

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul Sabatier-

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 22 MAI 2013

PAR **Katia TEXIER**

CONSULTATION DEDIEE A LA MENOPAUSE :

**ETUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES DE MIDI-PYRENEES**

DIRECTEUR DE THESE : Christine CERNA

JURY :

Monsieur le Professeur Xavier Monroziès

Président

Monsieur le Professeur Yves Rolland

Assesseur

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric

Assesseur

Madame le Docteur Florence Trémollières

Assesseur

Madame le Docteur Christine Cerna

Membre invité

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2012**

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LÉOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M. BISMUTH S.	

M.C.U.

Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, **Monsieur Xavier Monroziès**, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier à l'Hôpital Paule de Viguier. Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. J'espère que ce travail sera la hauteur de vos attentes.

A **Monsieur Yves Rolland**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'hôpital Garonne. Je vous remercie d'avoir accepté si spontanément de juger cette thèse. Pour la richesse de votre enseignement et l'attention que vous portez à vos patients, soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon estime.

A **Monsieur Stéphane Oustric**, Professeur des Universités de Médecine Générale et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci d'être présent pour juger ce travail. Je vous prie de voir dans ce travail toute l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A **Madame Florence Trémollières**, Maître de Conférences Universitaire Praticien Hospitalier à l'Hôpital Paule de Viguier.
Merci d'avoir l'amabilité de siéger à mon jury de thèse, représentant ainsi le point de vue d'un spécialiste de la ménopause. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A notre directrice de thèse, **Madame Christine Cerna**, Médecin Généraliste, Maître de conférence associé à la Faculté de Médecine de Ranguel. Merci d'avoir toujours été présente et de m'avoir soutenue dans ce projet. Merci pour votre disponibilité et votre investissement dans la réalisation de cette thèse. Merci d'avoir enrichi ma pratique et mes connaissances par vos compétences en médecine générale et en gynécologie.

AUX PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DE CETTE THESE

A **Brigitte Escourrou** et **Virginie Latieule**, pour votre aide dans l'initiation de ce travail, pour l'apport de vos réflexions et nombreux conseils, ainsi que pour votre soutien.

A **Julie Dupouy** et **Jean-Pascal Fournier**, pour vos conseils avisés, le temps et l'énergie dépensés dans ce travail.

Je remercie également l'**Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi-Pyrénées**, qui m'a donné la possibilité matérielle de réaliser cette étude.

Aux **Médecins généralistes de Midi-Pyrénées** ayant répondu à notre enquête.

A ma famille,

A mes parents, pour m'avoir permis de faire le métier que j'aime. Merci pour votre soutien, votre patience, votre amour.

A ma sœur que j'aimerais voir plus souvent. En essayant d'être aussi brillante que toi, tu m'as probablement incité à devenir médecin.

A mes grands-parents, oncle et tantes qui ont toujours cru en moi.

A ma cousine et à mon cousin que j'adore.

A ma belle-famille attentionnée qui a été très présente et compte beaucoup pour moi.

A tous mes amis qui m'ont soutenu durant toutes ces années, de près ou de loin. Merci de votre présence, des moments et des fous rires partagés.

A Damien, pour ton soutien quotidien indéfectible durant toutes ces années. Tu as su me soutenir et me supporter tout au long de ces études, dans les moments heureux comme dans les moments plus difficiles.

Merci pour ta patience, ta confiance et ton amour.

A tous nos projets...

TABLE DES MATIERES

Abréviations	2
I- Introduction.....	3
1. Morbi-mortalité liée à la ménopause	3
2. La prévention des conséquences néfastes de la ménopause	5
3. Le rôle du médecin généraliste	6
II- Matériel et méthodes.....	8
1. Type d'étude	8
2. Recueil des données.....	8
3. Analyse statistique.....	10
III- Résultats	10
1. Description de la population.....	10
2. Critère d'évaluation principal : intérêt des médecins à réaliser une consultation dédiée à la ménopause	12
3. Critères d'évaluation secondaires : conditions de réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause	15
4. Contenu d'une consultation dédiée à la ménopause	17
IV- Discussions	21
1. A propos de cette étude.....	21
1.1: Biais	21
1.2 : Méthodologie.....	22
1.3 : Originalité.....	22
2. A propos des résultats	22
2.1 : Intérêt des médecins à réaliser une consultation dédiée à la ménopause	22
2.2 : Conditions de réalisation d'une telle consultation	24
2.3 : Contenu d'une consultation dédiée à la ménopause.....	25
3. Synthèse et perspectives	26
VI-Conclusion	28
Bibliographie.....	29
Annexes.....	34
ANNEXE 1 : Echelle MRS	34
ANNEXE 2 : Questionnaire	35
ANNEXE 3 : Courriel adressé aux médecins.....	39
ANNEXE 4 : Commentaires ou suggestions des médecins ayant répondu à l'enquête	40

ABREVIATIONS

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause

CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EPPM : Etude Permanente de la Prescription Médicale

FCU : frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MRS : Menopause Rating Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

THM : traitement hormonal de la ménopause

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I- Introduction

En tant qu'étape incontournable de la vie des femmes et pour les conséquences qu'elle engendre, la ménopause mérite de s'y intéresser: comment prendre en charge au mieux les femmes ménopausées, maintenant et dans la durée, quelles réponses à leurs éventuels symptômes, quelle place pour la prévention de l'ostéoporose, des maladies cardio-vasculaires, des cancers gynécologiques ?

1. Morbi-mortalité liée à la ménopause

Le devenir d'une femme après la ménopause est marqué par de nombreux facteurs de morbidité que sont notamment l'ostéoporose post-ménopausique, les maladies cardio-vasculaires et les cancers gynécologiques.

L'ostéoporose post ménopausique engendre de nombreuses fractures [1]. L'OMS estime que 35% des fractures sont dues à l'ostéoporose dans les pays industrialisés [2, 3]. Une française sur quatre âgée de 50 ans atteindra 90 ans. Or, si 10% des femmes présentent une ostéoporose à 50 ans, ce chiffre passe à 40% à l'âge de 75 ans concernant 2.8 millions de femmes et un coût estimé à 1 milliard d'euros. Du fait de l'allongement de la durée de vie, cela laisse présager une rapide augmentation de fractures du col du fémur dont la morbi-mortalité est élevée [4, 5].

Pourtant, l'ostéoporose est toujours insuffisamment diagnostiquée en France comme cela a été montré dans l'étude transversale «INSTANT », publiée en 2009 ainsi que dans d'autres études. [6-9].

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les indications de l'ostéodensitométrie (2002) ont permis d'établir les conditions du remboursement ce qui constitue un réel progrès dans le dépistage de cette pathologie [10]. La mesure de la densité minérale osseuse constitue actuellement le moyen le plus fiable d'apprécier le risque fracturaire. Il est donc de notre devoir, à nous, médecins généralistes, de dépister les femmes à risque d'ostéoporose afin de les prendre en charge le plus rapidement possible.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez la femme en France avec près de 77 000 femmes décédées en 2009, soit une femme sur trois décédée d'une maladie cardio-vasculaire [11]. La pathologie cardio-vasculaire est avec

l'ostéoporose un des problèmes de santé favorisés par la carence estrogénique post-ménopausique. Les données épidémiologiques ont établi que la survenue de la ménopause est associée à une perte de l'avantage que la femme possède sur l'homme vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires [12].

En 2006, une méta-analyse de 23 études randomisées comprenant plus de 39 000 femmes a montré un bénéfice significatif du traitement hormonal de la ménopause (THM) lorsque celui-ci était introduit précocement avec une diminution des maladies cardio-vasculaires comparativement au placebo (OR = 0.68 (0.38-0.96)) [13].

