes avec FSH élevée et estradiol bas, puis périodes avec normalisation des taux). De plus, il existe des chevauchements importants dans les taux de FSH selon les stades préménopause, transition ménopausique et post-ménopause.

Aucune des recommandations nationales ou internationales ne préconise le recours aux dosages de FSH et LH dans le contexte clinique d'investigation relié à la périménopause ou à la ménopause. La prescription de FSH n'est pas recommandée pour le diagnostic de périménopause ou de ménopause. La prise en compte de l'âge et les signes cliniques (irrégularités des cycles, aménorrhée associée à des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des sueurs nocturnes) doivent être privilégiés.

Aucun examen complémentaire n'est indiqué pour réaliser un diagnostic de ménopause en situation classique.

4.4. Situations particulières

4.4.1. Sous contraception hormonale

La valeur prédictive des dosages hormonaux sous contraception oestroprogestative est insuffisante pour pouvoir faire un diagnostic de ménopause. Aucune étude n'a évalué la valeur prédictive du compte folliculaire sous contraception hormonale pour le diagnostic de ménopause.

Sous contraception œstroprogestative, microprogestative, par implant ou par stérilet hormonal, les dosages hormonaux ou l'échographie pelvienne ne sont pas conseillés pour faire un diagnostic de ménopause. L'utilisation de ces examens complémentaires (dosages hormonaux, échographie pelvienne) ne peut pas être recommandée en pratique courante pour décider de l'arrêt de la contraception.

La stratégie proposée par le CNGOF est l'interruption de la contraception orale, le retrait de l'implant ou du stérilet et le suivi clinique (survenue de l'aménorrhée). Pendant cette période d'interruption, une contraception non hormonale (le plus souvent par préservatifs) peut être proposée avant de décider de l'arrêter après un an d'aménorrhée.

4.4.2. Pour les femmes avec antécédent d'hystérectomie conservatrice

En l'absence de symptomatologie clinique évaluable (aménorrhée), chez les femmes ayant un antécédent d'hystérectomie, un dosage répété de FSH ≥ 40 associé à un estradiol bas (< 20 pg/mL), au moins 3 mois après l'intervention pourrait être une orientation de diagnostic en faveur d'un statut ménopausé. [19]

II - Traitement des symptômes de la ménopause

1. Le THM : Traitement hormonal substitutif de la ménopause

Principe du THM : Il s'agit de compenser l'arrêt de la fonction ovarienne par apport exogène de stéroïdes dans le but d'être le plus proche de la physiologie ovarienne antérieure à la ménopause. Aux œstrogènes sont associés des progestatifs car les œstrogènes seuls provoqueraient une hypertrophie de l'endomètre et une majoration des risques de cancer de l'endomètre.

1.1. Mode d'administration

Il existe plusieurs formes galéniques pour les œstrogènes : per os, en gel ou en patch. Les formes cutanées (gel et patch) seront privilégiées car cela évite ainsi le premier passage hépatique. Il a été montré, en effet, que les œstrogènes per os provoquent des modifications du bilan hépatique et augmentent les facteurs de coagulation pouvant aboutir à des accidents thromboemboliques. En France, l'œstrogène de référence est le 17 βestrogène.

La progestérone est administrée per os ou par voie vaginale car elle n'a qu'une action locale lorsqu'elle est administrée par voie percutanée.

Les progestatifs utilisés en France sont la progestérone naturelle et son isomère le dydrogestérone qui présentent tous deux peu d'effets secondaires et une bonne tolérance métabolique.

Le THM a été l'objet, ces dernières années, de violentes polémiques suite à l'observation d'une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes traitées. Cela a généré une grande inquiétude et une forte diminution du recours au THM. Depuis, plusieurs études ont permis de faire le point sur son efficacité et ses effets secondaires.

1.2. Historique de la prescription du THM

Le premier traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) est commercialisé aux Etats Unis en 1942, sous le nom de « Prémarin® » Il s'agit d'un Estrogène Conjugué Equin (ECE). Ce traitement est destiné principalement aux femmes ayant subi une ménopause artificielle par hystérectomie totale lors de traitement chirurgical du cancer utérin.

Ce traitement reste peu utilisé dans les deux décennies suivantes.

Dans les années 1960, L'industrie pharmaceutique voit dans le THM une aubaine commerciale. S'en suivent alors diverses campagnes de promotion destinées au grand public. Une fondation pour la promotion des œstrogènes voit le jour avec à sa tête, le gynécologue et écrivain, Robert Wilson, auteur du best-seller, *Feminine Forever*. Il participe activement à donner l'espoir aux femmes que la « Youth Pill », comme il la nomme, permet de contrer le processus de vieillissement et de soigner les symptômes gênants liés à la ménopause.

Les ventes de THM s'envolent alors aux Etats Unis.

On estime qu'en 1975 environ 15% des femmes américaines ménopausées sont traitées par œstrogènes.

La même année, un article est publié dans la prestigieuse revue *The New England Journal of Medicine*, montrant que les œstrogènes augmentent le risque de cancer de l'endomètre. [20]

S'en suivent d'autres articles qui iront dans le même sens. Parallèlement d'autres études démontrent que le risque de cancer de l'endomètre peut être prévenu par l'adjonction d'un traitement par progestatif.

En 1979, une conférence de consensus détermine alors que le THM doit être composé d'estrogène et de progestérone chez les femmes non hystérectomisées, avec la dose la plus faible en œstrogène, afin de prévenir le risque de cancer de l'endomètre et pour la durée la plus courte possible, comprenant des pauses, afin de prévenir le risque de cancer du sein.

Le traitement hormonal combiné, composé d'un œstrogène équin (ECE) et d'un progestatif (l'acétate de médroxyprogestérone), devient alors le traitement de référence aux Etats Unis chez les patientes non hystérectomisées.

C'est à cette période, au début des années 80, que l'utilisation du THM se démocratise en France, bien plus tard qu'aux Etats Unis. Le corps médical était réticent voir opposé jusqu'alors à l'utilisation d'hormones.

Dans les années qui suivent, les œstrogènes contenues dans le THM semblent avoir un rôle protecteur vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires.

L'étude de cohorte *Nurses Health Study* (NHS), qui a inclus plus de 120 000 infirmières, publiée pour la première fois en 1991, fait apparaître une réduction du risque d'événement coronaire et une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes recevant un THM.

Cette même année, paraissent deux méta-analyses réunissant des études d'observation portant sur le lien entre prise d'œstrogènes et risque de cancer du sein. Leurs résultats sont divergents, l'une concluant à l'absence d'effet délétère, l'autre à une augmentation du risque de cancer du sein.

L'utilisation du THM n'est alors pas remise en cause : les bénéfices sur les accidents cardio-vasculaires justifient alors son utilisation.

En 1993, au cours d'une Conférence de *Consensus Internationale*, les œstrogènes sont reconnus comme premier traitement préventif de l'ostéoporose post-ménopausique.

Le THM devient alors un traitement des symptômes climatériques à court terme mais également des complications à long terme : les accidents cardio-vasculaires et l'ostéoporose.

On parle de l'ère du « Tout THM », les prescriptions sont alors considérables : en 1998, 54% des femmes françaises de 48 à 52 ans sont sous THM et 38% des 60-64 ans, ces chiffres ayant été multipliés par 6 en 20 ans.

En 2001, environ 2 millions de femmes françaises sont traitées par le THM.

1.3. Polémique autour du THM

Un tournant dans l'histoire du THM s'opère à la fin des années 90 et début des années 2000 avec la publication d'études au niveau de preuve élevé et méthodologiquement rigoureuses :

- En 1997 avec la méta- analyse du Groupe d'Oxford publiée dans le *Lancet* qui conclut à une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes traitées par œstrogènes
- En 1998, l'essai HERS (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*) qui remet en cause l'hypothèse préventive cardio-vasculaire du THM. En effet, cet essai randomisé incluant 2 763 femmes ménopausées, ne réussit pas à montrer que les œstrogènes (en l'occurrence les œstrogènes conjugués équins administrés par voie orale, Prémairin®) associés aux progestatifs (l'acétate de médroxyprogestérone, MPA) sont efficaces en prévention secondaire chez les femmes qui présentaient des pathologies coronariennes à l'inclusion dans l'essai. [21]
- En 2002, l'étude WHI, essai randomisé incluant 16 608 femmes américaines, montre que le THM augmente le risque de cancer du sein et le nombre d'évènements cardio-vasculaires. La WHI révolutionne le monde médical par ses résultats qui surprennent tous les experts. Elle va conduire à des réflexions en profondeur sur les recommandations d'utilisation du traitement. [22]

En 2003, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) (actuellement ANSM) publie des recommandations qui restreignent l'usage du THM. [23]

Des études ultérieures ont également contribué à la polémique comme l'étude *Million Women Study* (MWS) publiée dans le *Lancet* en 2003 et menée au Royaume-Uni auprès de 1 084 110 femmes d'âge compris entre 50 et 64 ans (avec des traitements équivalents aux thérapeutiques françaises) : cette étude confirme le risque de cancer du sein associé au THM chez des femmes européennes quel que soit le type de THM. [24]

La baisse de l'utilisation du THM qui s'en suit va alors être majeure et durable. En France, 1 femme ménopausée sur 3 qui prenait un THM l'interrompt entre septembre 2002 et juillet 2003. Puis, les ventes déclinent progressivement : en 2002, 19,8 millions de boîtes de THM ont été vendues versus 5,9 millions en 2012, soit une diminution de 74% en 10 ans.



Figure 2. Evolution des ventes de THM en France [25]

Après 2015 moins de 15% des femmes de 50 à 64 ans recevaient des THM, soit une baisse de plus de 75% des prescriptions par rapport à 2002. Pourtant, il est observé une augmentation des cancers du sein en France, ainsi que dans toute l'Europe. [25]

The Cochrane Library a publié en janvier 2017, une revue de littérature dont il ressort que l'augmentation des préjudices est faible lors de l'utilisation à court terme d'une hormonothérapie à faible dose. [26]

En août 2019, est publié dans *The Lancet*, une méta-analyse dont les principaux résultats sont une association des THM et de l'augmentation du risque de cancer du sein avec la durée de traitement. [27]

L'HAS a donné en deux fois son avis : Le service médical rendu par les THM est important dès lors que les symptômes de la ménopause sont gênants pour la femme. Elle recommande un traitement aux doses les plus ajustées sur une période la plus courte possible. L'indication doit être réévaluée chaque année avec une surveillance clinique et paraclinique.

2. Mise au point du collège des gynécologues français en 2021 sur les bénéfices/risques du THM

2.1. THM et Ostéoporose

L'efficacité du THM sur la masse osseuse mesurée par DMO est unanimement admise. Elle a été confirmée par les études de *Greendale et al.* (1998) et WHI (2002). Cette dernière démontre un effet préventif du THM vis-à-vis du risque de fracture ostéoporotique, aussi bien avec les œstrogéstatifs qu'avec les œstrogènes seuls (réduction de 30 % environ du risque global de fracture). L'effet protecteur vis-à-vis des fractures s'accroît avec le temps mais diminue après arrêt du traitement, la vitesse de la perte osseuse étant alors comparable à celle observée en début de ménopause.

2.2. THM et risque cardio-vasculaire

Pendant de nombreuses années, on a considéré que le THM prévenait le risque cardio-vasculaire. Pourtant, deux études WHI (2002, 2004) ont jeté un certain discrédit sur le THM, conduisant à en restreindre les indications. Elles montraient qu'un traitement œstro-progestatif (2002) augmentait surtout le risque thromboembolique et que les œstrogènes conjugués seuls (2004) augmentaient le risque d'AVC (accident vasculaire cérébral).

En réalité, des travaux plus récents ont montré que le risque cardio-vasculaire est fonction des stéroïdes utilisés, de la voie d'administration des œstrogènes et surtout de l'influence de l'âge auquel débute le traitement.

En résumé, la voie transdermique est plus sûre, car elle n'augmente ni le risque de thrombose veineuse, ni le risque d'AVC à condition pour ce dernier que les œstrogènes soient utilisés à faible dose (< 50 µg/j). Enfin, le risque coronarien apparaît en fonction de l'âge des femmes et du nombre d'années écoulées depuis la ménopause. C'est la théorie de la « fenêtre d'intervention ».

Le THM a un effet bénéfique s'il est commencé tôt après la ménopause, avant la constitution de plaques d'athérome instables qui peuvent conduire à la thrombose de l'artère. Au contraire, le THM aurait un effet délétère s'il est commencé tardivement, après l'apparition des plaques d'athérome instables puisque l'inflammation associée à leur formation pourrait être stimulée par les œstrogènes administrés par voie orale.

2.3. THM et cancer du sein

Comme le THM freine l'atrophie mammaire liée à la carence hormonale de la ménopause, les relations entre THM et cancer du sein ont fait l'objet de nombreuses études.

L'étude prospective randomisée WHI, menée sur 16 608 femmes ménopausées âgées de 50 à 79 ans a été arrêtée précocement en raison du surrisque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, maladie thromboembolique) (RR = 1,41 ; IC95 % : 1,07–1,85) et de cancer du sein (HR : 1,64 ; IC95 % : 1-1,59) chez les femmes sous THM par rapport à celles sous placebo. Le traitement hormonal utilisé était une combinaison œstrogènes équinés conjugués (ECE ou CEE) (0,625 mg/j) et acétate de médroxyprogestérone (MPA) (2,5 mg/j).

Les études WHI ont été menées avec des œstrogènes conjugués équinés, différents de ceux utilisés en France. Les résultats sont donc difficilement transposables au cas de la majorité des Françaises. Au total, le risque de cancer du sein est plus faible chez les utilisatrices de THM avec œstrogènes seuls par rapport à celles utilisant un THM combiné associant œstrogènes et progestatif. Les traitements combinant œstrogéstatifs entraînent une augmentation modérée significative du risque de cancer du sein liée à la durée d'utilisation mais aussi à la nature du progestatif utilisé.

Selon l'étude observationnelle *Million Women's Study* (MWS), menée sur 1 084 110 femmes, le risque de décès par cancer du sein est augmenté chez les utilisatrices de THM d'un risque relatif de 1.22 (RR = 1,22 ; IC95% : 1-1,48). Ce constat n'est pas retrouvé dans l'étude observationnelle finlandaise de 2016, menée sur 489 105 femmes sous THM de 1994 à 2009, qui retrouve une diminution de la mortalité par cancer du sein chez les femmes sous THM.

Les études européennes et françaises amènent la notion du risque en fonction du type de molécule utilisée.

Les études observationnelles européennes (Étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale (E3N) publiée en 2008 et l'étude, cas-témoins publiée par Cordina-Duverger et al. en 2013) montrent que le risque de cancer du sein attribuable au THM est :

- plus élevé avec un traitement oestroprogestatif qu'avec des estrogènes seuls
- dépendant du type de progestatif utilisé → non augmenté avec associations E2 et progestérone micronisée ou dydrogestérone pour durée < 5 ans

Il existe une disparition du surrisque de cancer du sein à l'arrêt du traitement pour des durées de traitement de 5 à 10 ans.

En conclusion, le risque absolu estimé de développer un cancer du sein sous THM reste faible : 2 cas supplémentaires de cancer du sein pour 1 000 femmes traitées pendant 5 ans et 6 cas supplémentaires pour 1 000 femmes traitées pendant 10 ans.

Étude	Population	Intervention	Comparaison	Outcomes	Résultats
MWS, 2005	1 084 110 femmes de 50–64 ans	Étude observationnelle	THM vs pas de THM	Cancer du sein	THM : RR = 1,66 (IC95% : 1,58–1,75) THM combiné : RR = 2 (IC95% : 1,88–2,12) Œstrogènes seuls : RR = 1,30 (IC95% : 1,21–1,40)
Chlebowski, 2003, WHI	16 608 femmes ménopausées âgées de 50 à 79 ans, non hystérectomisées	Essai randomisé dans 40 cliniques de 1993 à 1998	Combinaison œstrogènes équinés conjugués (0,625 mg/j) et acétate de médroxyprogestérone (2,5 mg/j) vs placebo	Cancer du sein	RR = 1,64 (IC95% : 1–1,59)
WHI, 2004	10 739 femmes ménopausées, âgées de 50 à 79 ans, avec une hystérectomie	Essai randomisé dans 40 cliniques de 1993 à 1998	Œstrogènes équinés conjugués (0,625 mg/j) vs placebo	Cancer du sein	HR = 0,77 (IC95% : 0,59–1,01)
Manson, 2017	27 347 femmes ménopausées multiethniques américaines âgées de 50 à 79 ans inscrites à 2 essais cliniques randomisés entre 1993 et 1998 et suivies jusqu'au 31 décembre 2014	Étude observationnelle	Œstrogènes équinés conjugués (CEE, 0,625 mg/j) plus acétate de médroxyprogestérone (MPA, 2,5 mg/j) vs placebo CEE seul vs placebo	Cancer du sein	CEE et MPA : RR = 1,44 (IC95% : 0,97–2,15) CEE seuls : RR = 0,55 (IC95% : 0,33–0,92)
EPIC, 2011	33 744 femmes ménopausées	Étude observationnelle	THM vs sans THM	Cancer du sein	THM combiné : RR = 1,77 (IC95% : 1,40–2,24)
E3N, 2008	98 995 femmes	Cohorte prospective	THM vs sans THM	Cancer du sein	Œstrogènes seuls : RR = 1,1 (IC95% : 0,8–1,6) THM combiné : RR = 1,3 (IC95% : 1,1–1,5)
E3N, 2014	78 353 femmes	Cohorte prospective	THM vs sans THM	Cancer du sein	< 5 ans : Œstrogène et progestérone micronisée : RR = 0,71 (IC95% : 0,44–1,14) Œstrogène et dydrogesterone : RR = 0,84 (IC95% : 0,51–1,38) Œstrogènes et progestatifs de synthèse : RR = 1,70 (IC95% : 1,5–1,91) > 5 ans : Œstrogène et dydrogesterone : RR = 1,31 (IC95% : 1,15–1,91) Œstrogènes et progestatifs de synthèse : RR = 2,02 (IC95% : 1,81–2,26)
Cordina, 2013	1 555 femmes ménopausées (739 cas et 816 témoins)	Étude cas-témoin	THM vs sans THM	Cancer du sein	THM avec progestérone de synthèse : RR = 0,79 (IC95% : 0,37–1,71) THM avec progestérone micronisée : RR = 2,07 (IC95% : 1,26–3,39)

Tableau 1. Évaluation du risque de développer un cancer du sein en fonction du THM [28]

2.4. THM et mortalité

La majorité des études disponibles confirme qu'il n'y a pas de différence significative en termes de mortalité globale pour l'utilisation du THM. Au contraire, de nombreuses études épidémiologiques citées dans la méta-analyse de Salpeter et al., retrouvent une diminution de la mortalité. Ce bénéfice est également montré dans l'étude de la WHI chez les femmes dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans (RR = 0,69 ; IC95% : 0,51 à 0,94). Pour les autres tranches d'âges (60-69 ans et 70-79 ans), il n'y a pas de différence significative sur la mortalité.