Le **cancer du sein** reste le premier cancer chez la femme, en termes d'incidence et de mortalité avec 53 000 nouveaux cas et 11 500 décès estimés en 2011 en France [14]. En 2011, 50% des décès par cancer du sein concernaient les femmes entre 50 et 74 ans. Les progrès thérapeutiques et le dépistage ont permis une augmentation de la survie [15]. Le cancer du sein bénéficie d'un programme national de dépistage organisé [16]. Cependant, le taux de participation en 2009-10 était insuffisant (52,1%) [17].

Le **cancer de l'endomètre** est le cancer gynécologique pelvien le plus fréquent en France. Il se situe au cinquième rang des cancers chez la femme en termes d'incidence avec 6 759 nouveaux cas estimés en 2011 [18]. Ce cancer survient généralement après la ménopause. L'âge moyen des patientes lors du diagnostic se situe à 68 ans. La survie relative à 5 ans est globalement de 76 % [19].

Il n'existe pas de dépistage du cancer de l'endomètre. Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le diagnostic du cancer de l'endomètre, le suivi et la prise en charge des complications, en liaison avec l'équipe spécialisée [20].

En ce qui concerne le **cancer du col de l'utérus**, le pic de mortalité est à 50 ans [21]. La HAS [22] rappelle l'intérêt majeur du dépistage et le rôle important du médecin traitant pour s'assurer qu'il soit bien effectué. En 2011, on estimait à 2810 nouveaux cas et 998 décès. Le dépistage repose sur un frottis cervico-utérin (FCU) réalisé tous les trois ans, après deux frottis annuels normaux, chez toutes les femmes de 25 à 65 ans.

Or, près de 40 % de cette population-cible n'est pas ou est mal dépistée aujourd'hui [22].

Le médecin traitant reste en première ligne pour répondre aux questions que les patientes se posent sur les cancers féminins et leur dépistage [21].

La ménopause s'accompagne également d'autres troubles non associés à une plus grande mortalité mais entravant la qualité de vie des femmes. En effet, la sécheresse vulvo-

vaginale peut favoriser certains **troubles urinaires** [23] tels que les infections urinaires, la dysurie, l'incontinence urinaire, l'impériosité mictionnelle. De même, elle peut entraîner des dyspareunies, une diminution de la libido altérant la qualité de la vie sexuelle.

Le syndrome climatérique [23] représenté notamment par les bouffées vaso-motrices constatées dans plus de 65 % des cas, les troubles du sommeil, les douleurs articulaires, entraînent régulièrement une altération de la qualité de vie et une asthénie chez les femmes ménopausées. L'impact de ces symptômes doit être qualifié et quantifié par l'interrogatoire et au moyen de plusieurs échelles de qualité de vie spécifiques pour la ménopause. Une échelle bien validée au niveau international, la MRS (Menopause Rating Scale), peut être recommandée pour l'usage pratique [24] (cf Annexe 1).

Or ces troubles peuvent être considérablement améliorés par le THM dont les indications et les contre-indications ont été clarifiées par les autorités de santé [25].

Par ailleurs, la carence oestrogénique est suspectée comme étant à l'origine d'une dégradation des **fonctions cognitives** après la ménopause ainsi que dans la survenue de la maladie d'Alzheimer [26].

2. La prévention des conséquences néfastes de la ménopause

Les médecins généralistes ont un rôle clé dans la prise en charge de leurs patientes lors de la ménopause: prévenir et dépister les pathologies liées à celle-ci, principalement les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose qui représentent les deux conséquences délétères majeures de la post ménopause.

L'OMS définit la **prévention** primaire comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. Le médecin généraliste est le mieux positionné pour remplir cette fonction grâce à son accessibilité, la relation de confiance et le suivi du patient, l'approche globale centrée sur la personne, l'aptitude à la résolution de problèmes dans un modèle bio-psycho-social.

Des études réalisées afin de calculer les dépenses liées à la prévention montrent

l'importance que prend celle-ci dans l'activité médicale, notamment en médecine générale [27, 28]. Elle représente 8% des dépenses de soins ambulatoires [29].

Récemment, la thèse du Dr Latioule [30] a permis d'identifier une demande des patientes pour une consultation dédiée à la ménopause. Cette consultation permettrait d'aborder certains sujets dont les femmes n'osent pas parler spontanément et pourrait participer à améliorer la qualité de vie de ces patientes par la prise en charge de certaines problématiques propres à la ménopause. Donner aux femmes la possibilité de parler de leurs problèmes, notamment sexuels ou d'insomnie est un élément fondamental des soins de santé et peut améliorer leur qualité de vie [31,32]. Cette thèse a recueilli par une approche qualitative les attentes des femmes auprès de leur médecin généraliste lors de la ménopause. Les femmes interrogées ont connu déception et amertume, errance thérapeutique et abandon. Elles attendent alors de leur médecin : écoute, information, explication, accompagnement sur un sujet qui demeure tabou.

3. Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un acteur privilégié du système de soins pour parler de la ménopause. En effet, celui-ci représente l'un des interlocuteurs de proximité disponible pour informer les femmes des symptômes et traitements de la ménopause [33].

Une récente thèse [34] (2012) concernant l'activité gynécologique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, a montré un taux de suivi gynécologique faible des femmes par leur médecin traitant. Pourtant, 72.8% des femmes interrogées pensaient qu'il était du rôle de celui-ci de prendre en charge leur ménopause. De même, les données de l'étude Panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) montre que la place du médecin généraliste est majeure lors de la ménopause [35]. En 1999, les patientes avaient consulté pour 52% d'entre elles leur médecin généraliste avec pour motif principal la ménopause et ses conséquences.

Nombre de patientes abandonnent tout suivi gynécologique après leur(s) grossesse(s) mais continuent à consulter leur médecin généraliste régulièrement. La place du médecin

généraliste est alors essentielle, notamment en dehors des agglomérations où l'accès au spécialiste est difficile [36]. L'un des principaux rôles du médecin généraliste concerne la prévention et l'éducation pour la santé du patient. [37, 38].

Cependant, une thèse de 2009 [39] montre que même si globalement les femmes semblent être satisfaites de la relation qu'elles ont avec leur médecin, certaines rapportent un manque d'informations reçues sur la ménopause. D'ailleurs, l'étude de l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM) [40] révélait que, parmi les femmes qui avaient déjà discuté de la ménopause avec leur médecin, c'était plutôt les femmes elles-mêmes qui avaient initié le dialogue. En effet, le médecin n'avait abordé lui-même ce sujet que pour 30% seulement d'entre elles. Ainsi, la ménopause était racontée encore comme un sujet plutôt tabou dans cette étude.

D'autres études viennent corroborer ces propos :

Une étude australienne descriptive de 2008 utilisant la méthode des focus groupes et des interviews téléphoniques montre que les femmes de cette étude ont exprimé le désir d'avoir le contrôle de leurs symptômes et du traitement de ceux-ci lors de la ménopause. Cette étude a mis en évidence un besoin de plus d'information et d'éducation sur la ménopause [41].

Une étude italienne de 2009, avait pour but d'organiser une conférence nationale de consensus afin d'évaluer l'état actuel de la qualité de l'information sur le THM et de revoir les résultats des recherches récentes sur les avantages et risques de ce traitement. Cette conférence de consensus a permis d'identifier certains problèmes au niveau de l'information. Les femmes sont exposées à des messages qui sont souvent partiels, non fondés sur des preuves [42].

Une consultation dédiée à la ménopause réalisée par le médecin généraliste permettrait donc d'améliorer cette communication en créant un temps privilégié pour aborder ce sujet. Celle-ci n'est pas envisageable sans une implication des médecins généralistes.