En conclusion, tous âges confondus, le traitement hormonal de la ménopause n'augmente ni la mortalité globale ni celle liée aux maladies cardio-vasculaires ou au cancer du sein. [28]

3. **Les dernières recommandations de la société américaine concernant le THM de juillet 2022**

La société Savante Américaine de référence sur la Ménopause (NAMS) réhabilite et élargit encore la prescription de THM par rapport aux recommandations actuelles françaises.

Les nouvelles recommandations de la Société Savante Américaine de référence sur la Ménopause (NAMS) ouvrent la voie à de plus en plus de prescriptions de THM aux États-Unis. Ces nouvelles recommandations ont notamment fait du bruit parce qu'elles viennent du pays d'origine de l'étude de 2002 (WHI) qui avait provoqué la baisse de la prescription de THM non seulement en Amérique du Nord mais aussi en Europe. Les nouvelles études publiées depuis remettent largement en cause les conclusions de ladite étude et ont conduit à la mise à jour attendue des recommandations américaines.

En résumé :

- Le THM reste le traitement le plus efficace sur la symptomatologie vasomotrice, le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM), la prévention de la perte osseuse et des fractures.
- Le THM n'a pas à être arrêté à 60 ou 65 ans et peut être poursuivi après 65 ans si des bouffées vasomotrices persistent pour améliorer la qualité de vie ou pour prévenir l'ostéoporose après évaluation de la balance bénéfices/risques de cette poursuite.
- Pour les femmes présentant un Syndrome Génito-urinaire de la Ménopause (SGUM) les œstrogènes locaux ou des traitements non estrogéniques peuvent être utilisés à n'importe quel âge et poursuivis si nécessaire.

Ces nouvelles recommandations sont désormais beaucoup moins restrictives, elles rappellent l'intérêt majeur du THM en début de ménopause pour améliorer la qualité de vie, prévenir le risque fracturaire et soulignent combien le THM est bénéfique en début de ménopause et sans véritable limite d'âge de poursuite de prescription en évaluant constamment la balance bénéfices / risques de façon personnalisée.

On peut espérer que ces recommandations américaines, qui s'alignent de plus en plus avec celles de l'*International Menopause Society* (IMS) et du Groupe d'étude sur la Ménopause et le Vieillessement Hormonal (GEMVI) contribueront à ce mouvement de reconsidération du THM et aideront plus de femmes à pouvoir y accéder, à l'étranger comme en France, pour leur permettre de vivre mieux cette période de vie. [29]

4. Alternatives au THM

4.1. Alternative hormonale au THM : La tibolone

Il s'agit d'un progestatif norstéroïde, présenté comme ayant une activité triple : œstrogénique, progestative et androgénique. Il diminue les bouffées de chaleur, améliore la trophicité vaginale et la densité minérale osseuse. Mais il a les contre-indications des œstrogènes, les effets métaboliques desnorstéroïdes et un effet prothrombotique. Il est démontré dans l'étude MWS qu'il est associée à une augmentation de l'incidence du cancer du sein et à une augmentation du risque de cancer de l'endomètre. Il est disponible uniquement sur ordonnance et n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

4.2. Alternatives non hormonales au THM

4.2.1. Les différents types d'alternatives au THM

Les bouffées vasomotrices (BVM) représentent un des symptômes majeurs du syndrome climatérique. Elles sont le plus souvent vécues comme très invalidantes. L'œstrogénothérapie en constitue le traitement le plus efficace. Cependant, il peut être contre-indiqué chez certaines femmes ou non souhaité par d'autres.

Les praticiens sont souvent sollicités pour trouver des solutions efficaces non hormonales mais, parfois, les femmes se tournent d'elles-mêmes vers des médecines ou méthodes alternatives, souvent à l'insu de leur praticien, avec pour principales références des données non contrôlées issues d'internet.

Les alternatives non hormonales ont été essentiellement évaluées dans la prise en charge des BVM. De manière générale, leur efficacité (lorsque celle-ci est étayée) est plus faible que celle du THM ; dans les essais randomisés, la différence avec le placebo est faible (de l'ordre de 10 à 40% selon les molécules et les doses). L'effet placebo permet une réduction, en moyenne de 25 à 58%, de fréquence des BVM.

4.2.2. Bêta-alanine

Les données disponibles sur la Bêta-alanine pour évaluer son efficacité dans le traitement des BVM sont insuffisantes pour la recommander.

4.2.3. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Parmi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), la paroxétine à libération immédiate ou prolongée, le citalopram, et l'escitalopram sont efficaces pour diminuer la fréquence et la sévérité des BVM. Pour la fluoxétine et la sertraline, les études ne sont pas conclusives.

L'homéopathie (testée essentiellement chez des femmes avec un antécédent de cancer du sein), la vitamine E et les oméga 3 n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour gérer les BVM.

4.2.4. Compléments alimentaires

Les phytoœstrogènes sont des composés végétaux ayant des similitudes structurales du 17-bêta-œstradiol, comportant différentes molécules. Les larges variations selon les populations étudiées, les quantités, la forme et la qualité des apports des phytoœstrogènes évalués rendent difficile l'interprétation de l'ensemble des études.

Compte tenu de leur mécanisme d'action via le récepteur des œstrogènes, il est à rappeler leurs restrictions d'utilisation pour toutes les pathologies œstrogène-dépendantes.

Les études contre placebo ne montrent aucune différence significative de la fréquence et la sévérité des BVM pour le trèfle rouge, l'actée à grappe noire (ou cimicifuga racemosa) ou les herbes médicinales chinoises.

Les données de la littérature ne permettent pas de recommander l'utilisation des extraits des phytoestrogènes pour la prise en charge des bouffées vasomotrices de la ménopause.

4.2.5. Interventions non pharmacologiques

L'évaluation de l'efficacité de l'acupuncture sur les BVM est rendue difficile en raison de l'absence de groupe contrôle. Les essais montreraient une efficacité sur la fréquence et la sévérité des BVM lorsqu'il n'existe aucun comparatif.

L'hypnose et le yoga semblent réduire la fréquence et la sévérité des BVM comparativement au placebo. C'est également le cas des thérapies comportementales et en pleine conscience pour la sévérité des BVM mais peu sur leur fréquence.

L'exercice physique et la relaxation n'ont pas d'effet significatif sur les BVM.

Pour ce qui est de l'aromathérapie/huiles essentielles ou de la réflexologie, le faible nombre d'études publiées ne permet pas de conclure sur une quelconque efficacité sur la diminution des BVM.

Le yoga et l'hypnose ont fait la preuve d'une certaine efficacité et peuvent être proposés pour la prise en charge des BVM de la ménopause. [30]

4.3. Prise en charge du syndrome génito-urinaire de la ménopause ou SGUM

Les traitements hydratants et/ou lubrifiants peuvent être prescrits en traitement symptomatique chez toutes les femmes souffrant d'un SGUM.

L'acide hyaluronique par voie vaginale est associé à une amélioration significative des symptômes du SGUM. L'efficacité est inférieure à celle de l'œstrogénothérapie locale.

En comparaison avec la voie orale ou cutanée, la voie vaginale des œstrogènes a une supériorité significative, en particulier sur les symptômes urinaires. Tous les œstrogènes, estradiol ou estriol, par voie vaginale à faible dose améliorent les symptômes du SGUM.

Les données actuelles n'ont pas montré d'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes sans antécédent de ce type de cancer mais la sécurité d'utilisation de ce type de traitement local chez les femmes avec antécédent de cancer du sein est incertaine.

Il n'y a pas de durée prédéfinie du traitement. L'arrêt du traitement est associé à une réapparition rapide des symptômes de SGUM.

Les lasers (CO2 et Erb-Yag) font actuellement l'objet de nombreuses publications et sont efficaces en comparaison au placebo pour diminuer les symptômes du SGUM.

Pour la prise en charge du SGUM, le traitement local par voie vaginale est recommandé en 1^{ère} intention.

Pour la prise en charge du SGUM, il est recommandé de prescrire lubrifiants et hydratants en 1^{ère} intention et de prendre le relais avec un traitement hormonal vaginal à faible dose en 2^{ème} intention en fonction de l'évolution clinique. [31]

III - Recommandations actuelles pour la prise en charge des femmes ménopausées

La première consultation de ménopause a pour objectif essentiel d'apporter des réponses aux demandes des femmes sur le sujet. Elle représente également un moment privilégié pour évaluer les facteurs de risque de plusieurs pathologies susceptibles d'être favorisées ou amplifiées par la carence oestrogénique de la ménopause. Elle permet, enfin, d'amener une information sur les modifications nécessaires éventuelles de l'hygiène de vie et l'éviction des toxiques (tabac, alcool).

Parmi les pathologies dont l'incidence augmente chez la femme après la ménopause, l'ostéoporose post-ménopausique et les maladies cardiovasculaires (MCV) en représentent les plus emblématiques. Le risque cumulé pour une femme de 50 ans de présenter une fracture ostéoporotique jusqu'à la fin de sa vie est de l'ordre de 40% avec un risque estimé à environ 17% pour la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

1. Ostéoporose

L'évaluation du risque d'ostéoporose paraît donc indispensable à cette tranche d'âge de la vie d'une femme avec évaluation des facteurs de risque individuels.

Facteurs de risque non modifiables	Facteurs de risque modifiables
Âge	Faible IMC (< 19 kg/m ²)
Antécédent personnel de fracture par fragilité	Tabagisme, alcoolisme
Antécédent maternel ou paternel de fracture vertébrale ou de hanche	Corticothérapie systémique (supérieure à 7,5 mg d'équivalent prednisone de plus de 3 mois)
Antécédent d'hypogonadisme précoce (avant 40 ans)	Traitements déminéralisants (anti-aromatases)
Antécédents d'endocrinopathies et pathologies déminéralisantes	Activité physique insuffisante, sédentarité

Tableau 2. Facteurs de risque clinique d'ostéoporose

La mesure de la DMO par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA) est recommandée pour l'évaluation du risque d'ostéoporose chez les femmes ménopausées ayant un ou plusieurs facteurs de risque de fracture.

Après la ménopause et en cas de risque d'ostéoporose, il est recommandé de lutter contre la sédentarité et d'avoir une activité physique associant exercices en charge avec impact et renforcement musculaire pour diminuer le risque de fracture.

Chez les femmes ménopausées, il est proposé d'avoir des apports suffisants diversifiés en protéines, un apport suffisant en calcium, en privilégiant le calcium alimentaire (les produits laitiers) et un apport suffisant en vitamine D.

2. Evaluation du risque cardio-vasculaire global

Lors d'une consultation traitant de la ménopause, il est important de rechercher l'existence de facteurs de risques cardio-vasculaires : tabagisme, hypertension, sédentarité, dyslipidémie ou d'antécédent de pathologie cardio vasculaire avérée : diabète, AVC, infarctus, insuffisance rénale.

A la ménopause, l'amélioration de l'hygiène de vie et de la nutrition, l'éviction de facteurs de risque (tabac) ou l'activité physique pourraient contribuer à limiter l'impact à long terme de la carence oestrogénique tout comme celui du vieillissement sur le développement de nombreuses pathologies.

3. Evaluation nutritionnelle

Les études longitudinales montrent que la prise de poids débute bien avant la ménopause et se poursuit après celle-ci avec une grande variabilité inter-individuelle. Chez les femmes ménopausées en surpoids, il est conseillé une diminution modérée de l'apport énergétique associée à un apport protéique suffisant pour réduire la masse grasse et tenter de s'opposer à la perte de masse maigre, et d'y associer une activité physique. [30]

4. Prise en charge des femmes ménopausées symptomatiques : Le THM en pratique

Les BVM sont très fréquentes, affectant environ 80% des femmes occidentales ménopausées, dont 25% de façon très invalidante. Elles durent en moyenne 5 à 7 ans mais peuvent perdurer au-delà de 15 ans.

En raison d'un risque d'hyperoestrogénie lié à la persistance (ou la reprise transitoire) de l'activité ovarienne, il est recommandé de ne débuter le THM qu'après confirmation clinique de la ménopause.

Il n'est pas recommandé de débuter un THM plus de 10 ans après le début de la ménopause.

Pour le THM, il est recommandé de privilégier le 17 bêta-estradiol ou le valérate d'estradiol associés à la progestérone micronisée ou la dydrogestérone au moins 12 jours par mois ; chez la femme hystérectomisée, il est recommandé d'utiliser l'estradiol ou le valérate d'estradiol seul, sans progestérone ou progestatif associé.

Le choix entre schéma séquentiel ou combiné doit tenir compte du souhait de la patiente d'avoir ou non des hémorragies de privation. Le schéma d'administration le plus classiquement utilisé est le schéma combiné continu en raison de sa supériorité concernant la protection endométriale et de la volonté de la plupart des patientes d'une absence d'hémorragie de privation.

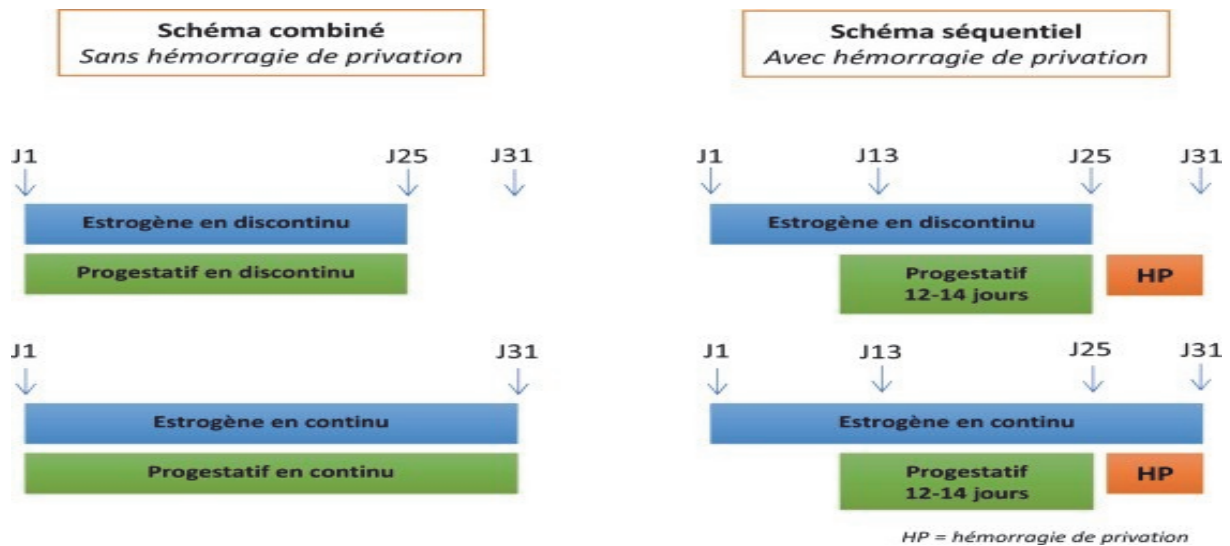


Figure 3. Principaux schémas thérapeutiques (combiné et séquentiel)

Pour corriger les bouffées vasomotrices, en fonction de leur intensité et de leur fréquence et en l'absence de contre-indication, il est recommandé de proposer la prise d'un THM en 1^{ère} intention

L'hormonothérapie substitutive peut améliorer les symptômes vasomoteurs dans une proportion allant jusqu'à 90% chez les personnes qui ont des bouffées vasomotrices de modérées à graves. [32]

IV - Historique de la construction sociale autour de la ménopause

1. La ménopause sous le regard des médecins au fil des siècles

Si l'on possède peu de témoignages sur la manière dont les femmes du XIX^e siècle ont vécu le vieillissement, les discours des médecins sur cette question abondent.

La ménopause est décrite par eux comme une période particulièrement dangereuse qui, à l'instar de la puberté, bouleverse toute l'économie de la femme. Au nombre des maladies qui sont susceptibles de l'assaillir lorsque s'interrompt le mécanisme régulateur que représentait la menstruation, s'ajoute la blessure narcissique que provoque la perte de sa féminité et l'entrée dans l'âge de décrépitude.

Plus encore, la femme perdant la faculté d'engendrer sa vocation sociale (la maternité), cette période, souvent qualifiée d'âge critique ou d'âge dangereux, s'annonce comme une véritable mort sociale.

Privée de sa capacité de séduction, fragilisée par la révolution physiologique qui s'opère en elle, la femme, encouragée à se retirer d'un monde où elle ne peut plus briller, est plus que jamais assignée à la sphère privée. [33]

Le terme de ménopause existe depuis moins de deux siècles. C'est Charles Pierre Louis de Gardanne, un médecin parisien, qui fut le premier à utiliser le terme de ménopause, dans la deuxième édition de son livre « Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique » qu'il intitule « De la ménopause ou de l'âge critique des femmes », paru en 1821. [34]

Construit à partir des mots grecs signifiant menstrues (menos) et arrêt (pausis), ce néologisme remplace l'expression « cessation des menstrues » des textes médicaux des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles.

Toutefois, le terme le plus courant pour désigner cette étape physiologique vécue par les femmes était « l'âge critique ».

En perdant la faculté de procréer, la femme se voit priver du pouvoir qu'elle détenait dans la reproduction de l'espèce et la perpétuation des générations. En second lieu, cette perte et les phénomènes de vieillissement qui l'accompagnent peuvent être vécus selon l'expression de Moreau de la Sarthe (1803) comme une « mort partielle » annonciatrice de la mort naturelle.

Théodore Pétrequin va même jusqu'à décrire la ménopause comme le moment où « la femme, dépouillant peu à peu ses caractères distinctifs (...) cesse, pour ainsi dire, d'être femme en perdant la faculté de devenir mère » (Pétrequin 1836)

Au XX^{ème} siècle, la ménopause devient pathologique par l'arrêt de la production des œstrogènes.

Ainsi, la création du terme de ménopause a renforcé la construction d'un ensemble de pathologies attribué à l'arrêt de la fonction de reproduction chez la femme, somatiques et mentales.

Dans les discours dominants, la ménopause s'accompagne d'une perte de valeur.

Baron écrit dans sa thèse que « la femme ne voit s'éloigner qu'avec peine et même avec une sorte d'effroi, les attraits fragiles sur lesquels elle avait toujours comptés pour plaire » (1851). Elle a alors le choix entre l'ivrognerie et la dévotion.

Cent ans plus tard, Simone de Beauvoir fait un constat assez proche bien que dans sa perspective critique elle attribue cette situation à des facteurs sociaux et non biologiques : « *Il lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie d'adulte. On ne lui a permis d'avoir prise sur le monde que par la médiation de l'homme : que deviendra-t-elle quand elle n'aura plus de prise sur lui ?* » (1949).

Le discours médical moderne nous fournit une explicitation des stéréotypes dominants.

Dans son livre de promotion du traitement hormonal, « *Feminine forever* », le gynécologue américain Robert Wilson (1966) fait un portrait de la femme ménopausée, entièrement définie par son taux d'œstrogènes, comme une calamité pour elle-même et pour son entourage :

« *Raides, fragiles, courbées, ridées et apathiques, elles traversent en trébuchant leurs dernières années. (...) Femmes dés sexuées, elles passent dans la rue sans qu'on les remarque et remarquent peu de choses elles-mêmes. (...) La douleur de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du divorce et des foyers brisés par ces femmes instables privées d'œstrogènes ne pourra jamais être racontée. Il est prouvé que le cours de l'histoire a été changé non seulement par la présence des œstrogènes, mais aussi par leur absence (1963).* »

Un peu plus tard, le psychiatre américain David Reuben résume de façon lapidaire le rôle social des femmes ménopausées dans son livre *Tout ce que vous vouliez savoir sur le sexe* : « *ayant épuisé leursovaires, elles ont épuisé leur utilité en tant qu'être humain. (1969)* ».