Notre travail se base sur l'hypothèse de la réalisation possible de cette consultation par le médecin généraliste.

L'**objectif principal** de notre étude était de décrire l'intérêt déclaré des médecins généralistes de Midi-Pyrénées à réaliser une consultation dédiée à la ménopause.

L'objectif secondaire était de connaître les modalités suggérées de réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause par les médecins ayant participé à l'étude.

II- Matériel et méthodes

1- Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive par questionnaire auto administré auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

2- Recueil des données

Le questionnaire que nous avons créé était anonyme.

Il comprenait trois grands items (voir Annexe 2):

- 1) Les caractéristiques socio-démographiques des médecins.
- 2) L'intérêt et les raisons de réaliser ou non une consultation dédiée à la ménopause.
- 3) Les conditions de réalisation d'une telle consultation :
 - comment informer les patientes de l'existence d'une consultation dédiée à la ménopause,
 - comment organiser cette consultation,
 - quelle importance accorder à différents items pouvant être mis en place lors de la consultation,
 - quelle aptitude se reconnaît le médecin face à chacun de ces items,
 - quels éléments pourraient l'aider à réaliser une consultation dédiée à la ménopause,
 - qui pourrait réaliser cette consultation mis à part le médecin généraliste,
 - quelle durée et quelle rémunération semblent nécessaires pour réaliser une telle consultation ?

Le questionnaire comportait neuf questions principales. Sept questions étaient fermées dont cinq avec une réponse libre. Une question était représentée par un tableau à double entrée. Deux questions étaient ouvertes avec une réponse libre. Un espace était disposé en fin de questionnaire afin de recueillir les commentaires éventuels.

Le questionnaire a été testé en début d'un séminaire de formation continue sur le thème de la ménopause. Une trentaine de médecins ont répondu au questionnaire. Les réponses de ceux-ci n'ont pas été incluses dans les résultats mais ont servi à préciser certaines questions.

Le questionnaire a été envoyé par courriel par l'intermédiaire de la plateforme de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) à 1690 médecins généralistes de Midi-Pyrénées inscrits dans les bases de données de l'URPS. Le premier envoi a eu lieu le 26 septembre 2012. Il y a eu une relance 3 semaines après, le 17 octobre 2012. Les réponses ont été clôturées le 16 novembre 2012.

Nous avons inclus toutes les réponses enregistrées, mêmes incomplètes.

Les caractéristiques de la population de médecins généralistes inclus dans l'étude ont été comparées aux données du Conseil National de l'Ordre des Médecins [43] et du Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) relatives aux médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Le SNIIRAM inclut toutes les données de remboursement de soins des patients couverts par les différents régimes de l'Assurance Maladie à l'échelon national. Des données sur les caractéristiques des patients et des prescripteurs sont aussi disponibles. Les caractéristiques des médecins généralistes de Midi-Pyrénées nous ont été fournies par l'URPS de Midi-Pyrénées.

3- Analyse statistique

Les données ont été analysées grâce au programme lime survey.

L'analyse statistique a utilisé le test du Khi-2 pour les variables qualitatives. Nous avons retenu comme seuil de significativité un p-value < à 0,05.

III- Résultats : objectifs de l'étude

Nous avons obtenu 108 réponses sur 1690 questionnaires envoyés, soit 6.4% de réponses. Parmi les réponses obtenues, 92 étaient complètes, soit 85% des réponses. Les 108 réponses obtenues ont été analysées.

1- Description de la population

La majorité des répondants étaient des hommes (cf Tableau 1 et question A du questionnaire en Annexe 2). Trois pour cent des personnes n'ont pas précisé leur genre et leur âge. La majorité des femmes médecins ayant répondu à notre questionnaire étaient plus jeunes que leurs confrères hommes. La répartition des lieux d'exercice était équilibrée. La majorité des médecins exerçait en groupe. La majorité déclarait réaliser des consultations gynécologiques.

En comparaison avec la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées :

Il n'y avait pas de différence significative de répartition des femmes selon l'âge entre les deux populations.

Il existait une différence significative de répartition des hommes selon l'âge entre les deux populations avec une prédominance d'hommes de plus de cinquante ans ayant répondu à notre questionnaire.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins de l'étude et des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

	Médecins de l'étude	Médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées au 01/06/2011 [43]	Médecins généralistes libéraux (données du SNIIRAM)
Nombre total	108	3311	3202
Genre			
- homme	- 62% (67)	- 68%	- 69%
- femme	- 35% (38)	- 32%	- 31%
Age :			
- 30 à 39 ans	- 15% (16)	- 10% (339)	30 à 49 ans :
- 40 à 49 ans	- 13% (14)	- 21% (691)	- 35%
- 50 à 59ans	- 45% (47)	- 42% (1401)	50 ans et plus :
- 60 ans et plus	- 27% (28)	- 27% (880)	- 65%
	28%	31%	
	72%	69%	
Femmes			
- Moins de 50 ans	- 21% (22)		- 17%
- 50 ans et plus	- 15% (16)		- 14%
Hommes			Non significatif
- Moins de 50 ans	- 8% (8)		- 18%
- 50 ans et plus	- 56% (59)		- 51%
			Différence significative
Installation (nombre d'années) :			
- Moins de 10 ans	- 18% (19)		
- 10 à 20 ans	- 16% (17)		
- 20 à 30 ans	- 38% (40)		
- Plus de 30 ans	- 28% (29)		
Secteur d'installation :			
- Rural	- 30% (31)		
- Semi-rural	- 37% (39)		
- Urbain	- 33% (35)		
Mode d'exercice :			
- Seul	- 37% (39)		
- En groupe	- 63% (66)		
Réalise des consultations de gynécologie	Oui 78% (82) Non 22% (23)		

2- Intérêt des médecins à réaliser une consultation dédiée à la ménopause

La majorité des médecins généralistes (63%) se déclarait intéressée par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause. Bien qu'en pourcentage les femmes paraissent plus intéressées que les hommes par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause, il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes (cf tableau 2 et question B du questionnaire en Annexe 2). Il n'y a pas non plus de différence significative d'opinion par tranche d'âge de dix ans. En revanche, les moins de cinquante ans sont très significativement plus intéressés par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause. Les médecins exerçant en groupe paraissent plus intéressés par cette consultation de façon significative.

Six pour cent des médecins se sont abstenus de répondre.

Tableau 2 : Intérêt des médecins généralistes de réaliser une consultation dédiée à la ménopause en fonction de leurs caractéristiques

Intéressé(e)s par consultation dédiée à la ménopause	OUI	NON	Degré de significativité
Globalement	63% (68)	31% (34)	
Genre : - Femmes - Hommes	- 72% (27) - 61% (41)	- 28% (10) - 36% (24)	Non significatif
Age : - 30 à 39 ans - 40 à 49 ans - 50 à 59ans - Plus de 60 ans - Moins de 50 ans - 50 ans et plus	- 75% (12) - 79% (11) - 60% (28) - 61% (17) - 77% (23) - 58% (45)	- 25% (4) - 21% (3) - 36% (17) - 36 % (16) - 23% (7) - 42% (33)	Non significatif Significatif
Installation (nombre d'années) : - Moins de 10 ans - 10 à 20 ans - 20 à 30 ans - Plus de 30 ans	- 74% (14) - 82% (14) - 58% (23) - 59% (17)	- 26% (5) - 18% (3) - 38% (15) - 38% (11)	Non significatif
Secteur d'installation : - Rural - Semi-rural - urbain	- 61% (19) - 67% (26) - 66% (23)	- 39% (12) - 31% (12) - 29% (10)	Non significatif
Mode d'exercice : - Seul - En groupe	- 51% (20) - 75% (48)	- 46% (18) - 25% (16)	Significatif

Nous avons étudié les raisons de l'intérêt des médecins à la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause, ce qui a permis la mise en évidence de freins.

Les raisons pour lesquelles les médecins généralistes seraient intéressés par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause étaient par ordre d'importance :

- L'amélioration de la **prise en charge globale** des patientes ménopausées (51%)
- L'amélioration de la **prévention** de certaines pathologies (ostéoporose, maladies cardio-vasculaires...) (41%)
- Apporter une réponse aux demandes des patientes (34%)
- L'amélioration de la qualité de vie des patientes en analysant les conséquences délétères sur leur vie (31%)
- Un gain du temps (éviter les consultations à motifs multiples) (24%)

Les raisons citées par les médecins interrogés non évoquées dans le questionnaire étaient:

- « *Lutter contre la médicalisation de cet épisode de la vie* »
- « *C'est le rôle du médecin généraliste* »

Les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne seraient pas intéressés par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause étaient par ordre d'importance :

- Une consultation unique ne suffirait pas car les symptômes évoluent dans le temps (28%)
- Autre raison (26%)
- Manque de temps (13%)
- Manque de demandes des patientes (13%)
- Manque d'intérêt pour ce sujet (9%)
- Ils ne font pas de gynécologie (6%)
- Manque de formation sur le sujet (4%)

Les raisons citées par les médecins interrogés non évoquées dans le questionnaire étaient:

- *Absence de nécessité d'une consultation spécifique (7 réponses)*
- *Type de Consultation réalisée par un autre médecin (généraliste formé ou gynécologue) (2 réponses)*

- *La Ménopause n'est pas une maladie, il n'y a pas de traitement (2 réponses)*
- *Une consultation unique ne suffirait pas (2 réponses)*
- *Le médecin interrogé réalise peu de consultations gynécologiques (1 réponse)*

Devant l'importance des autres raisons citées, nous avons décidé de regrouper l'ensemble des causes. Voici les raisons évoquées par les médecins à la non réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause :

- **Une consultation unique ne suffirait pas** car les symptômes évoluent dans le temps (32%)
- Une consultation spécifique n'est pas nécessaire (13%)
- Manque de temps (13%)
- Manque de demandes des patientes (13%)
- Ce type de consultation est réalisé par un autre médecin (11%)
- Manque d'intérêt pour ce sujet (9%)
- Ils ne font pas de gynécologie (6%)
- La ménopause n'est pas une maladie, il n'y a pas de traitement (4%)
- Manque de formation sur le sujet (4%)

3- Conditions de réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause

Tout d'abord, nous avons demandé aux médecins **comment informer les patientes** d'une telle consultation.

Trois moyens principaux ont recueilli le plus de réponses positives: en parler lors d'une consultation pour un autre motif (32%), l'envoi d'un courrier à la patiente par la sécurité sociale qui reconnaîtrait et coterait cette consultation (29%), l'apposition d'une affiche dans la salle d'attente (25%). Un autre moyen soumis aux médecins était l'information des patientes par une campagne télévisée ; celui-ci n'a recueilli que 7% des réponses.

Concernant la question sur **l'organisation dans le temps** de la consultation, une majorité relative (44%) a déclaré qu'il faudrait organiser un forfait de plusieurs consultations, puis

organiser une consultation annuelle (25%), ou une consultation qui serait précédée d'un questionnaire à remplir par la patiente (23%). Huit pour cent des médecins ont choisi la réponse « autre ».

Les propositions non évoquées dans le questionnaire étaient:

- « *ce n'est pas une maladie* »
- « *une consultation dédiée, suivie de plusieurs autres pour l'évolution* »
- « *selon la demande de la patiente* »
- « *En ne l'organisant pas* »
- « *programme individualisé* »
- « *s'intègre au suivi gynéco classique* »
- « *????* »

Les **éléments qui pourraient aider** les médecins à mettre en place une consultation dédiée à la ménopause étaient principalement des référentiels d'aide (56%) et une formation médicale continue (49%) concernant le sujet. Ils étaient un peu moins nombreux à souhaiter utiliser des questionnaires écrits d'aide à l'anamnèse (37%) ou à vouloir améliorer la formation médicale initiale (22%). Enfin, ils n'étaient que 11% à souhaiter la création d'un réseau ménopause et 7% celle d'une fiche de liaison avec un spécialiste.

Les éléments non évoqués dans le questionnaire étaient :

- « *du bon sens* »
- « *Rien* »
- « *je ne soutiens pas l'idée d'une consultation unique, une patientèle réagit rarement avec un médecin traitant comme un troupeau de mouton avec un berger, cqfd rares seront les patientes de la génération qui va devenir ménopausée qui viendra sur convocation à une consultation dédiée "ménopause".* »
- « *me changer le cerveau* »
- « *groupe de travail dans la maison de santé* »

Concernant les **professions** pouvant réaliser la consultation, les trois quarts (75%) des

médecins interrogés pensent que la personne la plus adaptée pour réaliser cette consultation dédiée à la ménopause serait le médecin généraliste lui-même. La moitié d'entre eux (53%) pense que le gynécologue pourrait aussi réaliser cette consultation, alors qu'ils sont moins d'un tiers (32%) à penser qu'une sage-femme ou un réseau de professionnels serait compétent en ce domaine.

Aucun médecin n'a cité d'autre profession.

La **durée** d'une consultation dédiée à la ménopause serait variable entre 20 et 75 minutes. Cependant, plus de deux tiers (70%) d'entre eux situent la durée de cette consultation entre trente et quarante-cinq minutes. La médiane se situe à 30 minutes et la moyenne est de 38.5 minutes.

Les commentaires de cette question étaient :

- « *ne sait pas* »
- « *10 ans de relations régulières* »
- « *beaucoup trop de temps qu'il est difficile à dégager et à chiffrer* »
- « *deux fois vingt minutes et bilan à 6 mois de trente minutes* »
- « *Je ne suis pas favorable à la création d'une consultation dédiée à la ménopause* »
- « *je n'en fais pas* »

De même, nous avons interrogé les médecins sur les **honoraires** qui pourraient être appliqués.