En France, le Dr Anne Denard-Toulet (1975) décrit la ménopause en des termes forts sombres : « *la peste, puisqu'il faut l'appeler par son nom.* » [35]

2. En France : les cinq représentations de la ménopause selon les travaux de Daniel Delanoë

Ainsi, les travaux de D. Delanoë (1999), se calquent sur une approche plus psychosociale.

D. Delanoë a choisi d'analyser les représentations de la ménopause en construisant un modèle de représentations autour de cinq dimensions. Deux se rattachent aux événements biologiques qui définissent la ménopause :

- L'arrêt des règles
- L'arrêt de la fécondité.

Les trois autres relèvent des conséquences sociales construites autour de ces phénomènes biologiques :

- Les variations liées au capital santé
- Les variations liées au capital esthétique
- Les variations liées au capital social

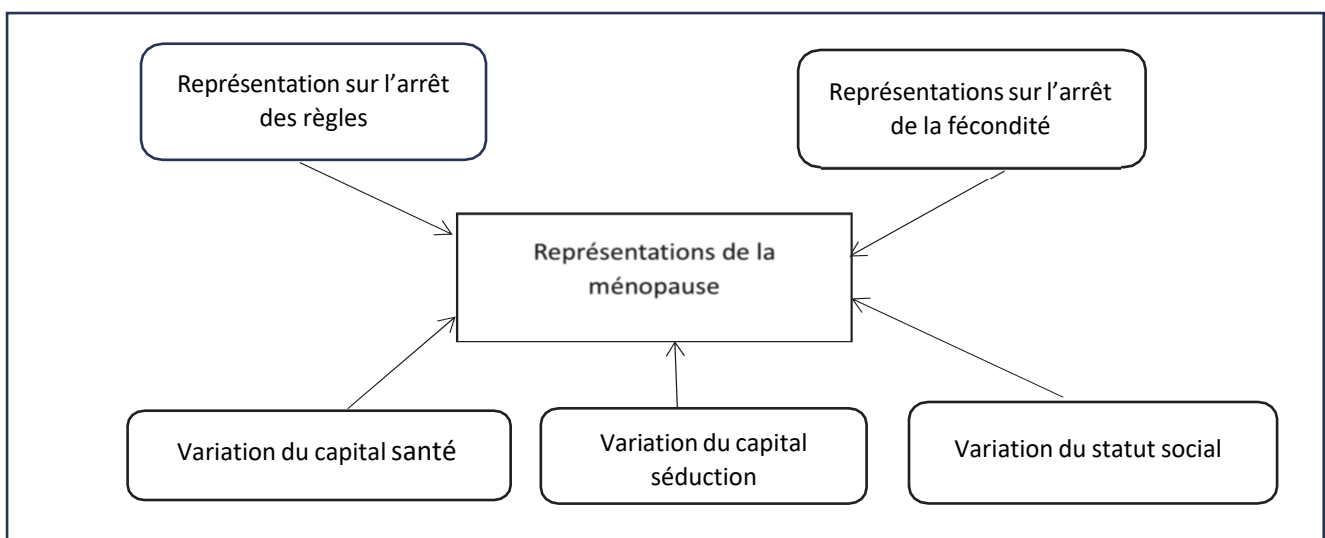


Figure 4. Les représentations de la ménopause selon D. Delanoë

2.1. Représentations sur l'arrêt des règles

Le sentiment de perte de la féminité est partagé par 67% des femmes interrogées dont 30% chez les femmes ayant un niveau d'études primaires. Malgré tout, 73% des femmes interrogées trouvent l'arrêt des règles « satisfaisant » sur le plan pratique.

Lors de cette enquête, deux modèles physiologiques concernant les règles se détachent :

- Un modèle dit « humoral traditionnel » pour lequel « les règles servent à éliminer un sang chargé d'impuretés »
- Un modèle dit « médical » pour lequel « les règles correspondent à l'élimination de la muqueuse utérine » et auquel se rattachent 66% des femmes interrogées.

2.2. La représentation sur l'arrêt de la fécondité

Là aussi, on retrouve une ambivalence de l'attitude des femmes. Même si la majorité des femmes interrogées se déclarent « indifférentes » à cette conséquence de la ménopause à 42% (étape « naturelle »), 23% y voient une libération et 32% des femmes considèrent cela « à la fois comme une libération et à la fois source de regrets ». Enfin, seules 3% des femmes regrettent la perte de la fécondité pour qui la maternité tenait une part importante dans le statut de la femme.

2.3. La variation du capital santé

D. Delanoë pose une question ouverte aux femmes « votre ménopause s'accompagne-t-elle de troubles, d'inconvénients ou de maladies ? ».

57% des femmes n'associent aucun trouble, 37% pensent que des symptômes sont possibles (physiques (30%) : bouffées de chaleur, prise de poids... ou psychiques (9%) : irritabilité, déprime, nervosité).

2.4. La variation du capital séduction ou esthétique

Dans nos sociétés modernes, un seul modèle de corps est véhiculé : beau, jeune, mince, sans défaut. La vision occidentale de la ménopause véhicule une perte de féminité et de séduction. A la ménopause, la demande esthétique caractérise la lutte contre le vieillissement mais aussi une lutte contre la peur de vieillir et de ses conséquences (somatiques, fonctionnelles, sociales ...). Dans l'enquête de D. Delanoë, 71% des femmes interrogées attachent de l'importance à l'apparence physique pour leur capacité de séduction et 21% des femmes estiment qu'elles sont moins séduisantes et qu'elles risquent de l'être de moins en moins.

2.5. La variation du statut social ou du capital symbolique

Le statut définit la place de la femme dans la société : 39% des femmes interrogées pensent que « les gens considèrent une femme ménopausée comme une femme sans changement particulier ». Pour 36%, la femme ménopausée est une femme « dans sa maturité ». Une minorité de femmes perçoit une perte de statut : « les gens considèrent une femme ménopausée comme une vieille dame » ou « comme une grand-mère ». (Respectivement 13% et 6%).

Enfin, 42% adhèrent à l'opinion : « la ménopause est une période d'épanouissement ».

De ces cinq dimensions, D. Delanoë, a décrit trois types de représentations qui se répartissent en trois pôles : positif, neutre et négatif.

- 39% dans le pôle négatif : « regret de la perte des règles et de la fécondité, perte du capital santé, esthétique et symbolique » ;
- 44% dans le pôle neutre : « période qui s'accompagne de peu de changements » ;
- 17% dans le pôle positif : « forte satisfaction à l'arrêt des règles et de la fécondité, aucun changement du capital santé, esthétique et symbolique ».

D. Delanoë souligne toutefois que de « nombreuses représentations intermédiaires existent combinant les impacts plus nuancés de chaque domaine ».

Ces cinq dimensions de la ménopause, établies à partir d'une enquête française, sont retrouvées dans des travaux d'autres pays développés (Québec, Suède, Etats-Unis) et les résultats rejoignent ceux présentés par D. Delanoë. [35]

3. La construction sociale de la ménopause renforçant l'inégalité de traitement entre les sexes

Selon la sociologue Cécile Charlap dans son livre « La fabrique de la ménopause », la ménopause est « pathologisée », médicalisée, « pharmacologisée » : elle est devenue une maladie. On en parle soit en termes de symptômes (bouffées de chaleur, dépression...), soit en termes de risques (cancer, ostéoporose, risque cardiovasculaire...). Quand on consulte l'index des maladies du site PasseportSanté.net, à la lettre M, on trouve « Ménopause ».

« Une nouvelle discipline du corps doit se mettre en place autour de l'alimentation, des vêtements, du sport et même du sexe, car la libido ne doit pas rester en berne. »

« Ces injonctions faites aux femmes sont celles qu'elles ont connues tout au long de leur vie et qui viennent renouveler la surveillance de leur corps. Il y a toujours souci avec le corps des femmes. Les règles sont un problème, leur arrêt est un problème. Et le discours positif des femmes sur la ménopause en devient inaudible. Alors que, pour beaucoup, la levée de la contrainte des règles, que la société oblige à rendre invisibles, est libératoire, comme celle de ne plus avoir la charge de la fécondité du couple. »

Elle explique que la ménopause physiologique est précédée d'une ménopause sociale. Selon elle, à partir de la quarantaine, les femmes deviennent socialement stériles, on leur enjoint de ne plus faire d'enfants, bien avant la cessation de la fertilité physiologique.

Elle décrit une différence de traitement des corps dans la médecine entre les hommes et les femmes qui renvoie largement aux représentations des rapports sociaux entre les sexes. Le concept d'andropause étant si peu abordé en comparaison, on observe que le corps des hommes et son vieillissement physiologique ne sont pas du tout investigués comme l'est le corps des femmes.

On a, d'un côté, le corps féminin dont tout le monde se saisit et dont les femmes doivent rendre compte, de l'autre, le corps de l'homme largement supplanté par sa raison et qui en fait l'usage qu'il entend.

La conception sociale de la ménopause renforce cette représentation d'un vieillissement plus précoce et plus déficitaire pour les femmes que pour les hommes. [36]

On l'observe dans l'espace public, avec un Sénat rempli d'hommes aux cheveux blancs valorisés pour leur expérience et leur maturité.

Le corps des femmes est, par ailleurs, pensé du point de vue de la fécondité et par le prisme d'attributs esthétiques très valorisés. Ainsi, la mise en exergue de la stérilité et de l'altération de certaines qualités esthétiques organise des représentations du vieillissement au féminin qui font que, pour les femmes, vieillir c'est perdre de la valeur sociale.

On le voit bien sur le marché amoureux, où les femmes perdent beaucoup plus rapidement de la valeur que les hommes. [37]

4. La ménopause à travers le monde

Chez les indiens Mohaves tels que les a décrits George Devereux (1950) la ménopause offre une étape d'épanouissement social et amoureux :

« Pendant et après la ménopause, la femme Mohave continue à rester dans le courant de la vie, ses mains pleines de travail, sa maison pleine de petits-enfants, sa tête pleine de la sagesse de l'expérience, ses bras souvent pleins d'un jeune mari ou amant, son œil rayonnant, sa langue prompte à la répartie et pas du tout gênée de flirter avec un homme assez jeune pour être son petit-fils... »

Chez les indiens Mayas, la ménopause est aussi une période de la vie bienvenue, libérée des tabous et restrictions liées aux menstruations (Beyenne, 1986), comme cela se retrouve dans beaucoup de cultures.

En Afrique, chez les Gisu, la femme qui n'a pas eu d'enfants perd toute valeur sociale à la ménopause et peut se suicider. Au contraire, si elle a des enfants, elle sera associée à la famille de son fils et aura un rôle très important comme grand-mère (La Fontaine, 1960).

À l'autre extrême, dans l'Irlande rurale des années 60, on pense que la ménopause peut rendre folle et, vers 45 ans, certaines femmes se confinent au lit pour attendre la mort (Cohen, 1967).

Chez les Samo, comme dans nombre de sociétés traditionnelles ou dans l'Europe des XVI^e et XVII^e siècles, la femme ménopausée est d'autant plus suspectée de sorcellerie qu'elle est veuve et pauvre (Héritier, 1996). [35]

En Asie, la ménopause n'a pas la même représentation qu'en Occident. Les femmes asiatiques y accordent moins d'importance. D'ailleurs, dans la majorité des langues asiatiques, il n'existe pas de mot pour décrire la ménopause. On parle plutôt de changement de vie, dit « kōnenki ».

Dans le Japon traditionnel, l'arrêt des règles n'est l'objet d'aucune attention particulière et n'est pas du tout médicalisé. Le terme « bouffée de chaleur » n'existe même pas au Japon.

Aux alentours de la cinquantaine, en revanche, les femmes vivent un changement social important : leur rôle s'intensifie dans la cellule familiale où elles doivent prendre en charge l'accueil et le soin des parents âgés. Elles aident également à l'éducation des petits-enfants et sont de ce point de vue toujours considérées comme fécondes, car au Japon l'activité reproductrice n'est pas liée à l'enfantement, comme en Occident, mais à l'éducation des enfants. La pression sociale sur les femmes japonaises au milieu de leur vie prend la place de la question des manifestations corporelles qui touche les femmes occidentales.

Dans les pays bouddhistes, la vie est un chemin dont la ménopause fait partie. Celle-ci n'est pas traitée à part mais simplement comme une étape de la vie comme une autre. [38]

Dans les sociétés chinoises et indiennes, les femmes ménopausées sont considérées comme des personnes matures et sages.

Par exemple, chez les Sikhs, la ménopause est au contraire une phase valorisante pour les femmes et marque un tournant positif dans leur vie.

Les menstruations sont symboles d'impureté et l'arrêt des règles signifie la cessation de cette situation d'impureté.

Cela va les libérer d'un certain nombre de tâches ménagères, leur donner autorité sur les femmes plus jeunes et leur permettre de participer aux activités réservées habituellement aux hommes.

5. La vision de la ménopause dans les médias, et une récente libération de la parole

5.1. Apparition de nouveaux médias traitant du sujet

Selon Cécile Charlap, le mouvement *#MeToo* a aussi été un acteur majeur de libération de la parole sur la ménopause :

« *Il aura fallu attendre l'arrivée des femmes nées à la fin des années 50 et 60 qui ont travaillé avec un niveau d'instruction plutôt élevé pour qu'enfin la ménopause soit débattue sur la place publique* », constate Cécile Charlap, chercheuse et auteure de *La Fabrique de la Ménopause*.

En août 2020, les auditeurs de *The Michelle Obama Podcast* ont tout appris de la première bouffée de chaleur de la femme du Président : « *J'ai cru littéralement que quelqu'un avait mis une chaudière dans mon corps et l'avait allumée. J'ai pensé « Eh bien c'est fou, je ne peux pas, je ne peux pas, je ne peux pas faire ça !* ». A 56 ans, Michelle Obama aborde un sujet encore peu traité. [39]

Sophie Dancourt produit le podcast *Vieille, c'est à quelle heure*, une parenthèse mensuelle qui s'interroge sur les raisons de la disparition de la femme de plus de 50 ans des écrans et débat sur sa place dans la société.

Sur Instagram, Sophie Kune essaye de libérer la parole autour de la ménopause avec son compte *Ménopause Stories*.

Plusieurs podcasts traitant du sujet de la ménopause se multiplient comme « *Chauds dedans* » animée par Claire Fournier, « *Ménopause et Renaissance* » ou le podcast « *Ménopausées* » pour donner des conseils et des outils aux femmes traversant cette période.

La gynécologue-obstétricienne américaine Dr Marie Claire Haver, aux 768 mille abonnés sur Instagram (@drmarcylaire) dénonce le manque de formation des médecins et gynécologues eux-mêmes à ce sujet avec un très faible nombre d'heures de formation consacrées à la ménopause en comparaison à la formation consacrée à la grossesse et à la prise en charge de la stérilité. Elle dénonce le faible nombre de femmes réellement traitées par THM en comparaison du nombre de femmes souffrant des symptômes importants de la ménopause. Elle va jusqu'à dire qu'il est plus facile pour une femme de se faire prescrire un traitement anti-dépresseur qu'un traitement hormonal et milite pour une meilleure connaissance des femmes des risques réels des traitements de la ménopause. [40]

La journée mondiale de la ménopause, se tenant le 18 octobre de chaque année, créée par *l'International Menopause Society (IMS)* a pour but de sensibiliser les millions de femmes concernées à travers le monde à cette période et à ses conséquences possibles.

5.2. Vision de la ménopause dans le monde audio-visuel

L'association *AAFA-Tunnel de la comédienne de 50 ans*, qui se mobilise contre l'invisibilisation des actrices de cette génération. En 2015, elles ont interprété 6% des rôles alors qu'en France 1 femme majeure sur 2 a plus de 50 ans. Cherchez l'erreur !

A la différence des pays anglo-saxons, en Angleterre, la comédienne et autrice Jenny Eclair, 60 ans, multiplie les stand-up et les prestations télévisées depuis qu'elle a écrit *Older and Wider*, un guide délirant sur les effets *up and down* de la ménopause. Aux Etats-Unis, *Grace et Frankie* (Netflix), fait sourire les « post-ménopausées » qui se réinventent dans une Jane Fonda, ex-bourgeoise, à la recherche de l'huile de coco qui améliorera la sécheresse vaginale.

Les « pré-ménopausées » se reconnaîtront dans *Pamela Adlon* de *Better Things* (Canal Plus Séries), la femme débordée dans la saison 3 par ses hormones et ses ados et qui doit TOUT gérer. [41]

On retiendra au final *Fleebag* (saison 2, épisode 3 sur Netflix), où *Belinda* (Kristin Scott Thomas) dresse un portrait édifiant de la ménopause à sa copine trentenaire : « *Eh oui, ton bassin entier s'effondre, les bouffées de chaleur t'étouffent et tout le monde s'en fout, mais, ça y est : tu es enfin libre ! Tu n'es plus une esclave, une machine prisonnière de sa mécanique interne... Finies les Women Awards, les Women in Business, tu reçois une vraie récompense : le droit d'être enfin une personne !* »

V - La prise en charge actuelle de la ménopause en médecine générale : état des lieux

Dans la thèse qualitative d'Aurélié Baligout de 2013 sur les attitudes des femmes vis-à-vis des consultations gynécologiques depuis l'étude WHI, des femmes confiaient que si le médecin n'abordait pas spontanément le sujet de la ménopause, elles n'en parlaient pas avec lui. Elles étaient désireuses d'un médecin initiateur d'une discussion ouverte sur la ménopause, avec un effort à faire sur le thème de la sexualité. [42]

Dans la thèse qualitative de Ségolène Bellanger en 2021 sur le ressenti et la prise en charge de la ménopause en médecine générale, on retrouve que les 15 femmes interrogées ont été impactées par la ménopause sur différents plans de leur vie. Les bouffées de chaleur ont été décrites par la plupart des enquêtées.

Certaines femmes décrivent une dégradation de leur vie de couple, pouvant être majorée par des troubles de la sexualité. Les troubles de la sexualité sont présents chez la majorité des enquêtées. Lorsqu'elles ressentaient des douleurs elles n'avaient que très rarement recours aux traitements locaux, qui pourtant ont fait leurs preuves.

Le regard d'autrui semble avoir un rôle essentiel chez les enquêtées dans le vécu de la ménopause. Les changements corporels, prise de poids, modifications des phanères ou apparition de rides, sont des éléments qui se sont manifestés comme étant importants.