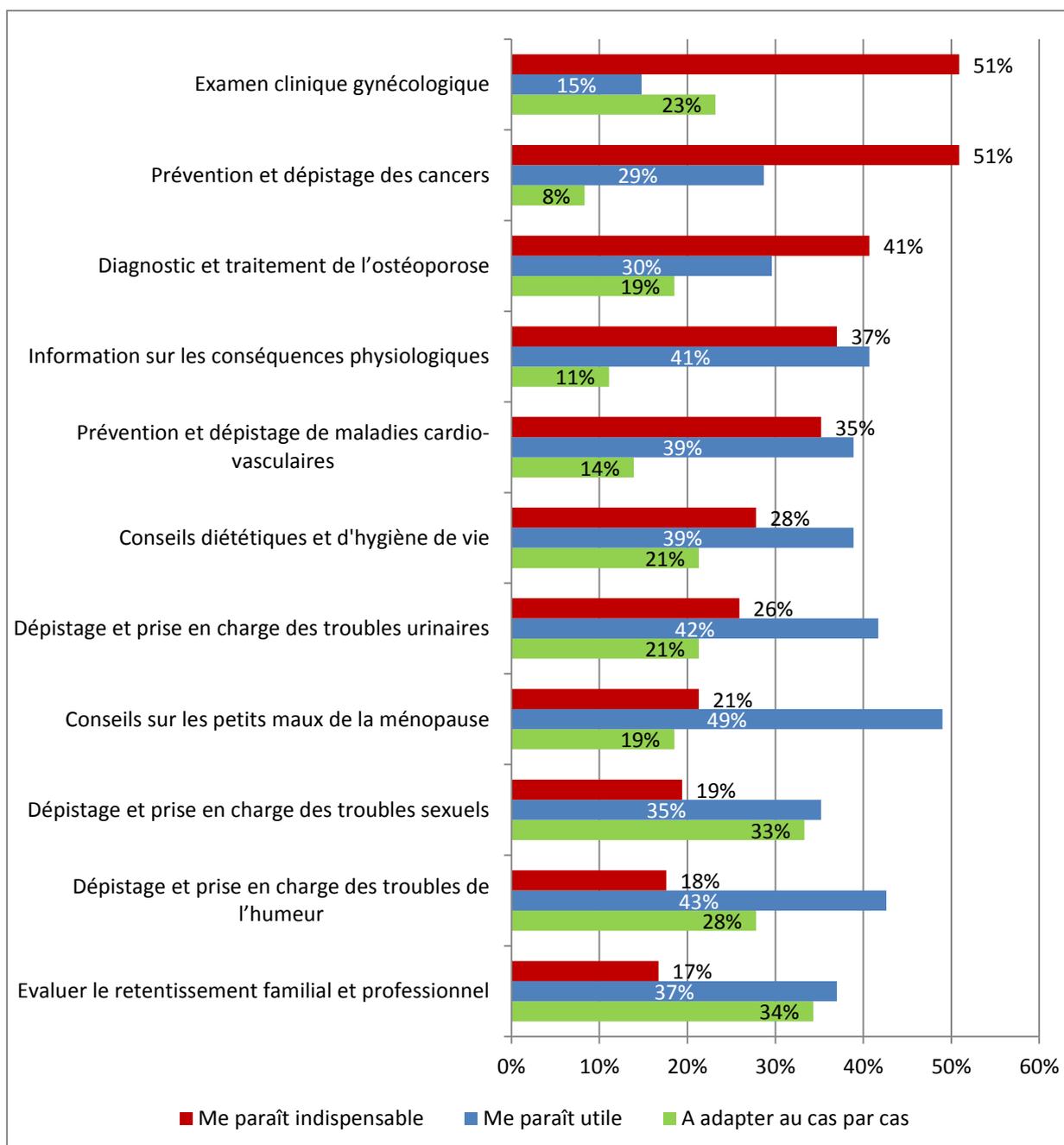
On constate que les avis sont assez divergents : les médecins interrogés ont situé le prix de ce type de consultation entre celui d'une consultation usuelle (23 euros) et plus de 92 euros. La médiane est à 46 euros et la moyenne est de 53 euros.

4- Contenu d'une consultation dédiée à la ménopause

La question F du questionnaire (cf Annexe 2) abordait deux thèmes :

- La liste des items qui pouvaient être abordés lors d'une consultation dédiée à la ménopause et qui ont été soumis à l'avis des médecins. Les résultats sont présentés dans la figure 1.
- Une auto-évaluation personnelle de leur compétence face à chacun de ces items. Les résultats sont présentés dans la figure 2.

Figure 1. Position des médecins par rapport à l'utilité de chacun des items:



Au total, ce qui paraît indispensable à plus de la moitié des médecins concerne :

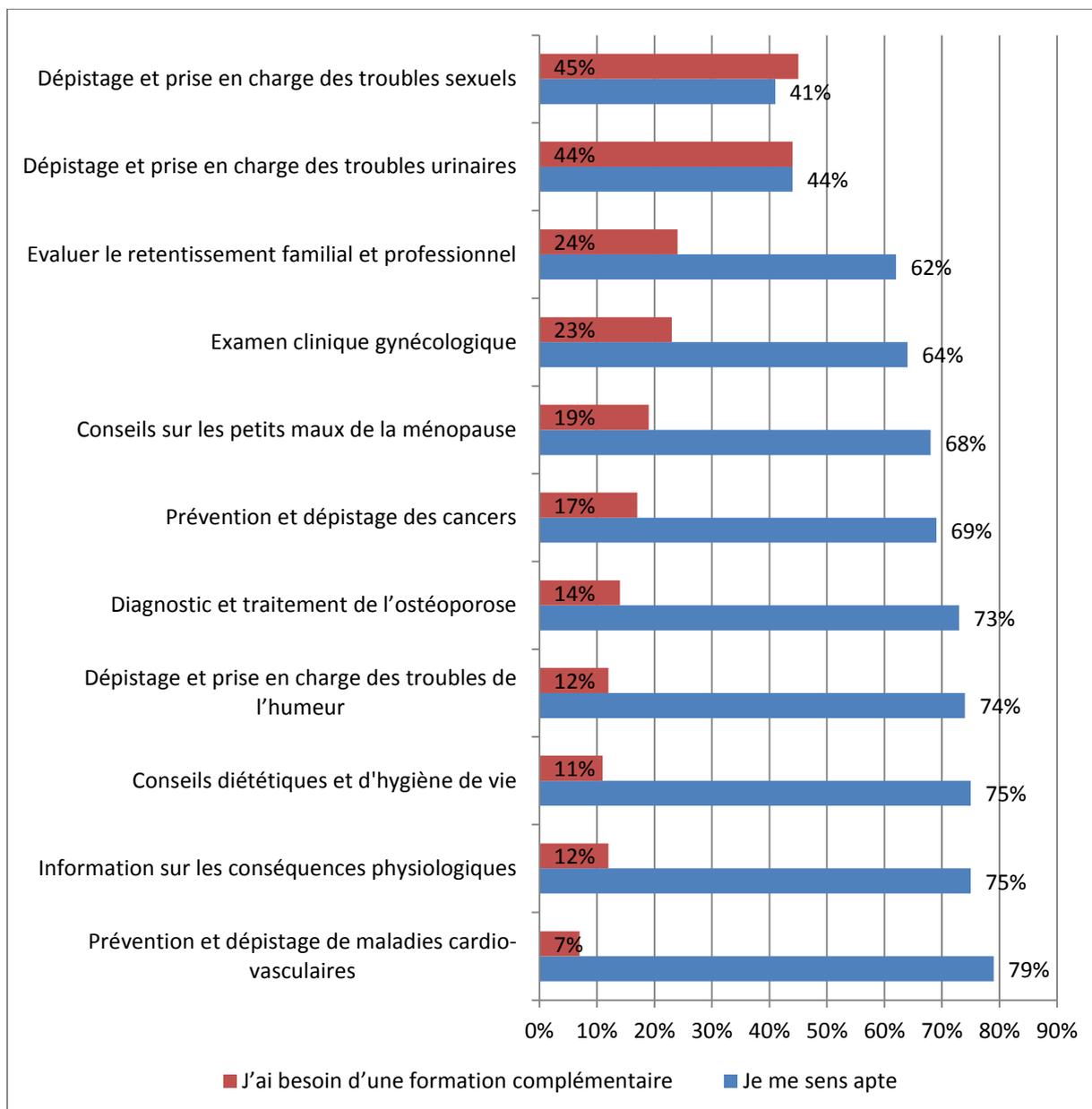
- La prévention et le dépistage des **cancers** selon les recommandations de la HAS
- **L'examen clinique** gynécologique

Plus d'un tiers des médecins interrogés a déclaré que les items suivants seraient indispensables dans une consultation dédiée à la ménopause :

- Le diagnostic et le traitement de l'**ostéoporose**

- L'information sur les conséquences physiologiques de la ménopause
- La prévention et le dépistage des **maladies cardio-vasculaires**

Figure 2. Position des médecins par rapport à leur compétence pour chacun des items:



Globalement, les médecins interrogés s'estimaient compétents pour pratiquement tous les items cités. En revanche, près de la moitié d'entre eux déclarait avoir besoin d'être mieux formés pour dépister et prendre en charge les troubles **urinaires et sexuels**.