Les femmes de l'étude étaient assez peu informées sur les traitements possibles pour améliorer le vécu des symptômes de la ménopause. Le recours à la phytothérapie a été considérable dans l'échantillon, mais seulement conseillé de façon anecdotique par des professionnels de santé. Le médecin généraliste a été un interlocuteur de façon ponctuelle dans l'étude, laissant au gynécologue le soin d'aborder la ménopause. [43]

La thèse qualitative de C. Beaujart réalisée en 2018 sur le vécu des femmes ménopausées vivant des troubles trophiques montre que la prise en charge des troubles trophiques n'est pas optimale, avec un manque d'information sur le sujet et une gêne des patientes pour aborder le sujet d'elles-mêmes. L'absence de prise en charge des troubles trophiques entraînait chez les femmes interrogées une baisse d'estime de soi avec la perte du statut de femme sexuellement active. [44]

La thèse qualitative de Valentine Tomaszek publiée en 2016 sur l'attente des femmes envers leur médecin généraliste concernant la ménopause confirme que peu de femmes s'orientent vers leur médecin traitant pour répondre aux questions sur le sujet de la ménopause. Les femmes interrogées souhaiteraient pouvoir parler de la ménopause à leur médecin généraliste plus fréquemment mais s'orientent encore souvent vers leur gynécologue. La réalisation d'une consultation initiale spécifique sur la périménopause et la ménopause, à l'initiative du médecin ou de la Sécurité Sociale, a été mentionnée à plusieurs reprises, selon le même principe que les dépistages organisés des cancers du sein ou du colon. La Sécurité Sociale pourrait être un moyen d'inciter les femmes à se renseigner sur cette période auprès de leur généraliste, mais également un moyen d'inciter les médecins à aborder le sujet de la ménopause plus systématiquement. [45]

La thèse quantitative de Nouhad Benchorba en 2018 sur l'estimation des bénéfices et risques du traitement hormonal de la ménopause par les médecins généralistes montrent que les médecins surestimaient majoritairement les risques de cancer du sein, de maladie veineuse thrombo-embolique et de cancer de l'endomètre sous THM. Les médecins qui ont des représentations négatives du THM, en surestimant ses risques, seraient donc moins susceptibles de le prescrire. [46]

VI - Justification de l'étude

On constate donc qu'un certain nombre de thèses qualitatives a déjà été réalisée sur le sujet de la ménopause en médecine générale explorant les attentes des patientes envers le médecin ainsi que quelques thèses quantitatives adressées aux médecins généralistes pour estimer leur connaissance sur la ménopause et leur pratique de prescription (et freins à la prescription) du THM. Cependant, j'en ai trouvé aucune thèse quantitative destinée aux femmes qui quantifie plus précisément les attentes des patientes envers le médecin généraliste et secondairement, leur vécu et leur niveau de connaissance global de la ménopause. De plus, la particularité de cette thèse tient à ce qu'elle s'adresse aux femmes ménopausées et aux femmes non ménopausées afin de comparer respectivement leurs attentes et connaissances.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

I - Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative de type observationnelle transversale visant à évaluer quelle place les patientes souhaitent attribuer au médecin généraliste pour aborder le sujet de la ménopause.

L'objectif principal de l'étude était de mesurer les attentes des patientes envers le médecin généraliste pendant la ménopause.

La méthodologie quantitative nous a permis de pouvoir quantifier en traduction statistique les attentes des patientes envers le médecin généraliste pendant la ménopause (niveau de connaissance ressenti par les patientes sur le sujet, besoin d'information, leur aisance à en parler à un médecin généraliste ou si elles considèrent que ce sujet relève uniquement du gynécologue, adhésion des femmes à une consultation dédiée)

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer le vécu global des femmes ménopausées, les symptômes les plus difficiles à vivre pour mieux cerner leurs attentes
- D'évaluer la vision de cette période par les femmes non ménopausées, leurs angoisses éventuelles

2. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée de septembre à début décembre 2023 via l'envoi d'un lien internet permettant de répondre au questionnaire en ligne de manière totalement anonyme. Le questionnaire a été réalisé sur le site « *limesurvey* » qui est un logiciel d'enquête statistique, de sondages, et de création de formulaires en ligne.

3. Population de l'étude

L'étude s'adressait aux femmes entre 40 et 65 ans, ménopausées ou non, vivant en France. Les critères d'inclusion étaient :

- Être une femme âgée entre 40 et 65 ans
- Parler français
- Vivre en France

Les critères d'exclusion étaient :

- Age < 40 ou > 65 ans
- Maîtrise non courante de la langue française

Le recrutement a été fait via plusieurs canaux à chaque fois par l'envoi du lien du questionnaire :

- Dans deux cabinets de médecine générale à Sorgues et Vedène où je réalisais mon SASPAS. Aux patientes de la tranche d'âge concernée, je leur demandais leur accord pour participer à l'étude et leur envoyais ensuite par mail le lien « *limesurvey* » en précisant que les réponses étaient anonymes puis j'ai bénéficié de l'effet boule de neige car elles ont transmis elles-mêmes le questionnaire aux femmes de leur entourage de la tranche d'âge concernée
- Dans un cabinet de gynécologie aux Beaumettes dans le Luberon
- A des femmes de la tranche d'âge concernée de mes connaissances en leur demandant de partager l'étude autour d'elles

Les réponses ont été obtenues principalement par des femmes vivant dans le Vaucluse (84) et le Rhône

(69) mais également dans plusieurs autres départements français par effet boule de neige.

4. Avis du comité d'éthique de la Faculté d'Aix-Marseille

Le comité d'éthique a été sollicité mais la ménopause n'a pas été considéré comme un sujet « sensible » et le questionnaire n'a pas nécessité l'avis du comité d'éthique.

5. Protection des données

Du fait de l'anonymat total du questionnaire sur « *limesurvey* » avec une absence d'enregistrement de l'adresse IP de l'ordinateur de chaque répondante et aucune question ciblée permettant d'identifier la répondante, la CNIL n'a pas été sollicitée.

6. Description du questionnaire

Une brève introduction présentant l'objectif de notre étude précédait le questionnaire.

Le questionnaire était divisé en deux parties :

- Une partie commune destinée à toutes les femmes indépendamment de leur statut ménopausé ou non, comprenant 18 questions
- Une partie spécifique destinée aux répondantes déjà ménopausées comprenant 10 questions et aux femmes non ménopausées ou en péri-ménopause comprenant 5 questions.

Les questions étaient pour la plupart des questions fermées à choix binaire ou multiples avec la possibilité de répondre « Autre » afin de permettre aux femmes de proposer une autre réponse.

Deux questions à caractère non obligatoire sont présentes dans le questionnaire pour permettre des réponses libres qui seront analysées de manière quantitative ensuite.

7. Recueil des données

Les données ont été récoltées exclusivement sur le site internet « *limesurvey* », de manière totalement anonyme.

Au final, 376 questionnaires ont été reçus dont 282 complets. Nous n'avons analysé que les questionnaires complets, soit 282 questionnaires.

8. Analyse statistique

Les données recueillies ont été présentées sous forme de tableau *Excel* pour l'analyse des résultats.

Les corrélations entre les variables qualitatives ont été obtenues grâce au test du chi deux en calculant le p pour chaque hypothèse testée simultanément. La valeur p associée à cette statistique permet de déterminer si cette différence est statistiquement significative. Une valeur p inférieure à 0.05 est considérée comme indiquant une association statistiquement significative entre les variables. Pour les variables ordinales, nous avons utilisé le test de corrélation de Spearman. Le logiciel BiostatTGV a été utilisé pour la réalisation de ces tests.

II - Résultats de l'analyse des données

1. Caractéristique de la population

1.1. Âge

L'âge moyen des répondantes était de 54 ans.

1.2. Catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	Décompte	Pourcentage brut (%)
Agriculteurs exploitants	1	0.35
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	11	3.90
Cadres, F° intellectuelles supérieures	105	37.23
Employés	97	34.40
Ouvriers	1	0.35
Retraités	29	10.58
Sans activité professionnelle	7	2.55
Professions intermédiaires	7	2.19
Autre	24	8.51

Tableau 3. Répartition des catégories socio-professionnelles

Nous avons décompté une majorité de cadres et fonctions intellectuelles supérieures (37.2%) et d'employés (34.4%).

En population générale, selon l'INSEE, on estime le pourcentage de femmes cadres à 18.9% et d'employés à 40%. Il existe dans le questionnaire une surreprésentation des femmes cadres.

1.3. Statut ménopausique

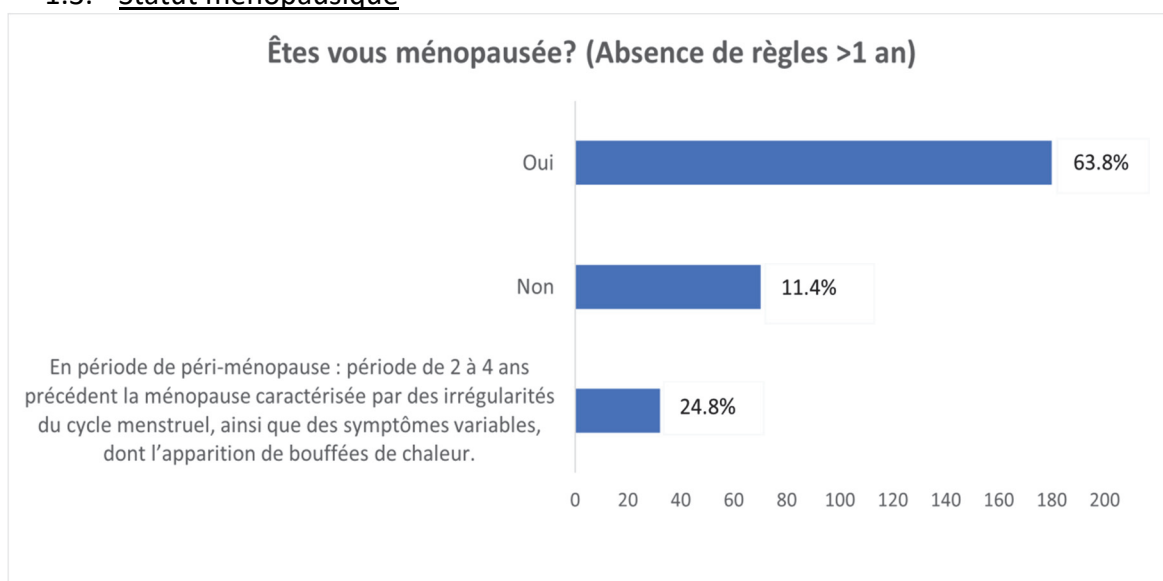


Figure 5. Répartition des participantes selon leur statut ménopausique

63.8% des femmes de l'échantillon étaient ménopausées. 11,4% des femmes n'étaient pas encore ménopausées et 24.8% des femmes étaient en période de périménopause (définie dans la question comme la période de 2 à 4 ans précédant la survenue de la ménopause caractérisée par des symptômes variables tels que des irrégularités du cycle ou bouffées de chaleur.)

1.4. Suivi gynécologique

83% des femmes considéraient qu'elles avaient un suivi gynécologique régulier (défini dans la question comme une consultation tous les 1 à 2 ans chez le gynécologue ou médecin, sage-femme pratiquant la gynécologie) et 17% des femmes ont répondu qu'elles n'avaient pas de suivi gynécologique régulier.

Dans notre échantillon, il n'existe pas de corrélation entre le fait d'appartenir à la catégorie cadres, professions intellectuelles supérieures et le fait d'avoir un suivi gynécologique régulier (analyse du Chi2, $p=0.425$) ni entre le fait d'être ménopausée et d'avoir un suivi gynécologique régulier ($p=0.964$).

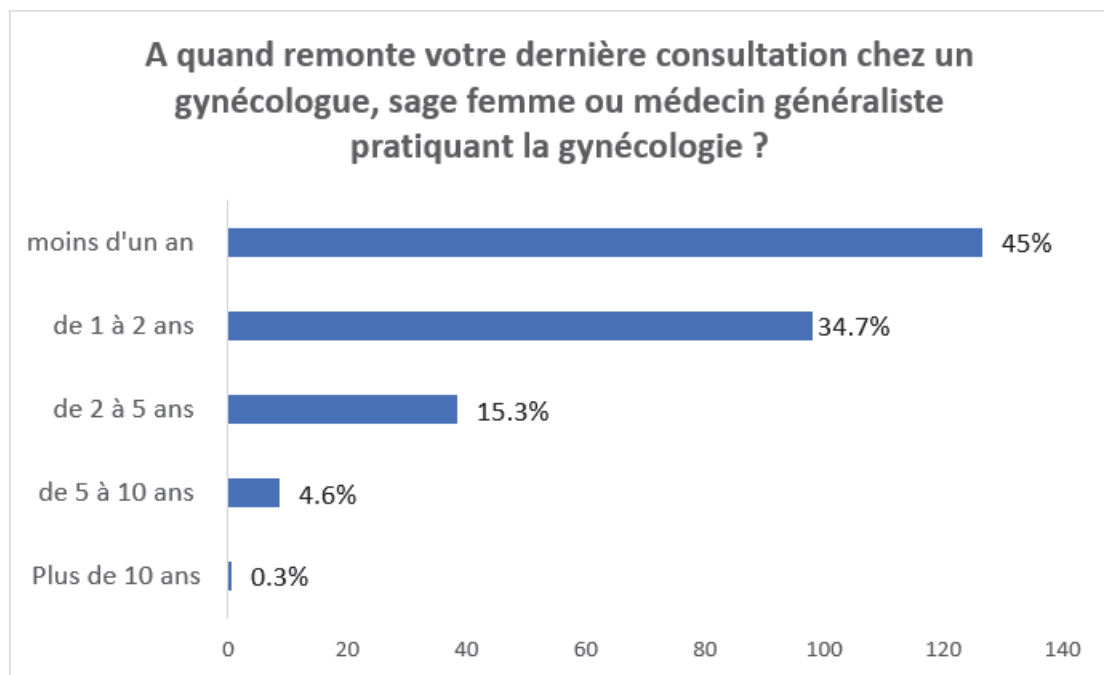


Figure 6. Date de la dernière consultation chez le gynécologue, MG, SF

La dernière consultation chez un gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste pratiquant la gynécologie remonte à moins d'un an pour 45% des patientes, de 1 à 2 ans pour 34.7% des patientes, de 2 à 5 ans pour 15 % des patientes et de 5 à 10 ans pour 4.6% des patientes.

Aucune des répondantes n'a répondu qu'elle n'avait jamais consulté un gynécologue.

1.5. Le niveau d'information ressenti sur la ménopause

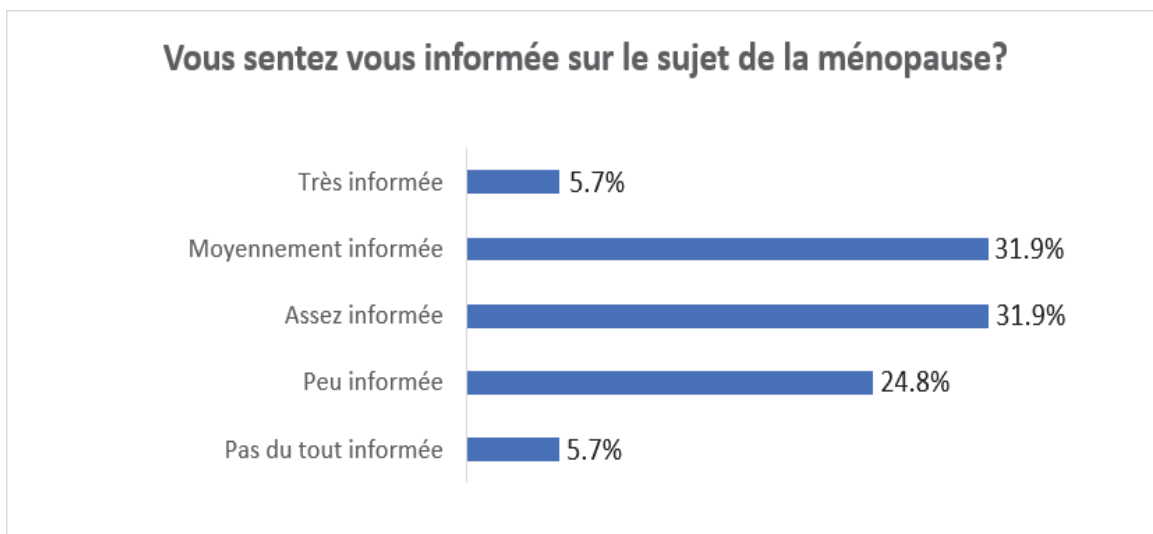


Figure 7. Niveau d'information ressenti sur le sujet de la ménopause

30.5% des femmes ne se sentent pas ou peu informées sur la ménopause dont 5.7% qui ne se sentent pas du tout informées sur la ménopause et 24.8% peu informées.

31.9% s'estiment moyennement informées.

37.6% se sentent bien informées sur la ménopause dont 31.9% assez bien informées et 5.7% très informées

Dans notre échantillon, il existe une corrélation nette entre le fait d'être ménopausée et le fait de se sentir informée sur la ménopause ($p=0.00082$, test du chi deux). En revanche, le fait d'avoir un suivi gynécologique régulier n'est pas corrélé au fait de se sentir mieux informé. ($p=0.937$)

Le fait d'appartenir à la catégorie socio-professionnelle « Cadres » n'est pas corrélée à un meilleur niveau d'information ressenti sur la ménopause. ($p=0.680$)

1.6. Le moyen principal d'information sur la ménopause

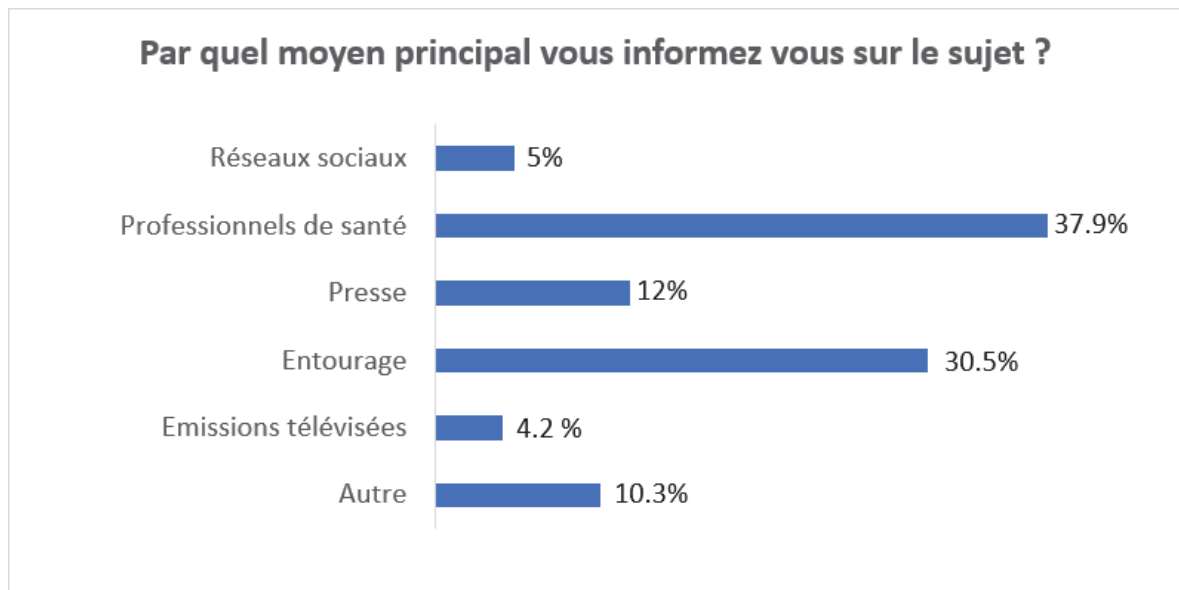


Figure 8. Moyen principal d'information sur la ménopause

37.9% ont répondu que les professionnels de santé étaient leur principal moyen de s'informer. 30.5% se disent informées par leur entourage, 12% par la presse, 10.3% ont répondu « Autre » avec notamment la mention d'Internet, environ 5% par les réseaux sociaux et 4.2% par les émissions télévisées.