IV- Discussions et commentaires

Notre étude a montré que l'idée d'une consultation dédiée à la ménopause était plébiscitée par plus de 60% des médecins généralistes de Midi Pyrénées ayant participé à notre étude. La réalisation de celle-ci impliquerait une identification particulière de cette consultation avec un ou des temps de consultation dédiés plus longs que les temps usuels de consultation et une rémunération particulière.

1. A propos de cette étude

1.1 Biais

Il existe un biais de sélection dû au faible nombre de médecins ayant répondu au questionnaire : il s'agit donc d'un groupe limité à l'intérieur de la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Ainsi, l'échantillonnage peut être sujet à critique du fait du caractère volontaire des participants. En effet, les médecins ayant répondu au questionnaire étaient probablement d'avantage intéressés par le sujet que ceux qui n'ont pas répondu. L'effet de ce biais de sélection sur notre résultat principal aurait pu nous faire surestimer l'intérêt des médecins pour cette consultation dédiée.

Au taux de répondants déjà faible dans cette étude, s'ajoutent des non-réponses ou des réponses incomplètes ce qui amoindrit la puissance de l'étude. Un certain nombre de médecins (5.6%) n'a pas répondu à la question « Seriez-vous intéressé par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause ? » alors qu'elle paraît essentielle dans notre questionnaire.

Malgré ce faible taux de participation, on peut souligner que les caractéristiques de notre population d'étude étaient proches de celles des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Ceci plaide pour la représentativité de notre échantillon de médecins généralistes.

Une plus forte proportion d'hommes de plus de cinquante ans a répondu à notre questionnaire par rapport à la proportion d'hommes médecins en Midi-Pyrénées. On peut se demander si les médecins hommes jeunes ne se sentiraient pas moins concernés ou au contraire si les médecins hommes plus âgés auraient plus affaire à cette population ou se

sentiraient plus concernés par la ménopause.

En raison du faible nombre de répondants et du biais de sélection, et malgré une apparente représentativité de notre échantillon, la prudence nous incite à ne pas généraliser nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

1.2 Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive déclarative transversale par questionnaire préétabli. Une autre perspective aurait été d'employer une approche qualitative qui permettrait d'explorer plus précisément les freins et les barrières à la mise en place d'une consultation dédiée à la ménopause.

1.3 Originalité

Il s'agit d'une étude originale unique puisque nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire dans notre recherche bibliographique. Elle fait suite à une étude également originale du Dr Latieule.

2. A propos des résultats

2.1 : Intérêt des médecins à réaliser une consultation dédiée à la ménopause

Notre étude a montré qu'une majorité de médecins interrogés se déclarait intéressée par une consultation dédiée à la ménopause, notamment chez les médecins les plus jeunes (moins de cinquante ans) et ceux exerçant en groupe. Or ces deux entités représentent l'avenir de la médecine générale. En effet, les médecins de moins de 50 ans ont encore une quinzaine d'années de travail devant eux et le travail en groupe est le mode de travail de plus en plus plébiscité par les médecins comme l'a montré l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) [44]. C'est une réponse favorable et positive aux plébiscites exprimés par les femmes dans l'étude du Dr Latieule.

Pourquoi cette différence d'opinion ? On peut envisager l'hypothèse que les médecins en fin de carrière sont moins enclins à modifier le type de consultation qu'ils ont mis en place au cours des années. De même, un médecin exerçant seul a probablement plus de difficultés à réorganiser son temps de travail.

Nous avons constaté une plus forte proportion d'hommes de plus de cinquante ans dans

notre échantillon par rapport à la proportion d'hommes médecins de plus de cinquante ans en Midi-Pyrénées. Pourtant dans la réponse pour ou contre la consultation dédiée à la ménopause, les plus de cinquante ans sont plus défavorables à celle-ci. Il est probable que les médecins de plus de cinquante ans comptent plus de femmes ménopausées dans leur patientèle donc soient plus intéressés par le sujet, sans souhaiter pour autant mettre en place une consultation dédiée à la ménopause.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les opinions des hommes et des femmes. Les hommes seraient ainsi autant intéressés que les femmes par la ménopause.

Le secteur d'installation ne représente pas non plus un facteur de divergence d'opinion.

Les médecins généralistes paraissent conscients de l'importance de mieux diagnostiquer des pathologies liées à la ménopause comme les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose. De même, ils ont pris en compte l'importance d'une prise en charge globale du patient.

Il apparaît aussi qu'ils sont conscients de l'attente des patientes puisque plus d'un tiers d'entre eux souhaiterait mettre en place ce type de consultation afin de satisfaire leur demande. La qualité de vie représente également un élément important pour environ un tiers des médecins interrogés.

Les **freins** à la mise en place d'une consultation dédiée à la ménopause sont divers.

Ainsi, on constate que les médecins n'étant pas intéressés par la mise en place d'une telle consultation le sont pour diverses raisons regroupant des convictions personnelles et des problèmes plus pragmatiques d'organisation du temps de travail.

D'une part, certains d'entre eux ne souhaitent pas créer une consultation spécialisée ou ne le peuvent pas par manque de temps. On peut imaginer qu'ils réalisent déjà le dépistage des pathologies graves comme l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires dans des consultations de routine. D'autres n'ont pas perçu de demande de leurs patientes, ne sont pas formés à ce type de consultation et/ou délèguent la prise en charge gynécologique de leurs patientes à un confrère.

On peut se demander si le fait que certains médecins n'aient pas pris la mesure des conséquences de la ménopause, n'a pas pour prétexte le fait que ce ne soit pas une maladie. En effet, cet argument revient souvent chez les médecins non favorables à la création d'une consultation dédiée à la ménopause. Comme la grossesse, la ménopause est

physiologique, mais elle peut engendrer de graves complications, du moins des interrogations ou une altération de la qualité de vie des femmes et mérite qu'on y prête attention. D'ailleurs, dans la thèse du Dr Latioule, les femmes interrogées ont perçu un encadrement médical à ces deux périodes de la vie bien différent l'un de l'autre. Ainsi, la grossesse et l'accouchement paraissent suivis, soutenus, accompagnés alors que la ménopause est vécue comme un abandon, une période de solitude, de doutes et d'incertitudes.

2.2 : Conditions de réalisation d'une telle consultation

Concernant **l'information des patientes** sur la mise en place d'une consultation dédiée à la ménopause, les avis divergent. On peut imaginer que chaque médecin choisirait le mode d'information qui lui conviendrait le mieux. Mais il semblerait que les médecins se sentent bien placés pour initier cette consultation eux-mêmes. Il semblerait également qu'ils aient confiance dans le dépistage de masse mis en place par l'assurance maladie car environ un tiers d'entre eux plébiscite un courrier envoyé par la Sécurité Sociale. On peut citer l'exemple de DOC 31 en Haute-Garonne qui se charge du dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal.

Concernant **l'organisation de la consultation**, il apparaît clairement que plusieurs consultations seraient nécessaires, ce qui nous semble pertinent. Cette consultation permettrait d'initier la prise en charge et de libérer la parole des femmes, ce qui entraînerait d'autres consultations dédiées si nécessaires. Là encore, chaque médecin pourrait s'organiser comme il l'entend en s'adaptant bien sûr à chaque patiente.