71.1% des femmes interrogées avaient l'impression de trouver des informations fiables sur le sujet.

1.7. Notion de sujet tabou dans la société

Les femmes devaient évaluer de 0 à 10 si elles associaient la ménopause avec la notion de tabou avec 10 étant considéré comme un sujet très tabou.

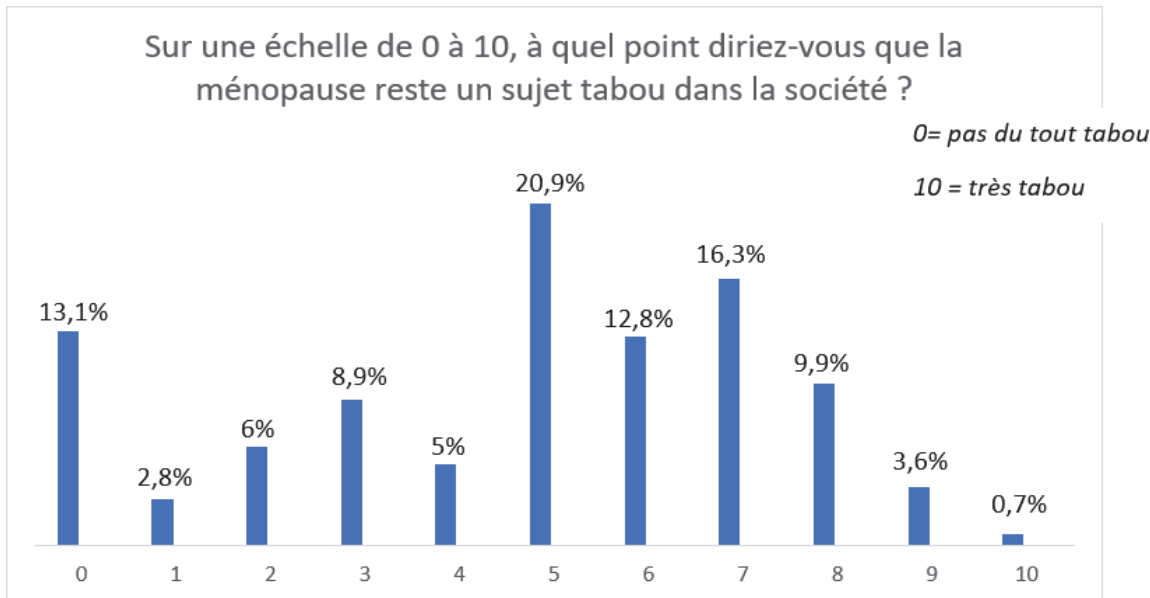


Figure 9. Notion de tabou dans la ménopause

Nous avons regroupé dans les réponses de 0 à 4, le constat que la ménopause n'étant pas considérée comme tabou : soit pour 35.8% des femmes dont 13.1% qui le cotent à 0.

La note de 5 représentait un avis neutre sur la question : 20.9% des répondantes.

Avec les réponses 6 à 10, la ménopause est considérée comme tabou par les répondantes : 43.3% considèrent la ménopause comme tabou.

Dans notre échantillon, il n'y a pas de relation linéaire significative entre le fait d'être ménopausée et la perception de la ménopause comme un sujet tabou dans la société en utilisant la corrélation de Spearman. (0.032). De même, le fait d'appartenir à la catégorie socio-professionnelle de « Cadres » n'influence pas la notion de tabou. (=0.052)

2. **Le besoin d'information sur la ménopause et la place du médecin généraliste**

2.1. Aisance pour aborder la ménopause avec le médecin généraliste

L'écrasante majorité des répondantes (93.6%) s'estimaient à l'aise pour aborder le sujet avec leur médecin généraliste.

80.5% des répondantes estiment que la prise en charge de la ménopause ne relève pas uniquement du gynécologue.

2.2. Manière de procéder pour aborder le sujet

De quelle manière souhaiteriez-vous que le médecin généraliste procède ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage
Poser la question des éventuels symptômes de la ménopause de manière systématique	125	44.33%
Aborder le sujet uniquement si la patiente aborde le sujet en consultation	24	8.51%
Ne pas aborder le sujet, ce n'est pas son rôle	1	0.35%
Donner des informations à toutes les femmes de la tranche d'âge concernée	127	45.04%
Autre	5	1.77%
Total	282	100%

Tableau 4. Manière de procéder pour aborder le sujet de la ménopause en médecine générale

Pour 89% des patientes, le médecin généraliste a un rôle actif à jouer :

Pour 44% des patientes, il faut poser la question des éventuels symptômes de la ménopause de manière systématique et pour 45% des patientes, il faut donner des informations à toutes les femmes de la tranche d'âge concernée.

Seules 0.35% des femmes estiment que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.

Une répondante a précisé dans la catégorie « Autre » son souhait de voir aborder le sujet au moins une fois par an.

2.3. Adhésion à une consultation dédiée à la ménopause sur le modèle de la consultation CCP de contraception et de prévention en santé sexuelle

2.3.1. Connaissance de la consultation CCP

83.3% des répondantes n'étaient pas informées de l'existence de cette consultation prise en charge à 100% par l'assurance maladie pour les jeunes de moins de 26 ans et pouvant être réalisée par un médecin généraliste, une sage-femme, un gynécologue ou un pédiatre. La CCP comprend l'explication des différents types de contraceptions possibles, leurs avantages, limites et inconvénients, une information sur la contraception d'urgence ainsi qu'une information sur la prévention des IST.

2.3.2. Souhait d'une consultation dédiée à la ménopause

La très grande majorité des répondantes (95.4%) se déclarent favorables à l'existence d'une telle consultation.

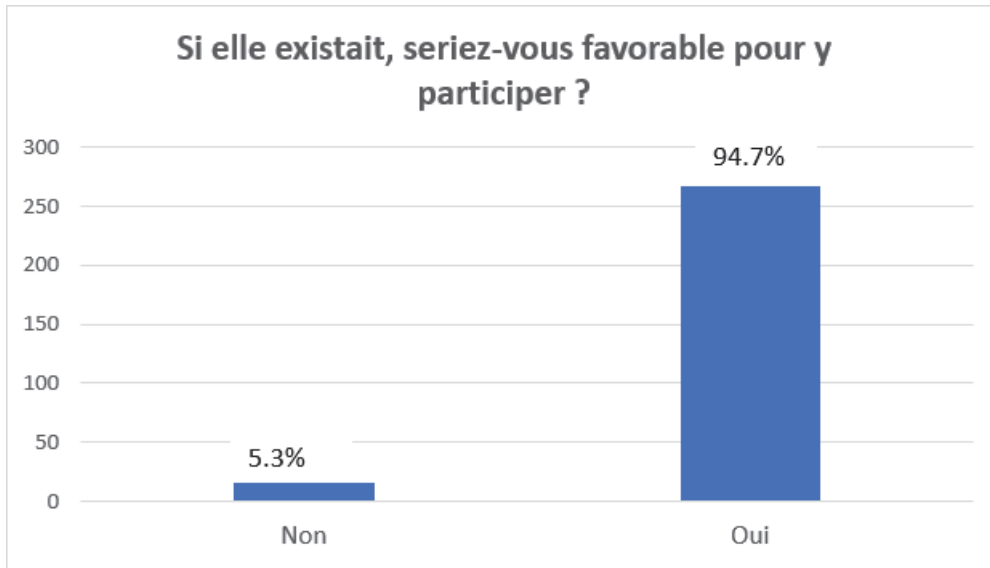


Figure 10. Souhait de participation des répondantes à une consultation dédiée à la ménopause

Si elle existait, 94.7% des femmes se disent favorables pour y participer.

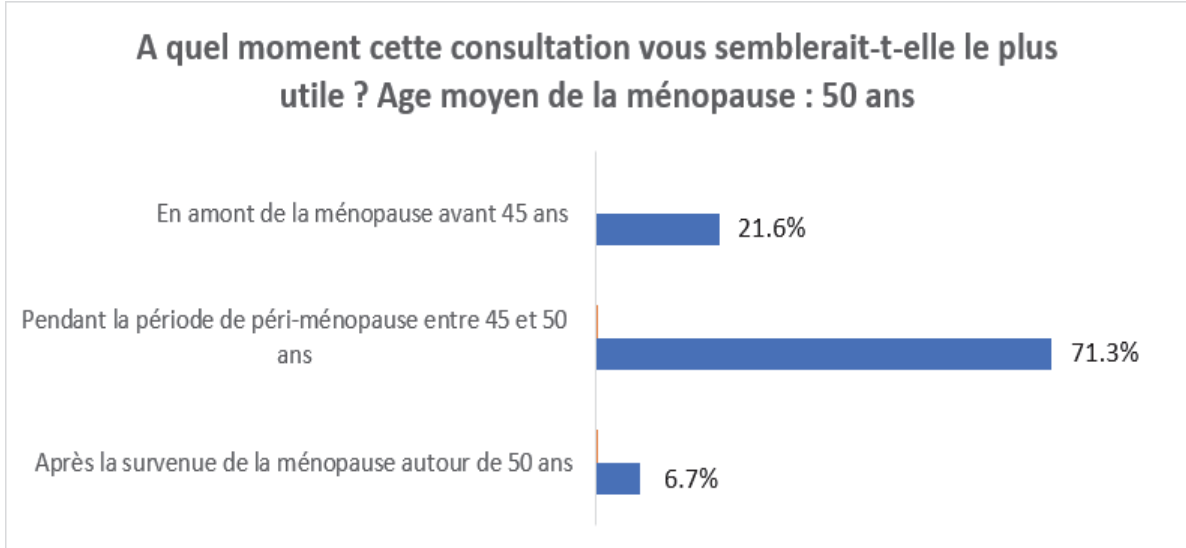


Figure 11. Âge souhaité de la consultation dédiée à la ménopause

Pour 71.3% des femmes interrogées, cette consultation dédiée à la ménopause serait le plus utile pendant la période de péri-ménopause entre 45 et 50 ans et pour 21.6% avant 45 ans.

Notre questionnaire s'est intéressé ensuite aux spécificités des femmes ménopausées avec des questions dédiées pour explorer plus en détail leur vécu et leurs attentes.

3. La ménopause du point de vue des femmes ménopausées

3.1. Echantillon

Nous avons obtenu 180 réponses de femmes ménopausées sur un échantillon total de 282 réponses.

3.2. L'abord réel de la ménopause en consultation

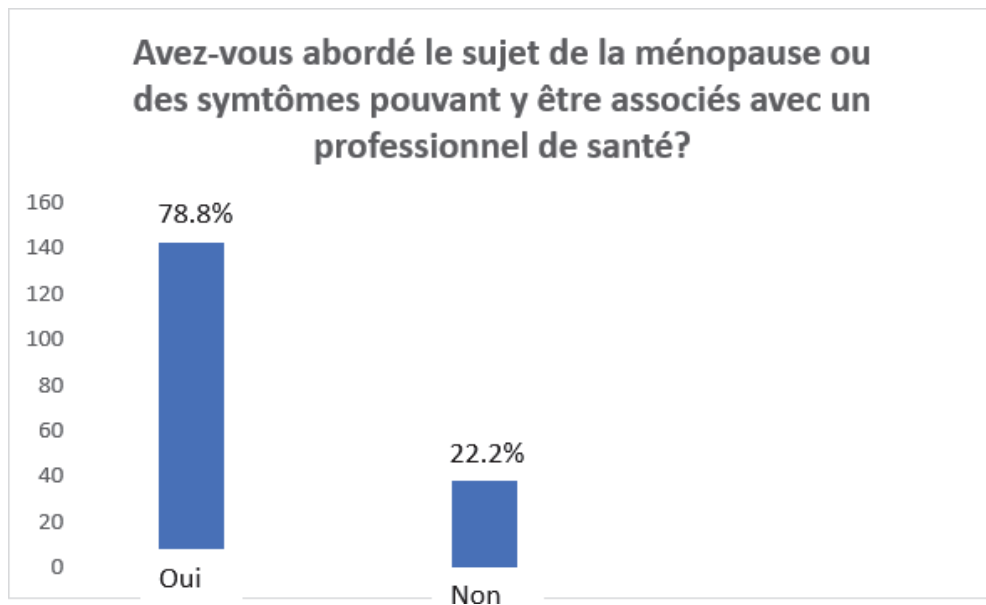


Figure 12. L'abord de la ménopause en consultation

Parmi celles qui ont répondu oui, seulement 24% l'ont abordé avec leur médecin généraliste contre 68.3% avec un gynécologue et 3.5% avec une sage-femme. 4.2% ont répondu « Autre » avec notamment l'abord du sujet avec un homéopathe, acupuncteur ou naturopathe.

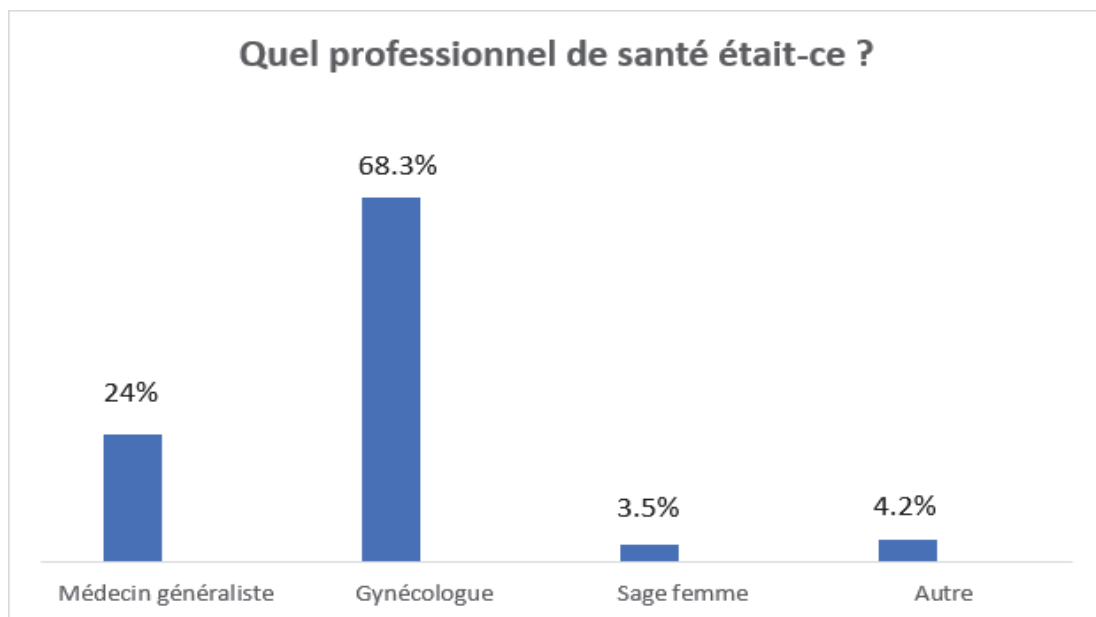


Figure 13. Abord de la ménopause selon le professionnel de santé

3.3. Les symptômes les plus difficiles à vivre pour les patientes

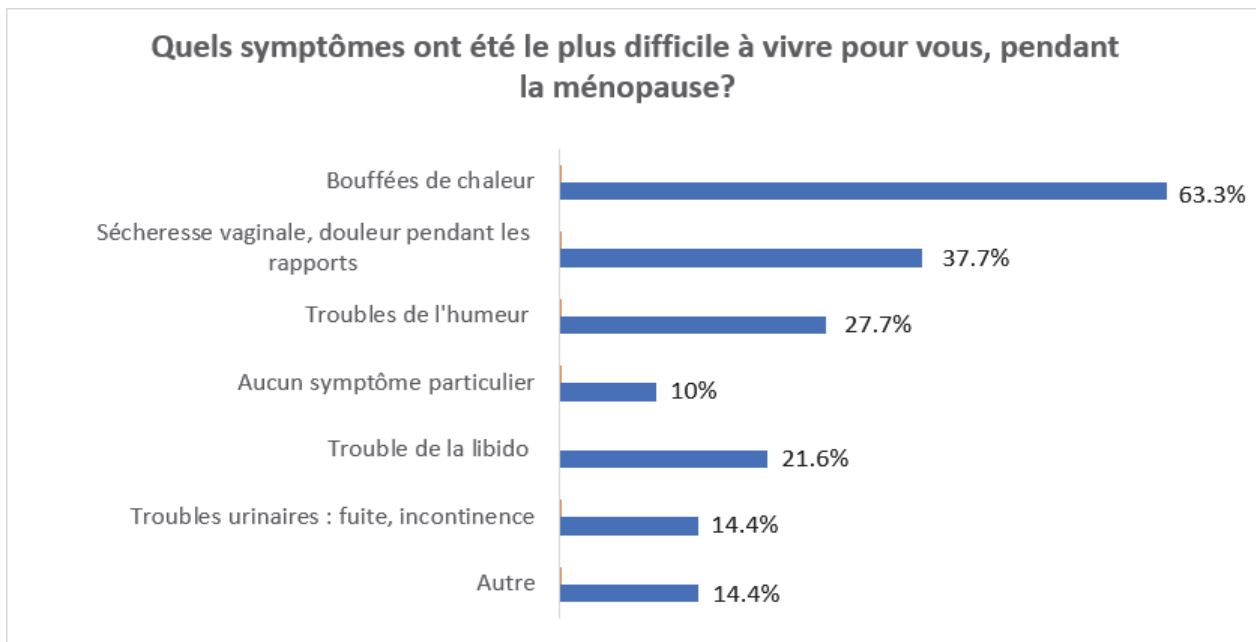


Figure 14. Symptômes les plus difficiles à vivre pendant la ménopause

14.4% ont coché la réponse « Autre » avec notamment une fatigue et des troubles du sommeil (3.8%), des douleurs articulaires (2.2%) et une prise de poids (2.2%).

Seulement 10% des femmes ne rapportaient aucun symptôme particulier.

3.4. Le vécu global de la ménopause de 0 à 5

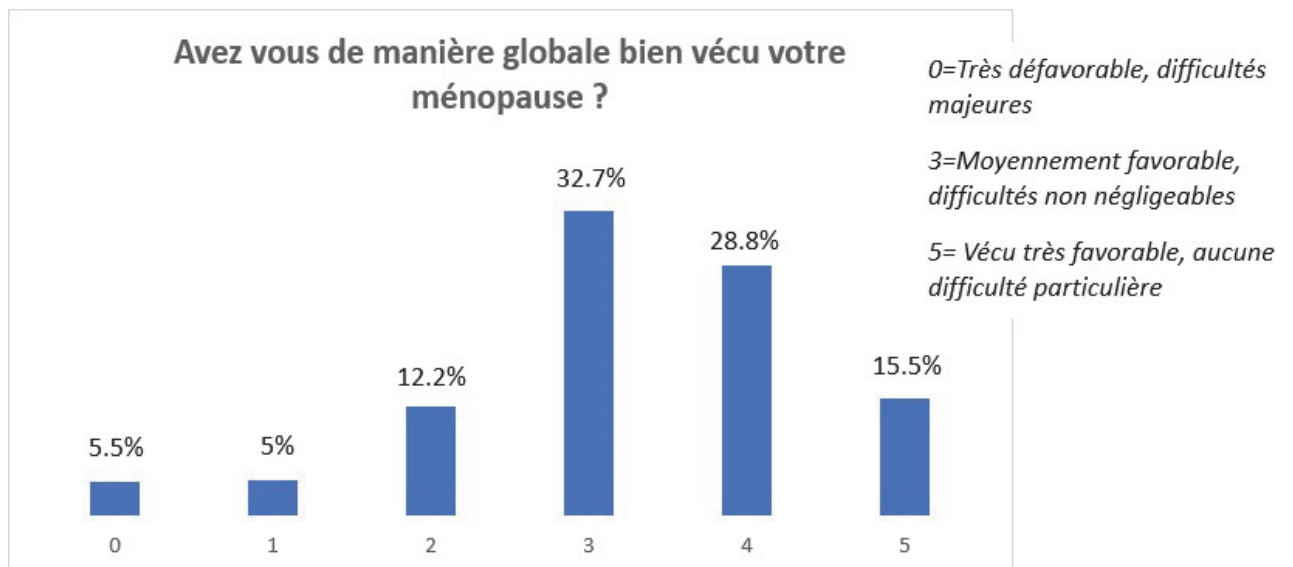


Figure 15. Le vécu global de la ménopause de 0 à 5

Nous avons regroupé un vécu considéré comme difficile pour les femmes ayant coché de 0 à 2, un vécu moyen pour les femmes ayant coché 3 et un vécu plutôt bon pour les femmes ayant coché 4 ou 5.

22.7% des femmes ménopausées ont eu un vécu considéré comme difficile dans notre échantillon dont 5.5% un vécu très difficile de la ménopause et ont coché « zéro ».

32.7% ont eu un vécu moyen et ont coché « 3 ».

44% ont eu un vécu général bon de la ménopause dont 15.5% qui ont coché « 5 ».

Dans notre échantillon, en utilisant les corrélations de Spearman, il existe une très faible corrélation entre le vécu de la ménopause et la perception de la ménopause comme tabou de -0.123. Cette corrélation négative faible suggère qu'un mauvais vécu de la ménopause est légèrement associé à une perception plus forte du tabou autour de la ménopause.

3.5. La question du vécu de la ménopause plus en détail

3.5.1. Echantillon

75% des femmes ont détaillé leur vécu en écrivant un court texte soit 136 femmes.

3.5.2. Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes et troubles du sommeil

Sur les 136 femmes ayant détaillé leur vécu de la ménopause, 36% relèvent principalement les bouffées de chaleur comme ce qui les a le plus mis en difficulté. On retrouve plusieurs fois la notion de « coup de pompe ». Plusieurs femmes rapportent le handicap social qui accompagne ces bouffées de chaleur et la stigmatisation qu'elles provoquent, notamment au travail. Ces bouffées de chaleur engendrent souvent des réveils nocturnes et un sommeil dégradé provoquant une fatigue. 8% rapportaient des troubles du sommeil entraînant un fort impact négatif.

Une femme détaille la nécessité de changer plusieurs fois les draps chaque nuit à cause de fortes sueurs nocturnes.

« Certains symptômes, notamment les bouffées de chaleur sont un « handicap » lors des échanges en société. (Stigmatisant) »

« On pense que ça se termine, plus de symptôme et ça recommence. C'est cyclique avec des pauses plus ou moins longues »

« Insomnies dues aux bouffées de chaleur ayant un impact très fort sur mon activité professionnelle et personnelle (fatigue, irritabilité, baisse de moral, manque d'énergie), le médecin généraliste voulait m'envoyer chez le psychologue. »

« Bouffées de chaleur persistantes sans aucune vraie solution si ce n'est un traitement hormonal »

« Les bouffées de chaleur ont été très fréquentes et difficiles au travail. Elles ont duré 2 à 3 ans ce qui est long ! La transpiration a été très inconfortable ! L'irritabilité n'a pas été confortable non plus ! »

« Lever 4 fois par nuit car trempée et devoir changer les draps en pleine nuit. »

3.5.3. Prise de poids

10% des femmes rapportent la prise de poids comme ayant entraîné un vécu négatif de la ménopause, avec notamment une baisse d'estime de soi.

« J'ai pris du poids, du coup mon conjoint n'était pas favorable pour des relations. »

3.5.4. Sécheresse vaginale

11% rapportent une importante sécheresse cutanée ou vaginale comme au centre de leur vécu de la ménopause avec dans la moitié des cas des troubles de la libido ou des douleurs lors des rapports associés.

« Le plus dur à long terme est la sécheresse de la peau et les désagréments liés. »

« Les bouffées de chaleur persistantes et la sécheresse vaginale sont les symptômes les plus désagréables pour moi. La baisse de la libido est aussi un phénomène difficile à vivre. Je ne pensais pas vivre une ménopause comme ça. »

« La sécheresse vaginale est plus que présente malgré le traitement hormonal de substitution. »

3.5.5. Troubles de l'humeur

5% des femmes détaillent une irritabilité et 4% des troubles de l'humeur à type de déprime et sensation de mal-être.

« Psychologiquement un peu difficile, morosité, fin de quelque chose ... »

« Des sensations de mal-être qui ne durent pas mais fréquentes »

3.5.6. Autres symptômes cités

Dans les autres symptômes cités, on retrouve : des douleurs articulaires (3.6%), des fuites urinaires(2.2%).

3.5.7. Ménopause vécue en dehors des normes

Trois femmes rapportent la difficulté du vécu d'une ménopause précoce et six femmes (4.4%) rapportent une ménopause provoquée par une chimiothérapie ou hormonothérapie pour un cancer du sein qui les a beaucoup questionnées.

« Ménopause déclenchée après mastectomie, pas d'info, peu d'écoute sur des troubles "mineurs" comme les sueurs, et pas de solution efficace »

« Ménopause anticipée forcée par chimiothérapie puis hormonothérapie, mal vécue. Beaucoup de craintes quant aux symptômes. Finalement, en faisant attention à mon hygiène de vie (sport, ...), les symptômes sont globalement sous contrôle »

3.5.8. La ménopause comme phénomène sociétal

Deux femmes rapportent une période de questionnement avec l'impression d'être parfois démunie. Une femme ne déplore aucun symptôme mais souffre de l'image négative que la ménopause renvoie. Plusieurs femmes rapprochent la ménopause comme le signe du vieillissement et d'une jeunesse qui s'en va, la fin d'une période qui est difficile à vivre.

Une réponse décrit même *« l'impression d'être périmée »* ou de ne *« plus être une vraie femme »*. Trois femmes déplorent le fait de ne plus pouvoir être mères et le deuil de la maternité associé.

« Période de transition de questionnement »

« J'ai peu de symptômes mais je souffre de l'image que renvoie le concept de ménopause (mise au rebut) »

« C'est le signe que la jeunesse s'en va et la dernière partie de la vie arrive, que le temps passe très vite. Les aspects amoureux changent, à cause des symptômes, on vieillit on est moins attirante, plus de possibilité d'avoir d'enfant... »

« Passé le moment de l'acceptation de la survenue de la ménopause et à part les bouffées de chaleur, j'ai plutôt bien vécu cette période.

On ne parle pas assez de la ménopause, c'est toujours tabou, c'est très mal vu et on a l'impression d'être "périmée", voir même de ne plus être de "vraies femmes », de ne plus compter pour rien, alors que ce n'est pas du tout le cas. Pour ma part, j'ai une sexualité plus épanouie que plus jeune, je me porte très bien, et je me sens pleinement femme. J'ai eu la chance de ne pas avoir trop de symptômes. J'ai également les moyens de m'acheter des ovules gynécologiques et du gel en pharmacie. »

« Lorsque l'on se sent jeune dans sa tête, c'est un cap difficile à vivre car cela marque l'avancement dans l'âge. »

« Il faut faire le deuil du corps/texture de la peau qui change, du gras qui s'installe etc., des rides... bref, faut apprendre à accepter de vieillir... »

3.5.9. Sensation de solitude et difficulté de trouver des réponses

Plusieurs femmes déplorent le sentiment d'être isolées pendant cette période de changement, de ne pas avoir d'explications, de ne pas trouver des traitements adéquats. Il est plusieurs fois notifié une crainte d'en parler autour de soi, avec parfois un manque de soutien de la part du conjoint. Trois femmes rapportent une crainte des hormones.

« Bouffées de chaleur, irritabilité et peu d'informations pour y remédier : crainte des hormones donc absence de traitement »

« Assez perturbant mais on n'ose pas en parler autour de soi »

« Impuissante devant les symptômes, impossible de trouver des traitements pour les diminuer »

« Entre la pré-ménopause et la ménopause, cela fait 10 ans que les troubles durent, bouffées de chaleur, sueurs nocturnes : c'est dur sur la durée même si l'intensité reste supportable. Je refuse un traitement à base d'hormones, j'ai essayé beaucoup de plantes et huiles essentielles rien n'est vraiment efficace et tout est cher. Donc j'ai tout arrêté. »

« Un peu seule dans son coin ... pas mal d'échanges avec ses collègues ménopausées mais peu avec les professionnels de santé ! »

« C'est l'adolescence à l'envers. C'est surtout l'impression que cela ne compte pas », que votre corps devient un ennemi. Votre conjoint ne comprend rien et ne veut pas en entendre parler. C'est une affaire de femmes. »

3.5.10. Vécu positif et libération

18% des femmes rapportent un vécu facile sans aucun symptôme. 7% insistent même sur le côté positif que la ménopause leur a apporté avec notamment une liberté retrouvée sans les contraintes liées aux règles et à la contraception. Une femme rapporte le soulagement de ne plus subir la drague lourde de certains hommes. La notion d'étape normale de la vie est plusieurs fois mentionnée.

Certaines femmes reconnaissent le soulagement des bouffées de chaleur grâce au THM. La ménopause est mentionnée comme l'occasion de se recentrer sur soi et de pratiquer du sport.

« Youpi, plus de règles !

« Youpi, plus de contraception ! »

« Une liberté sans contraception et les problèmes liés aux règles. »

« La problématique de la ménopause c'est qu'on en parle que de façon « négative » (perte de libido, prise de poids, bouffées de chaleur, fragilité osseuse...) ... Je pense que la tristesse que l'on peut ressentir est surtout liée à ça. Alors que ça peut être aussi une période plus cool (plus de règles, plus besoin de contraception, meilleure attention sur soi avec des activités sports plaisir...). Pouvoir parler de cette période également de façon positive. »

« Je vis normalement sans me préoccuper d'anticiper quoi que ce soit (ostéoporose etc.). Je mise sur les activités sportives, je suis active pour maintenir une jeunesse du corps le plus longtemps possible. »

« Assez heureuse de ne plus avoir mes règles, très souvent douloureuses. Et soulagée de la pression de la drague lourde de certains hommes »

« J'ai très bien abordé ce nouveau changement dans mon corps, je me suis sentie libérée de toute contrainte contraceptive...un grand ouf »

3.6. La place du THM chez les femmes ménopausées

78.8% des femmes interrogées avaient déjà entendu parler du THM.

Mais seulement 11.6% (soit 21 femmes sur les 180 femmes ménopausées) ont été traitées par THM.

3.7. La place des autres traitements des symptômes de la ménopause

35% des femmes ménopausées ont été traitées par phytothérapie.

Seules 15.5% ont bénéficié d'un traitement hormonal local pour lutter contre la sécheresse vaginale alors que 37.7% le relevaient comme un symptôme difficile à vivre.

Seulement 6% ont bénéficié d'une prise en charge de l'incontinence urinaire par kiné, médicament ou chirurgie contre 14% qui le rapportaient dans les symptômes difficiles à vivre.

50% des femmes ont répondu librement dans la proposition « Autre » avec notamment :

- 36% qui n'ont bénéficié d'aucun traitement avec notamment une absence de proposition par un médecin plusieurs fois mentionnée
- 4% des femmes qui ont été traitées par homéopathie ou acupuncture
- Une femme ayant consulté un psychologue
- 4 femmes traitées par traitement hydratant local non hormonal.

3.8. L'abord de la ménopause par le médecin généraliste, comme piste pour un meilleur vécu

A la question « Pensez-vous que si votre médecin généraliste avait abordé le sujet de la ménopause de façon systématique, cela aurait pu vous aider à mieux vivre cette période ? »

60% des femmes ménopausées répondent « Oui ».

A la question « Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations sur les traitements éventuels des symptômes induits par la ménopause de la part de votre médecin traitant »

57.2% des répondantes ont répondu « Oui ».

4. La ménopause, vue par les femmes non ménopausées et en péri-ménopause

Nous avons obtenu 102 réponses de femmes qui n'étaient pas encore ménopausées ou en péri-ménopause.

4.1. La ménopause : une période qui angoisse les femmes ?

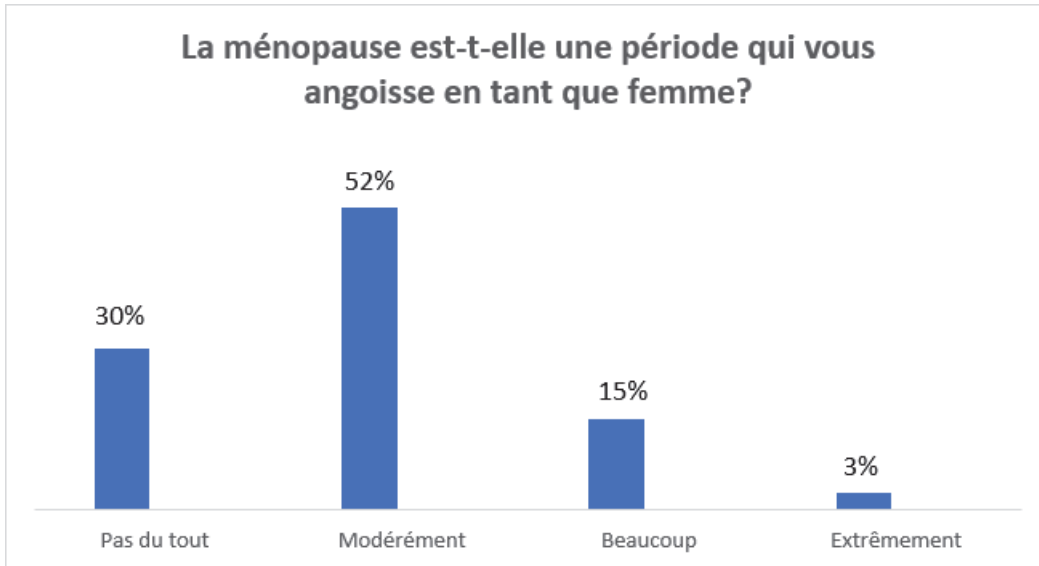


Figure 16. La vision de la ménopause par les femmes non ménopausées

Près de la moitié des femmes (52%) se disent modérément angoissées par la ménopause. Dans notre échantillon, la corrélation de Spearman entre le fait d'être cadre et le niveau d'anxiété liée à la ménopause est de 0.0012, ce qui indique une corrélation très faible et pratiquement négligeable. Cela suggère que l'appartenance à la catégorie socio-professionnelle des cadres n'est pas significativement associée à l'anxiété ressentie par rapport à la ménopause dans cet échantillon de données.

La corrélation de Spearman entre le niveau d'information perçu sur la ménopause et le niveau d'anxiété liée à la ménopause est de -0.133, indiquant une faible corrélation négative. Cela pourrait suggérer que se sentir plus informée sur la ménopause est légèrement associé à une réduction de l'anxiété liée à la ménopause, bien que la corrélation reste faible.

4.2. La vision de la ménopause plus en détail

Une question libre demandait aux femmes de décrire en quelques mots leur vision de la ménopause et éventuellement ce qu'elles redoutaient.

70 réponses ont été détaillées. Sur les 70 réponses, on retrouve :

- La crainte des symptômes de la ménopause :
 - 31.4% des femmes redoutaient les bouffées de chaleur et 27% la prise de poids. « *C'est le vieillissement du corps qui fait peur : ramollissement et les bouffées de chaleur.* »
 - 17% relevaient la peur des changements d'humeur : « *Grossir, peau ridée, sécheresse vaginale, bouffées de chaleur, sautes d'humeur* »
 - 11.4% étaient angoissées à propos de la sécheresse vaginale
 - 7% craignait le retentissement sur leur vie sexuelle : « *Je crains le retentissement de la ménopause sur ma vie, sexuelle en outre, avec mon conjoint* »

- L'impression de ne rien savoir pouvant renforcer les angoisses à propos de la ménopause :
 - Trois femmes mentionnent (4.2%) le fait de ne rien savoir ce qui renforce leurs angoisses :
« Ne rien savoir dessus », « Peu d'informations ; donc peu de craintes mais un a priori (prise de poids) », « L'impression de ne pas être prise au sérieux face aux différents symptômes et mal être qu'ils génèrent. C'est une période un peu floue. »
- La peur de subir les mêmes symptômes qu'objectivés dans l'entourage
 - Trois femmes ont remarqué d'importants symptômes chez leurs mères et redoutent d'en souffrir également : « Les changements hormonaux m'angoissent car dans mon entourage les femmes ont beaucoup souffert de cela avec influence sur l'humeur. », « J'espère juste ne pas avoir les mêmes symptômes que ma mère (bouffées de chaleurs) »
- La ménopause vue comme un vieillissement, mal perçue par la société :
 - Une femme redoute la fin de la procréation et deux femmes relèvent la peur du regard de la société sur leur ménopause. « Mes angoisses : fin de la Procréation. » ; « -le déclin de ma féminité, le fait de vieillir-pression sociale ++ »
 - 10% des répondantes associent la ménopause avec le fait de vieillir : « Cette période rappelant que l'on vieillit et qui semble être inconfortable, ne m'angoisse pas particulièrement mais ne me réjouit pas... » ; « Pas grand-chose mais c'est plutôt psychologiquement le classement dans une tranche d'âge à laquelle je ne me sens pas appartenir. »
- La ménopause, comme une étape de la vie normale voire comme une libération :
 - 12.8% ne se disent pas du tout angoissées par la ménopause, qu'elles considèrent comme une étape du cycle de la vie. « Une nouvelle étape dans la vie d'une femme » ; « Cycle de la vie d'une femme par lequel on doit passer... Pas d'angoisse particulière... malgré quelques désagréments... » ; « Je crois que je n'ai pas conscience de cette période Donc insouciance » ; « Personne ne peut y échapper ni l'éviter on n'a pas le choix c'est la vie, donc il n'y a pas lieu de s'angoisser en tout cas pour ma part » ; « Autre période de vie qui commence. J'accepte. Aucun stress et cela correspond à un moment où on est bien dans sa vie donc je suis positive et je sais que c'est inéluctable »
 - 7.1% voient même comme une libération le fait de ne plus avoir ses règles voire une délivrance pour une répondante qui a des saignements importants en période de périménopause : « Ne plus avoir ses règles est une nouvelle liberté » ; « La ménopause serait pour moi une délivrance car la périménopause pour moi ce sont des pertes de sang non-stop » ; « J'attends avec impatience d'être ménopausée pour ne plus avoir de règles Pas d'angoisse »

4.3. Le niveau de connaissance des femmes non ménopausées sur les différents traitements existants

53.9% savent qu'il existe des traitements spécifiques à la prise en charge des symptômes génito- urinaires pouvant être provoqués par la ménopause : sécheresse vaginale, irritation, fuites urinaires.