Nous avons cité un certain nombre d'exemples pour **aider** les médecins à réaliser une consultation la plus approfondie possible. Les médecins interrogés ont été surtout sensibles à un référentiel ou questionnaire d'aide et à l'amélioration de leur formation par la formation médicale continue. Une minorité d'entre eux plébiscite la création d'un réseau ou une fiche de liaison avec un spécialiste.

On constate que les médecins généralistes se désignent eux-mêmes comme les plus aptes à diriger une telle consultation. La moitié d'entre eux fait confiance aux gynécologues alors

que moins d'un tiers d'entre eux estime les sages-femmes ou un réseau pluri-professionnel compétents pour celle-ci. Les médecins généralistes sont donc conscients de leur rôle central dans la prise en charge des patientes.

La **durée** estimée de cette consultation dédiée à la ménopause paraît longue avec une moyenne de 38 minutes, ce qui est beaucoup plus long qu'une consultation usuelle. On comprend que cette consultation, lorsqu'elle n'est pas prévue, puisse être difficile à inclure dans l'emploi du temps d'un médecin généraliste.

De plus, ce type de consultation n'est pas prévu dans la nomenclature des actes médicaux. Cela soulève donc la question du mode de **rémunération** de cette activité en cas de généralisation.

2.3 : Contenu d'une consultation dédiée à la ménopause

Quant au **contenu** de cette consultation, nous avons tenté d'être exhaustive en listant onze items différents. Cela peut paraître difficilement envisageable en une seule consultation. Ce qui paraît indispensable aux médecins interrogés concerne la réalisation d'un examen clinique gynécologique avec le dépistage des cancers gynécologiques. Ensuite, le dépistage de l'ostéoporose, des maladies cardiovasculaires et l'information des patientes sur les conséquences physiologiques de la ménopause semblent utiles, voire indispensables.

Enfin, les items suivants paraissent secondaires, à adapter à la patiente (conseils sur les petits maux de la ménopause, dépistage et prise en charge des troubles urinaires, dépistage et prise en charge des troubles sexuels, conseils diététiques et d'hygiène de vie, dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur, évaluation du retentissement familial et professionnel).

Globalement, les médecins interrogés s'estiment **compétents** pour la majorité des items cités. En revanche, près de la moitié d'entre eux aurait besoin d'être mieux formés pour dépister et prendre en charge les troubles urinaires et sexuels. On note ainsi un manque de formation en médecine générale concernant ces deux items. Ces données reposant uniquement sur des données déclaratives sont sujettes à caution car elles peuvent être dues à un biais d'information.

3. Synthèse et perspectives :

Il apparaît que l'**organisation du temps de travail** va devenir un enjeu majeur dans les prochaines années du fait de la diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire français. De plus, une part non négligeable de la gynécologie incombera aux médecins généralistes ou aux sages-femmes du fait de la raréfaction des gynécologues médicaux [45, 46].

Les **compétences gynécologiques des médecins généralistes** devraient être mises en avant auprès des patientes afin qu'elles puissent s'adresser à eux librement.

De leur côté, les médecins généralistes doivent se perfectionner dans le domaine de la gynécologie et proposer à leurs patientes de réaliser leur suivi. Des solutions existent pour une meilleure prise en charge des patientes dont notamment les questionnaires écrits d'aide à l'anamnèse, l'utilisation d'un référentiel d'aide, l'amélioration de la formation médicale initiale, l'accès à des formations médicales continues.

Comme les sociétés savantes et l'HAS le rappellent, un interrogatoire et un examen clinique minutieux associés à l'écoute de la patiente sont la base d'une prise en charge personnalisée. Le rôle du médecin reprend ainsi toute son importance vis à vis du dépistage et de la prévention de pathologies apparaissant dans les années qui suivent la ménopause.

En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations pour développer une **éducation thérapeutique** « intégrée » à la pratique de la médecine générale [47, 48]. Ces recommandations s'inscrivent dans une évolution législative, illustrée par les lois sur la santé publique et l'Assurance maladie de 2004 et par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 [49].

Pourtant, malgré ces objectifs ambitieux, les résultats de la politique de prévention sont décevants. Le système de santé et la formation médicale orientés essentiellement vers le curatif persisteraient à négliger le préventif [50]. Ainsi, après audition, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) a pu identifier plusieurs difficultés : des priorités trop nombreuses et mal identifiées, une absence de pilotage tant national que local, une coordination insuffisante entre les acteurs qui concourent à la prévention, une diffusion parcellaire des données de santé.

Le mode de rémunération français incite à accroître le nombre d'actes pratiqués au profit

de consultations de prévention plus chronophages. C'est pourquoi de nouveaux modes de rémunération ont été introduits dans l'objectif d'une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique : création de forfaits pour le suivi des patients en affection longue durée et pour la permanence des soins, introduction du paiement à la performance avec la mise en œuvre du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) relayé par la convention 2011, expérimentation de nouveaux modes de rémunération. La convention 2011 [51] basée sur une rémunération par objectifs comporte notamment un axe « prévention » et un axe « suivi des maladies chroniques ». Cependant, seule la prévention du cancer du sein représente un des objectifs de la prévention des femmes [52].

Malgré ces changements, les politiques de santé actuelles, en continuant à encourager plutôt une médecine quantitative que de qualité, ne permettraient pas de réunir les conditions nécessaires à un tel exercice. Les départs à la retraite de nombreux médecins généralistes et gynécologues non remplacés et les restrictions budgétaires ne faciliteront pas les démarches préventives et éducatives qui demeurent chronophages. En effet, des consultations dédiées telles que celle proposée concernant la ménopause demandent des consultations longues qui paraissent difficilement réalisables en routine.

Le médecin généraliste reste le **premier interlocuteur**. Cette place est confortée par le paysage médical actuel. En effet, rappelons que la gynécologie-obstétrique est une spécialité en voie de désertification, dans laquelle, par nécessité, le versant chirurgical et obstétrical prend de plus en plus de place, aux dépens de la gynécologie médicale. Il apparaît clairement que d'ici une dizaine d'années, les médecins généralistes porteront donc en grande partie la responsabilité de la prise en charge de la ménopause. Pourtant l'analyse de notre étude soulève plusieurs difficultés qui devront être prise en compte. Comme nous l'avons déjà vu, de nombreuses questions restent donc en suspens dont la principale reste de savoir si, dans l'avenir, les médecins généralistes auront à leur disponibilité les moyens nécessaires à une prise en charge optimale des femmes ménopausées.

VI-Conclusion

La ménopause est une phase physiologique dans la vie des femmes.

Pourtant, certaines vont souffrir de bouffées de chaleur invalidantes, tandis que d'autres n'auront aucun symptôme. Certaines développeront une ostéoporose ou des maladies cardio-vasculaires, d'autres non. Ses conséquences délétères à plus ou moins long terme varient donc considérablement d'une femme à l'autre. Toutefois, chaque femme a le droit de bénéficier d'informations, de conseils, d'un dépistage personnalisé lors de cette période. C'est ce qu'elles souhaitent lorsqu'on prend la peine de les interroger.

Ce rôle est souvent dévolu au gynécologue qui les suit. Cependant, force est de constater que le nombre de gynécologues médicaux décroît, et que certaines femmes n'ont pas de suivi gynécologique. Il est donc indispensable que nous, médecins généralistes, puissions également intervenir à cette période de leur vie. En allant dans le sens d'une prise en charge personnalisée et globale de la femme ménopausée, le médecin généraliste représente l'interlocuteur privilégié.