Seulement 50% des femmes non ménopausées ont déjà entendu parler du THM.

4.4. Le souhait des femmes non ménopausées d'obtenir plus d'informations sur les traitements

77.4% souhaiteraient obtenir plus d'informations de la part des professionnels de santé au sujet du traitement hormonal substitutif de la ménopause.

5. Conclusion, et pistes d'amélioration

5.1. Intérêt d'un dépistage systématique des symptômes de la ménopause

90.4% des femmes adhèrent à un dépistage systématique des symptômes de la ménopause par les médecins généralistes, au même titre que le dépistage du cancer du col de l'utérus ou du sein.

5.2. Pistes d'amélioration proposées par les femmes pour une meilleure prise en charge de la ménopause

93 réponses ont été obtenues à la question ouverte « Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de la ménopause par les médecins en France ? »

5.2.1. Plus aborder le sujet par le médecin généraliste, et donner plus d'informations

23% des femmes insistent sur l'importance que le médecin généraliste aborde le sujet et informe plus les patientes sur la ménopause, les conséquences, les traitements, notamment les fuites urinaires. Elles souhaiteraient que ce sujet soit moins tabou également chez les médecins eux-mêmes. Plusieurs femmes mentionnent l'intérêt d'en parler également au conjoint.

« Il faudrait aussi que les médecins n'aient pas de tabou. »

« Vulgariser cette étape de la vie

Ce n'est pas la fin de notre vie de femme, juste une autre étape »

« Évoquer et traiter les fuites urinaires »

« En parler précisément et pas comme si tout le monde savait bien le définir et en cerner les manifestations. Faire comme si le patient ne savait rien. En parler aussi aux maris. »

« Il est nécessaire d'en parler plus pour que les femmes ménopausées n'attendent pas trop avant de consulter un médecin et de savoir qu'il existe des remèdes à leurs difficultés. »

« L'information, l'écoute car il est parfois difficile de savoir si un symptôme est normal dans la périménopause ou ménopause s'il faut s'en inquiéter ou le considérer normal. Rassurer en en parlant sans en faire un sujet tabou. »

5.2.2. Plus d'écoute, ne pas minimiser les symptômes des patientes

16% souhaiteraient avant tout une meilleure écoute de la part des médecins généralistes sur le sujet et une prise au sérieux des symptômes décrits. Plusieurs femmes ont eu le sentiment d'avoir leurs symptômes minimisés par les médecins.

« Qu'ils prennent des cours de psychologie et apprennent à mieux considérer la femme et prendre au sérieux les problèmes de la périménopause et ménopause. Les douleurs et saignements qui gâchent notre vie »

« Une meilleure écoute des patients et des femmes en particulier. Pas tellement possible avec des médecins qui enchaînent des consultations de 15 minutes quasiment uniquement centrées sur la prescription de médicaments. »

« Il faut que les médecins prennent au sérieux les symptômes indiqués par la patiente et ne pas minimiser le désagrément »

« La ménopause reste un sujet tabou. Ce n'est pas une maladie, c'est juste gênant. Du coup en consultation c'est difficile de poser des questions si notre médecin n'aborde pas le sujet. C'est la période la plus difficile pour une femme. »

« Comprendre la difficulté d'une femme à passer ce cap avec sérénité. Les effets sont différents d'une femme à l'autre...reconnaître ceux-ci comme tels et non les balayer de la main »

« Ecouter vraiment leur patiente, ce serait déjà beaucoup. Une écoute "active". »

5.2.3. Une crainte concernant la difficile accessibilité des MG et gynécologues

Quatre répondantes soulèvent le départ à la retraite de leur gynécologue et une absence de suivi qui en a découlé.

« Former davantage de médecin généraliste aux troubles de la ménopause. Encore faut-il qu'il y ait des médecins en France !!!! »

« Ma gynéco a pris sa retraite et n'a pas été remplacée. J'habite dans une commune de 12 000 habitants. C'est très inquiétant et navrant. »

« Pour ma part, je n'ai plus de gynécologue (partie à la retraite et non remplacée) et je ne sais pas par qui faire mon suivi gynécologique. Mon médecin de famille, que je connais depuis 30 ans, est un homme, et pas facile de lui demander de faire un frottis, ou de me palper la poitrine. »

5.2.4. Une meilleure formation des médecins généralistes à ce sujet en insistant sur les médecines douces

4% des femmes proposent une meilleure formation des médecins généralistes et 8.6% insistent sur l'importance qu'ils se forment à la médecine douce et à des pistes naturelles pour lutter contre les symptômes de la ménopause.

« Les former pour proposer et aiguiller les patientes vers de la médecine douce et sans effets secondaires ni risques associés »

« Donner aux patientes des pistes naturelles pour juguler les symptômes (yoga ou autres) »

« Un suivi global et permettre aux médecins de tourner la patiente vers d'autres formes de supports. Ouvrir aux médecines douces ou à des conseils plus généraux d'hygiène de vie »

5.2.5. L'intérêt d'une consultation dédiée/convocation à un âge défini

Cette idée ressort chez 10% des répondantes pour intégrer complètement la ménopause à la prise en charge gynécologique des femmes.

« Parler clairement des changements qui vont advenir, par le biais d'une consultation dédiée. »

« Proposer des rendez-vous à 50 et 55 ans comme pour les mammographies »

Une réponse mentionne une sensibilisation comme il existe pour Octobre Rose

« Des événements de sensibilisation comme octobre rose contre le cancer »

5.2.6. D'autres pistes d'amélioration

5 femmes mentionnent l'intérêt d'affiches ou de livrets d'information remis à toutes les femmes concernées.

« Faire des affiches dans les cabinets médicaux pour essayer de dédramatiser la ménopause et faire ainsi un lien entre médecin et patient »

« Création d'un petit livret avec des exemples et explications simplesCréation d'un livret facile à lire et à comprendre (FALC) »

Deux femmes insistent sur l'intérêt de développer la recherche en amont pour améliorer la prise en charge des femmes.

« Avant les médecins, peut-être plus de recherche sur les moyens de diminuer les effets. »

Une répondante propose d'intégrer également la médecine du travail dans le dépistage des symptômes.

« Sujet qui pourrait être abordé par la médecine du travail car conséquence sur le quotidien au travail »

Une autre souhaiterait des groupes de parole sur le sujet.

III - Discussion

1. Résultats

1.1. Concernant le critère de jugement principal :

Notre critère de jugement principal s'intéressait à la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la ménopause.

Les résultats sont sans appel : les patientes considèrent que la ménopause relève du médecin généraliste : 93.6% se disent à l'aise pour en parler avec leur médecin généraliste, 80.5% pensent que la prise en charge de la ménopause ne relève pas uniquement du gynécologue.

89% des patientes interrogées souhaiteraient que le médecin généraliste ait un rôle actif en consultation sur le sujet de la ménopause : 45% souhaiteraient que le médecin généraliste donne des informations à toutes les femmes de la tranche d'âge concernée et 44.3% qu'il pose la question des éventuels symptômes de manière systématique. Seulement 10% des femmes ont répondu que cela n'est pas son rôle.

Pourtant, seules 24% des femmes ménopausées ont abordé réellement le sujet avec leur médecin généraliste. 60% des femmes ménopausées considèrent qu'elles auraient pu mieux vivre leur ménopause si le médecin généraliste avait abordé ce sujet avec elles.

La grande majorité des femmes (95%) est favorable à la création d'une consultation dédiée à la ménopause sur le modèle de la CCP (consultation contraception et prévention pour les jeunes de moins de 26 ans). Pour 71% d'entre elles, elle devrait être réalisée entre 45 et 50 ans pendant la période de périménopause. 94.6% des femmes seraient favorables pour y participer si une telle consultation existait.

On remarque donc une grande attente des femmes d'obtenir plus d'informations de leur médecin généraliste sur le sujet de la ménopause et un souhait collectivement partagé d'avoir accès à une consultation dédiée.

Nos résultats corroborent ceux de l'étude KANTAR réalisée en 2020 auprès de 1 505 françaises qui retrouvent que 72% des françaises pensent qu'il faudrait plus parler de la ménopause, et 88% se disent favorables à la création d'une consultation gratuite d'information sur la ménopause, réalisée par le gynécologue [47]. Ainsi, notre étude montre qu'elle pourrait également être réalisée par le médecin généraliste.

1.2. Concernant les critères de jugement secondaires

1.2.1. Le vécu des femmes ménopausées

L'échantillon des femmes interrogées représentait globalement des femmes ayant un suivi gynécologique régulier (83% voyaient un gynécologue tous les 1 à 2 ans), avec un niveau CSP supérieur à la population générale (37.7% de cadres supérieures).

On remarque un nombre important de femmes ménopausées rapportant des symptômes difficiles à vivre avec au premier plan pour 63% des femmes, les bouffées de chaleur. La sécheresse vaginale et les douleurs pendant les rapports arrivent en seconde position avec près de 38% des femmes concernées. Seulement 10% des femmes ménopausées ne se plaignent d'aucun symptôme invalidant.

Cependant, on remarque un décalage entre la fréquence des symptômes rapportés par les femmes ménopausées et le nombre de femmes réellement traitées. En effet, 36% des femmes n'ont bénéficié d'aucun traitement, 35% ont bénéficié de la phytothérapie, et seulement 11.6% ont été traitées par THM. Or, la phytothérapie n'a pas fait ses preuves d'un point de vue EBM (*Evidence-Based Medicine*) contrairement au THM qui reste le traitement recommandé en première intention pour les bouffées de chaleur invalidantes.

Seules 15.7% des femmes ont reçu un traitement hormonal local vaginal alors que près de 38% mentionnaient ce symptôme comme difficile à vivre.

On peut donc observer que les femmes ont tendance à être sous-traitées principalement pour les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale pendant la ménopause.

Ce résultat peut paraître d'autant plus surprenant qu'il s'agit de femmes globalement bien suivies d'un point de vue gynécologique et avec un niveau CSP supérieur donc peut-être mieux informées que la moyenne.

La crainte hormonale, la médiatisation des études concernant le THM montrant un surrisque de cancer du sein et d'évènements thrombo-emboliques, le manque de formation des médecins sur le sujet et parfois leurs propres craintes sur le THM peuvent expliquer en partie ces résultats comme le montrait une thèse de 2021 réalisant une netnographie sur le vécu des femmes ménopausées et leurs craintes concernant le THM. [48]

1.2.2. La vision des femmes non ménopausées

On peut constater un certain manque de connaissances sur les traitements existants : 53% des femmes non ménopausées étaient au courant qu'il existait des traitements locaux spécifiques à la prise en charge du SGUM.

Seulement 50% des femmes non ménopausées étaient informées de l'existence du THM contre 78.8% des femmes ménopausées ! Ce pourcentage paraît faible et on peut s'interroger sur les raisons de ce décalage avec les femmes ménopausées. La génération des femmes ayant entre 40 et 50 ans pourtant plus connectée à internet aux réseaux que leurs aînées, est d'autant moins informée.

Le fait qu'elles ne soient pas encore concernées par les symptômes de la ménopause et qu'elles se sont donc moins renseignées sur le sujet peut expliquer en partie cette différence mais alerte d'autant plus sur la nécessité d'informer les femmes avant la survenue de la ménopause pour qu'elles sachent consulter au moment nécessaire.

Concernant la vision de la ménopause, on note que les bouffées de chaleur et la prise de poids sont les symptômes les plus redoutés par les femmes.

Aussi bien chez les femmes ménopausées que chez les femmes non ménopausées, il ressort une crainte liée au regard de la société et à l'abord du sujet d'un point de vue souvent négatif dans les médias sur la ménopause qui contribue, parfois à un vécu difficile. Il semblerait intéressant d'insister tant que médecin généraliste sur les aspects positifs de la ménopause (libération contraceptive et menstruelle) et sur la possibilité qu'elle offre de se recentrer sur soi et sa santé.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Les forces de l'étude

Le nombre important de réponses (282) de femmes venant de différents départements permet un échantillon globalement représentatif des femmes françaises.

Je pense qu'une des forces de l'étude est l'abord original d'un sujet pourtant universel et assez souvent traité en thèse : différencier le vécu, les connaissances des femmes ménopausées et des femmes non ménopausées afin de mieux cerner les différences et les attentes respectives.

2.2. Les limites de l'étude : le biais de sélection

Bien que le nombre de réponses soit assez conséquent, il existe une surreprésentation des femmes cadres et employées donc un échantillon plus « qualifié » que la population française, peut-être lié à la méthode de recrutement dans des cabinets médicaux en zone semi-rurale et par les connaissances de mon entourage par effet boule de neige, en moyenne plus informées que la population générale.

IV - Conclusion et perspectives

1. Conclusion

En conclusion, nous remarquons que le médecin généraliste a toute sa place dans la prise en charge de la ménopause pour plusieurs raisons :

- Les femmes, en grande majorité, **se sentent à l'aise d'en parler à leur médecin généraliste** et sont même demandeuses d'un abord plus systématique de sa part sur le sujet. Elles se sentent globalement peu informées sur les différents symptômes de la périménopause ou ménopause et traitements possibles existants et adhèrent en très grande majorité à l'idée d'une consultation dédiée.
- Un meilleur dépistage des symptômes permettrait une meilleure qualité de vie des femmes traversant cette période. Il paraît donc essentiel de promouvoir, en particulier chez les médecins généralistes, une meilleure formation universitaire sur le sujet afin que les jeunes médecins se sentent concernés par le sujet de la ménopause et puissent au mieux accompagner les femmes.
- Il existe une tendance à un sous-traitement des femmes ménopausées actuellement en France, notamment depuis les polémiques liées au THM. Seules 11.6% des femmes ménopausées de notre échantillon ont bénéficié du THM contre 63% qui relevaient les BVM comme un symptôme difficile à vivre, et seules 15% ont bénéficié d'un traitement vaginal local alors que 37.7% relevaient la sécheresse vaginale comme un symptôme difficile à vivre. La réhabilitation récente du THM avec la relativisation des risques liés au cancer du sein et aux événements cardio-vasculaires (quand démarré précocement et en respectant les contre-indications) devrait conduire à un accès plus facile des femmes présentant des bouffées de chaleur importantes au THM. Cette plus grande accessibilité du THM pourrait passer par le médecin généraliste qui peut informer, initier le THM ou adresser au gynécologue si besoin, mais ne surtout pas banaliser les bouffées de chaleur pouvant être réellement invalidantes.
- Comme l'avait montré la thèse de C. Beaujard [44], il y a un effort particulier à faire sur l'abord du SGUM en consultation (sécheresse vaginale, fuites urinaires...) car le sujet reste tabou et difficile à aborder pour les femmes. Le médecin généraliste pourrait intégrer ce dépistage du SGUM de manière systématique dans sa pratique, par exemple lors de la rédaction d'un certificat de pratique sportive, en demandant à cette occasion aux femmes si elles souffrent de fuites urinaires.
- Les femmes sont par ailleurs très demandeuses de traitements « naturels » et de médecine douce pendant cette période. L'hypnose et le yoga ont fait leurs preuves dans la réduction des BVM mais il est important de rappeler la faible efficacité scientifique de la phytothérapie.
- La ménopause est une période idéale pour faire de la prévention, qui est un des rôles primordiaux du médecin généraliste. En effet, parler de la ménopause, c'est parler d'ostéoporose, maladie trois fois plus fréquente chez la femme qui touche 39% des femmes à 65 ans et 70% des femmes à 80 ans. C'est un problème de santé publique et une consultation dédiée à la ménopause permettrait un dépistage systématique du risque d'ostéoporose [49] et une amélioration de la prise en charge de cette maladie encore trop peu diagnostiquée et traitée. Parler de ménopause, c'est également parler de santé cardio-vasculaire, c'est un bon moment pour rappeler l'importance du sport et de l'hygiène de vie, encore plus après 50 ans. Parler de ménopause, c'est l'occasion de faire le point sur les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus.

- D'un point de vue sociétal, le médecin généraliste a peut-être un rôle à jouer en insistant sur les aspects positifs de la ménopause : disparition des contraintes liées aux règles et à la contraception, occasion de se recentrer sur soi, nouvelle étape de vie pour ne pas contribuer à la « pathologisation » excessive de cette période normale de la vie d'une femme. Car l'on constate encore une souffrance des femmes induite par le regard négatif de la société sur la ménopause et plus généralement sur le vieillissement féminin.

En résumé, une consultation dédiée à la ménopause, pris en charge à 100% par l'assurance maladie comme il existe pour la CCP permettrait d'inciter les médecins généralistes à s'emparer du sujet et les patientes à consulter.

2. Perspectives

Depuis 2011, en France, il existe le premier et pour l'instant le seul centre de référence sur la ménopause et la prévention de l'ostéoporose au CHU de Toulouse dirigée par le Pr Florence Trémollières.

A l'Hôpital Saint Joseph à Paris, il existe des ateliers en petits groupes de prise en charge des symptômes de la ménopause. [50]

En Angleterre, la ménopause est depuis longtemps reconnue comme pouvant impacter le travail par les difficultés de sommeil et de concentration qu'elle peut engendrer. [51] Il existe des ateliers proposés aux employés sur le sujet de la ménopause pour sensibiliser les travailleurs à ces problématiques et pour une meilleure prise en charge des femmes au sein des entreprises. En Juillet 2022, au Royaume-Uni, une proposition de loi a même été faite pour que les femmes puissent bénéficier d'un « congé ménopause » qui a finalement été rejetée par le gouvernement.

Depuis 2023, l'Angleterre a lancé un « passeport ménopause » dans certains hôpitaux qui propose une liste d'ajustements du travail et de l'environnement du travail pour le personnel en péri-ménopause ou ménopause dont les symptômes ont un impact négatif sur leur vie. [52]

BIBLIOGRAPHIE

1. La ménopause et après [Internet]. CNGOF. Disponible sur : <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-menopause-et-apres/>
2. Gougeon A, Rozenbaum H. La ménopause physiologique et pathologique. In 2014. p. 251-73
3. La ménopause [Internet]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/21-ch14-131-140-9782294715518-menopause.html>
4. Elsevier Masson SAS [Internet]. Femmes, médecins et ménopauses | Livre | 9782294007323. Disponible sur : <https://www.elsevier-masson.fr/femmes-medecins-et-menopauses-9782294007323.html>
5. Raccah-Tebeka B, Boutet G, Plu-Bureau G. Alternatives non hormonales de prise en charge des bouffées vasomotrices post-ménopausiques. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021 ;49(5):373-93.
6. Ménopause et ses effets sur l'apnée du sommeil [Internet]. Info somnolence. Disponible sur : <https://www.info-somnolence.fr/apnee-sommeil/menopause/>
7. Young T, Finn L, Austin D, Peterson A. Menopausal status and sleep-disordered breathing in the Wisconsin Sleep Cohort Study. Am J Respir Crit Care Med. 1 mai 2003;167(9):1181-5.
8. Genazzani AR, Schneider HPG, Panay N, Nijland EA. The European Menopause Survey 2005: women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. Gynecol Endocrinol. juillet 2006;22(7):369-75.
9. Santoro N, Taylor ES, Sutton-Tyrrell K. The SWAN Song: Study of Women's Health Across the Nation's Recurring Themes. Obstet Gynecol Clin North Am. sept 2011;38(3):417-23.
10. Masson E. EM-Consulte. Prévalence du syndrome d'apnées du sommeil chez les femmes ménopausées à risque cardiovasculaire. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1109953/prevalence-du-syndrome-d-apnees-du-sommeil-chez-le>
11. Brown JP, Gallicchio L, Flaws JF, Tracy JK. Relations among Menopausal Symptoms, Sleep Disturbance and Depressive Symptoms in Midlife. Maturitas. 20 février 2009 ;62(2) :184-9.
12. Bertschy G, de Ziegler D, Bianchi-Demicheli F. Troubles de l'humeur chez la femme périménopausique : traitement hormonal ou antidépresseur ? Rev Med Suisse. 21 septembre 2005 ; 033 :2155-61.
13. G. André « Les JTA 2006 : Quelle prise en charge de la symptomatologie ostéo articulaire de la ménopause ? », 2006 [En ligne]. Disponible sur : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1066
14. Syndrome génito-urinaire de la ménopause [Internet]. Disponible sur : <https://www.larevuedu praticien.fr/article/syndrome-genito-urinaire-de-la-menopause>
15. Patrice Lopès, Florence Trémollières. Guide pratique de la ménopause. 2004. (Masson).
16. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2 sept 2004 ;2 :45.

17. APOROSE | Aide à la Prise en charge de l'Ostéoporose en soins primaires | Disponible sur : <http://aporose.fr/prevention.php>
18. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab.* Avril 2012 ;97(4) :1159-68.
19. Rousset-Jablonski C. Comment diagnostiquer la ménopause ? RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1 mai 2021;49(5):318-28.
20. Ziel HK, Finkle WD. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl J Med.* 4 décembre 1975;293(23):1167-70.
21. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA.* 19 août 1998;280(7):605-13.
22. 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 juillet 2002 ;288(3) :321-33
23. Traitement hormonal de la ménopause (THM) - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur : [https://archive.ansm.sante.fr/Dossiers/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/\(offset\)/0](https://archive.ansm.sante.fr/Dossiers/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/(offset)/0)
24. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet.* 9 août 2003 ;362(9382) :419-27.
25. Le THM en France : les chiffres [Internet]. Disponible sur : <http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/articles-enquetes/125-le-thm-en-france-les-chiffres>
26. Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 17 janvier 2017;1(1):CD004143.
27. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet.* 28 sept 2019 ;394(10204) : 1159-68.
28. Poudou C, Baffet H, Nadeau C, Rolland AL, Catteau-Jonard S, Robin G. La balance bénéfiques/risques du traitement hormonal de la ménopause : cancers et mortalité. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1^{er} mai 2021 ;49(5) :462-73.
29. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) en 2022 : que nous disent les recommandations américaines ? - Agir pour le cœur des femmes [Internet]. Disponible sur : [https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/anticiper/activite-physique/Le-traitement-hormonal-de-la-menopause-\(THM\)-en-2022-que-nous-disent-les-recommandations-americaines-](https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/anticiper/activite-physique/Le-traitement-hormonal-de-la-menopause-(THM)-en-2022-que-nous-disent-les-recommandations-americaines-)
30. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVI (Texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1 mai 2021 ;49(5) :305-17.

31. Masson E. EM-Consulte. Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). RPC les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1443736/syndrome-genito-urinaire-de-la-menopause-sgum-rpc>
32. Notelovitz M, Lenihan JP, McDermott M, Kerber IJ, Nanavati N, Arce J. Initial 17beta-estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol.* Mai 2000;95(5):726-31.
33. Tillier A. Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles. *Clio Femmes, Genre, Histoire.* 1 avril 2005;(21) :269-80.
34. Gardanne CPL de. Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique [Internet]. Paris : Imprimerie de J. Moronval; Chez Gabon; 1816 444 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/avisauxfemmesqui00gard>
35. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ psychosomatique.* 2001;24(4):57-67.
36. Le Point [Internet]. 2019. La ménopause : une construction sociale. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/la-menopause-une-construction-sociale-28-02-2019-2297080_23.php
37. CNRS Le journal [Internet]. [cité 18 décembre 2023]. La ménopause est-elle une construction sociale ? Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/articles/la-menopause-est-elle-une-construction-sociale>
38. « La ménopause n'existe pas dans toutes les cultures », révèle la sociologue Cécile Charlap - L'Humanité [Internet]. <https://www.humanite.fr>. 2023. Disponible sur : <https://www.humanite.fr/feminisme/egalite-femmes-hommes/la-menopause-nexiste-pas-dans-toutes-les-cultures-revele-la-sociologue-cecile-charlap>
39. What Your Mother Never Told You About Health with Dr. Sharon Malone [Internet]. 2020 [cité 19 décembre 2023]. Disponible sur : <https://open.spotify.com/episode/6roJUCIX5Gqs8j4QkDHEWT>
40. Mary Claire Haver, MD, author The New Menopause (@drmaryclaire) Photos et vidéos Instagram [Internet]. [cité 19 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.instagram.com/drmaryclaire/>
41. Ménopause : la fin d'un tabou ? [Internet]. Vives Media. Disponible sur : <https://vivesmedia.fr/newsletter/menopause-la-fin-dun-tabou/>
42. 4479_BALIGOUT-These.pdf [Internet]. [cité 8 décembre 2023]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479_BALIGOUT-These.pdf
43. Bellanger S. Les femmes et la ménopause : le ressenti et la prise en charge en médecine générale. 7 janvier 2021 ;139.
44. Beaujard C. Vécu des femmes ménopausées souffrant de troubles trophiques. 18 janvier 2018 ; 171.
45. 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 ? 5 juillet 2016 ;111.
46. Benchorba N. Les médecins généralistes et le traitement hormonal substitutif de la ménopause : leurs représentations sur les risques et bénéfices du traitement. 7 février 2018;81.
47. Kantar Public [Internet]. Kantar Public. Disponible sur : <https://kantarpublic.com/fr/inspiration/analyses-et-points-de-vue/les-francais-et-la-menopause>

48. Brecqueville A, Brecqueville M. Netnographie sur le vécu des femmes ménopausées et leurs craintes concernant le THM.
49. Comprendre l'ostéoporose [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/themes/osteoporose/comprendre-osteoporose>
50. Ateliers de prise en charge des symptômes de la ménopause - Fondation Hôpital Saint-Joseph [Internet]. 2021 Disponible sur : <https://www.fhsj.fr/ateliers-de-prise-en-charge-des-symptomes-de-la-menopause/>
51. Employers must do more to keep menopausal women in the workforce [Internet]. Disponible sur: <https://www.ft.com/content/00ccb2f2-8ce1-4923-95d5-5f879e284e42>
52. First 'menopause passport' launched at NHS Trust which employs over 18,000 women [Internet]. Disponible sur: <https://www.uhb.nhs.uk/news-and-events/news/first-menopause-passport-launched-at-nhs-trust-which-employs-over-18000-women/623385?from=2022;13>

TABLEAUX ET FIGURES INCLUS DANS LA THESE

Tableaux

Tableau 1. Évaluation du risque de développer un cancer du sein en fonction du THM (28)

Tableau 2. Facteurs de risque clinique d'ostéoporose

Tableau 3. Répartition des catégories socio-professionnelles

Tableau 4. Manière de procéder pour aborder le sujet de la ménopause en médecine générale

Figures

Figure 1. Evolution de la masse osseuse au cours de la vie. (17)

Figure 2. Evolution des ventes de THM en France (25)

Figure 3. Principaux schémas thérapeutiques (combiné et séquentiel)

Figure 4-Les représentations de la ménopause selon D. Delanoé

Figure 5. Répartition des participantes selon leur statut ménopausique

Figure 6. Date de la dernière consultation chez le gynécologue, MG, SF

Figure 7. Niveau d'information ressenti sur le sujet de la ménopause

Figure 8. Moyen principal d'information sur la ménopause

Figure 9. Notion de tabou dans la ménopause

Figure 10. Souhait de participation des répondantes à une consultation dédiée à la ménopause

Figure 11. Âge souhaité de la consultation dédiée à la ménopause

Figure 12. L'abord de la ménopause en consultation

Figure 13. Abord de la ménopause selon le professionnel de santé

Figure 14. Symptômes les plus difficiles à vivre pendant la ménopause

Figure 15. Le vécu global de la ménopause de 0 à 5

Figure 16. La vision de la ménopause par les femmes non ménopausées

ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire détaillé de l'étude

Ménopause : la place du médecin généraliste

Il y a 34 questions dans ce questionnaire. Bonjour à tous,

Je suis Marie Fournier, interne en dernier semestre pour devenir médecin généraliste

Voici mon questionnaire de thèse sur la ménopause, son vécu et les prises en charges possibles par le médecin généraliste. Merci beaucoup d'avance pour votre participation et votre réponse, toute réponse est très précieuse pour mieux aborder ce sujet important par les médecins généralistes!

Toutes les réponses sont totalement anonymes (pas d'enregistrement de l'adresse IP de votre ordinateur), sentez-vous libre de répondre le plus sincèrement possible !

Ce questionnaire est adressé aux femmes (ménopausées ou non) **entre 40 et 65 ans**.

1) Quel âge avez-vous ?

2) A quelle catégorie socio-professionnelle êtes-vous rattachée ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres, F° intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle
- Métiers intermédiaires
- Autre

3) Avez-vous un suivi gynécologique régulier (consultation tous les 1 à 2 ans chez le gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste pratiquant la gynécologie) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

4) A quand remonte votre dernière consultation chez un gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste pratiquant la gynécologie ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins d'un an
- de 1 à 2 ans
- de 2 à 5 ans
- de 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans
- Je n'ai jamais consulté de professionnel pour la gynécologie

5) Vous sentez-vous informée sur le sujet de la ménopause ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout informée
- Peu informée
- Moyennement informée
- Assez informée
- Très informée

6) Par quel moyen principal vous informez vous sur le sujet ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Entourage
- Professionnels de santé
- Presse
- Emissions télévisées
- Réseaux sociaux
- Autre

7) Trouvez-vous des informations fiables (= exactes) sur le sujet ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

8) Sur une échelle de 0 à 10, à quel point diriez-vous que la ménopause reste un sujet tabou dans la société ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

0 : La ménopause n'est pas du tout un sujet tabou, possible d'en parler librement

10 : La ménopause est un sujet très tabou, il est difficile d'en parler

9) Seriez-vous à l'aise pour aborder le sujet de la ménopause avec votre médecin généraliste ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

10) De quelle manière souhaiteriez-vous que le médecin généraliste procède ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Poser la question des éventuels symptômes de la ménopause de manière systématique
- Aborder le sujet uniquement si la patiente aborde le sujet en consultation
- Ne pas aborder le sujet, ce n'est pas son rôle
- Donner des informations à toutes les femmes de la tranche d'âge concernée
- Autre

11) Pensez-vous que la prise en charge de la ménopause relève majoritairement du domaine du gynécologue ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

12) Par quel professionnel de santé cette consultation pourrait-t-elle être assurée selon vous ?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Infirmière diplômée d'état
- Kinésithérapeute (spécialisé en santé de la femme)
- Autre

13) Etiez vous-informée de l'existence d'une consultation dédiée à la contraception et à la sexualité prise en charge à 100% par l'assurance maladie ?

En France, depuis 2017, il existe une première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle dénommée CCP, pouvant être réalisé par un médecin généraliste, une sage-femme, un gynécologue ou un pédiatre.

Cette consultation permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée aux jeunes de moins de 26 ans et prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

14) Sur le modèle de cette consultation remboursée à 100% par l'assurance maladie dédiée à la contraception, seriez-vous favorable à la création d'une consultation de prévention dédiée à la ménopause afin de discuter de la définition de la ménopause, les changements biologiques opérés, les symptômes possibles et les traitements envisageables ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

15) A quel moment cette consultation vous semblerait-t-elle le plus utile ? Age moyen de la ménopause : 50 ans

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En amont de la ménopause avant 45 ans
- Pendant la période de périménopause entre 45 et 50 ans
- Après la survenue de la ménopause autour de 50 ans
- Autre

16) Si elle existait, seriez-vous favorable pour y participer ?

- Oui
- Non

17) Êtes-vous ménopausée ? (Absence de règles > 1 an)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- En période de périménopause : période de 2 à 4 ans précédent la ménopause caractérisée par des irrégularités du cycle menstruel, ainsi que des symptômes variables, dont l'apparition de bouffées de chaleur.

Pour les femmes ménopausées

1) Avez-vous abordé le sujet de la ménopause ou des symptômes pouvant y être associés avec un professionnel de santé ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q05]' (Êtes-vous ménopausée ? (Absence de règles > 1 an))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

2) Quel professionnel de santé était-ce ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Kinésithérapeute
- Autre

3) Quels symptômes ont été les plus difficiles à vivre pour vous, pendant la ménopause?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Bouffées de chaleur
- Troubles de l'humeur (irritable ou triste)
- Sécheresse vaginale, douleur pendant les rapports
- Troubles urinaires : fuites, incontinence
- Trouble de la libido
- Aucun symptôme particulier
- Autre

4) Avez-vous de manière globale bien vécu votre ménopause ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

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

0=Très défavorable, difficultés majeures 3=Moyennement favorable, difficultés non négligeables 5= Vécu très favorable, aucune difficulté particulière

5) Décrivez brièvement votre vécu global de la ménopause

Veillez écrire votre réponse ici :

6) Pensez-vous que si votre médecin généraliste avait abordé le sujet de la ménopause de façon systématique, cela aurait pu vous aider à mieux vivre cette période ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

7) Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) peut être proposé par le médecin traitant ou le gynécologue. Il associe un œstrogène et un progestatif.

L'œstrogène intervient sur les troubles dits « climatiques » (symptômes qui accompagnent les modifications hormonales associées à l'arrêt de la fonction ovarienne : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur) et prévient l'ostéoporose. L'œstradiol, œstrogène naturel, administré par voie percutanée ou transdermique est utilisé.

Le progestatif (progestérone naturelle ou dérivé proche) diminue les risques liés à la prise d'œstrogène à long terme.

Le THM peut être proposé s'il n'y a pas de contre-indications (antécédent de cancer du sein ou d'accident vasculaire cérébral, même transitoire) :

- *Aux femmes dont la ménopause entraîne des troubles climatiques qui altèrent la qualité de vie familiale, sociale, professionnelle ;*
- *Aux femmes confrontées au problème de la ménopause précoce (avant 40 ans), si la cause le permet et ce, jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle (50 ans environ) ;*
- *Pour prévenir la perte de densité osseuse qui conduit à l'ostéoporose et aux fractures associées.*

Avez-vous entendu parler du traitement hormonal substitutif de la ménopause ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

8) En avez-vous bénéficié (du THM) ?

- Oui
- Non

9) Avez-vous bénéficié d'un autre traitement pouvant réduire les symptômes de la ménopause ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Phytothérapie (traitement à base de plantes)
- Traitement hormonal local à base d'œstrogène pour lutter contre la sécheresse vaginale
- Prise en charge de l'incontinence urinaire (kiné spécialisée, médicaments, chirurgie)
- Autre:

10) Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations sur les traitements éventuels des symptômes induits par la ménopause de la part de votre médecin traitant?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Pour les femmes non ménopausées/ en périménopause

1) La ménopause est-t-elle une période qui vous angoisse en tant que femme?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

2) Décrivez en quelques mots votre vision de la ménopause / éventuellement ce qui vous angoisse dans cette période

Veillez écrire votre réponse ici :

3) Savez-vous qu'il existe des traitements spécifiques à la prise en charge des symptômes génito-urinaires pouvant être provoqués par la ménopause : sécheresse vaginale, irritation, fuites urinaires ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

4) Avez-vous entendu parler du traitement hormonal substitutif (THM) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Rappel : Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) peut être proposé par le médecin traitant ou le gynécologue. Il associe un œstrogène et un progestatif.

L'œstrogène intervient sur les troubles dits « climatiques » (symptômes qui accompagnent les modifications hormonales associées à l'arrêt de la fonction ovarienne : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de l'humeur) et prévient l'ostéoporose. L'œstradiol, œstrogène naturel, administré par voie percutanée ou transdermique est utilisé.

Le progestatif (progestérone naturelle ou dérivé proche) diminue les risques liés à la prise d'œstrogènes à long terme.

Le THM peut être proposé s'il n'y a pas de contre-indications (antécédent de cancer du sein ou d'accident vasculaire cérébral, même transitoire) :

- aux femmes dont la ménopause entraîne des troubles climatiques qui altèrent la qualité de vie familiale, sociale, professionnelle ;
- aux femmes confrontées au problème de la ménopause précoce (avant 40 ans), si la cause le permet et ce, jusqu'à l'âge de la ménopause naturelle (50 ans environ) ;
- pour prévenir la perte de densité osseuse qui conduit à l'ostéoporose et aux fractures associées.

5) Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations de la part des professionnels de santé au sujet du traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

En conclusion

- 1) **Pensez-vous, qu'au même titre que le dépistage du cancer du sein ou de l'utérus, les médecins généralistes devraient aborder de manière systématique le sujet de la ménopause auprès des femmes concernées ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

- 2) **Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de la ménopause par les médecins en France ?**

Veillez écrire votre réponse ici :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé : La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la ménopause

Introduction : Chaque année, près de 500 000 nouvelles femmes sont concernées par la ménopause. L'espérance de vie des femmes étant de 85 ans en 2023, elles peuvent espérer passer 1/3 à la moitié de leur vie ménopausée, ce qui fait de la ménopause un sujet de santé publique. L'objectif principal de cette étude était de mesurer les attentes des patientes envers le médecin généraliste pendant la ménopause.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale par questionnaire anonymisé en ligne auprès de 282 femmes âgées de 40 à 65 ans entre septembre et décembre 2023 afin d'évaluer précisément leur vécu de la ménopause et leurs attentes.

Résultats : Notre échantillon était constitué de femmes bien suivies sur le plan gynécologique, avec un niveau socio-professionnel supérieur à la population générale.

30.5% ne se sentaient pas informées sur la ménopause, 40.3% considèrent encore le sujet comme tabou. 63.3% des femmes ménopausées rapportent les bouffées de chaleur comme difficiles à vivre, mais seules 11.6% ont bénéficié du THM.

93.6% des femmes ménopausées s'estimaient à l'aise pour aborder le sujet avec leur médecin généraliste, mais seules 24% l'ont réellement abordé avec lui. 90.4% des femmes adhèrent à un dépistage systématique des symptômes de la ménopause par les médecins généralistes et 95.4% se déclarent favorables à l'existence d'une consultation dédiée à la ménopause sur le modèle de la CCP.

Discussion-conclusion : Il existe une tendance à un sous-traitement des femmes ménopausées par rapport à leurs symptômes. Nous relevons une grande attente des femmes d'obtenir plus d'informations de leur médecin généraliste sur le sujet de la ménopause et un souhait partagé d'avoir accès à une consultation dédiée.

Mots-clés : ménopause - médecin généraliste - attentes - vécu - étude quantitative.