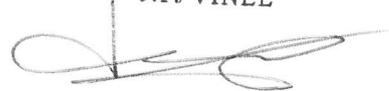
Notre étude montre que plus de 60% des médecins interrogés seraient prêts à développer une consultation dédiée à la ménopause. Nous avons tenté de définir les modalités de mise en place d'une telle consultation. Les médecins de l'enquête mettent en avant l'importance de la réalisation d'un examen clinique gynécologique, la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques, le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose, la prévention et le dépistage de maladies cardio-vasculaires, l'information sur les conséquences physiologiques de la ménopause. Globalement, ils s'estiment compétents pour la majorité des items cités au-dessus. En revanche, plus de la moitié d'entre eux aurait besoin d'être mieux formée pour dépister et prendre en charge les troubles urinaires et sexuels.

Devant le nombre important d'objectifs à réaliser lors de cette consultation, la majorité des médecins fixe la durée de celle-ci de trente à quarante-cinq minutes, avec une rémunération appropriée.

L'évolution démographique médicale permettra-t-elle de mettre en place ce genre de consultation dans laquelle l'information et la prévention tiendraient une place prépondérante ?

Vu le Président du Jury

Toulouse, le 19.04.2013



Bibliographie

[1] CNGOF. La ménopause. [En ligne]. 2007 [Consulté le 11 octobre 2012] ; [7 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle2/download/menopause.pdf>.

[2] OMS. Ostéoporose: les organisations sanitaires et chacun de nous doivent agir dès maintenant pour éviter une épidémie qui menace. [En ligne]. Communiqué du 11/10/99. [Consulté le 11 octobre 2012]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/inf-pr-1999/fr/cp99-58.html>

[3] OMS. L'OMS demande de mettre l'accent sur la promotion de la santé chez la femme. [En ligne]. Juillet 2002. [Consulté le 14 octobre 2012]. Consultable à l'URL : <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/note02/fr>

[4] Mallemont C. Congrès fmc-Action. La femme, sa ménopause : place du médecin généraliste. 2012 Jun 15-16; Toulouse, France.

[5] Johnell, O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis international*. 17, n° 12 (Dec 2006): 1726-33.

[6] Juby AG, De Geus-Wenceslau CM. Evaluation of osteoporosis treatment in seniors after hip fracture. *Osteoporosis international*. 13, n° 3 (Mar 2002): 205-10.

[7] Lespessailles E, Cotté FE, Roux C, Fardellone P, Mercier F, Gaudin AF. Prevalence and features of osteoporosis in the French general population: the Instant study. *Joint, bone, spine: revue du rhumatisme (Elsevier Masson SAS)* 76, n° 4 (Jul 2009): 394400.

[8] Roux C, MCCloskey E. Unmet medical need in the management of postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos. Int.* January 2011, Volume 22, Issue 1, p 27-35.

[9] Roux C, Cooper C, Diez-Perez A, Martinez L, Ortolani S, Gitlin M et al. Prevalence of osteoporosis and fractures among women prescribed osteoporosis medication in five European countries: the POSSIBLE EU. *Osteoporos. Int.* 2011, Vol. 22, Issue 4 p1227-1236, 10p.

[10] Anaes. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluations des pratiques professionnelles. Diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées. [En ligne]. 2004 Juillet. [Consulté le 21/03/2012] ; [10 pages]. Consultable à l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-08/diagnostic_de_losteoporose_chez_les_femmes_menopausees_rapport_2004.pdf

[11] INSEE. Principales causes de décès en 2009. [En ligne]. [Consulté le 11 février 2013]. Consultable à l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205

[12] La ménopause. [En ligne]. [Consulté le 20 novembre 2012] ; [15 pages].

Consultable à l'URL :

http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/55_poly_1_menopausee.pdf

[13] André G. THM et cœur. Les effets cardio-vasculaires sont-ils dépendants de la voie d'administration et de la dose d'oestrogènes ? In : André G, Boubli L, Buhler M, Drapier-Faure E, faure M, Gompel A, Letombe B, Lopès P, Trémollières F, dir. GEMVI ; 23-24 novembre 2012; Lyon.

[14] Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Le dépistage organisé du cancer du sein. [En ligne]. [Consulté le 12 février 2013]. Consultable à l'URL :

<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/23-depistage/47-depistage-cancer-sein.html>

[15] INCa. Le cancer du sein : état des lieux en 2012. Septembre 2012.

[16] HAS. Dépistage organisé du cancer du sein. Février 2012.

[17] HAS. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. [En ligne]. Février 2012 [Consulté le 12 février 2013]. Consultable à l'URL :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1197131/depistage-organise-du-cancer-du-sein.

[18] Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. [En ligne]. Juin 2011. [Consulté le 15 février 2013]. [80 pages]. Consultable à l'URL : http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport_mortalite_cancer.pdf.

[19] Cancer de l'endomètre. Rapport intégral. [En ligne]. Novembre 2010 [Consulté le 15

février 2013]. [92 pages]. Consultable à l'URL :
<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360/4211-survie-des-patients-atteints-de-cancers-enfrance-linca-dresse-un-etat-des-lieux>.

[20] HAS. Guide ALD. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de l'endomètre. [En ligne]. Décembre 2010. [Consulté le 17 février 2013]. [38 pages]. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/ald_30_gm_endometre_inca_has_web.pdf.

[21] HAS. Guide ALD. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer invasif du col utérin. [En ligne]. Janvier 2010. [Consulté le 17 février 2013]. [40 pages]. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf.

[22] Hittinger MC, Morin A. Cancers féminins : le médecin traitant invité à jouer un rôle accru. FOCUS. HAS Actualités & Pratiques. [En ligne]. Décembre 2010. [Consulté le 17 février 2013] ; 24. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_998976/cancers-feminins-le-medecin-traitant-invite-a-jouer-un-role-accru?xtmc=&xtcr=2.

[23] Drapier-Faure E, Jampin C. La ménopause. Paris : Doin ; 2003.

[24] AFEM. Prise en charge de la femme ménopausée: place du traitement hormonal. Reprod Hum. 2007 Mars. D'après les conclusions des journées de l'AFEM de 2006 Nov, 20, p 384- 391. Consultable à l'URL : www.menopauseafem.com

[25] Afssaps. Le traitement hormonal de la ménopause (THM). [En ligne]. [Consulté le 9 janvier 2012] Consultable à l'URL :
<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/Traitement-Hormonal-de-la-Menopause-THM>.

[26] Lopes P, Trémollières F. Ménopause et andropause. Rev Prat. 2012 Mar ; 62(3), p. 400.

[27] Le Fur P, et al. Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire. DREES. Études et Résultats. 2003;247:1-8.

[28] Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine générale. France 1992. CREDES. 1994;1008.

[29] SFMG. Annuaire statistique 95/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. La lettre de la médecine générale. 1998;52.

[30] Latieule V. Le point de vue des femmes sur la relation médecin généraliste-patiente à la ménopause: vécu et attentes. Toulouse: Université Paul Sabatier (Toulouse), 2012, 75p.

- [31] Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact of quality of life. *Maturitas*. 2009 Jun 20; 63(2): 138-41.
- [32] Joffe H, Massler A, Sharkey KM. Evaluation and management of sleep disturbance during the menopause transition. *Semin Reprod Med*. 2010 Sep; 28(5):404-21.
- [33] Mosconi P, Donati S, Colombo C, Mele A, Liberati A, Satolli R. Informing women about hormone replacement therapy: the consensus conference statement. *BMC Women's Health* 2009, 9:14.
- [34] Mazan S. Le suivi gynécologique en Midi Pyrénées : médecin généraliste ou gynécologue ? Les raisons du choix des femmes. Toulouse : Université Paul Sabatier (Toulouse), 2012, 59p.
- [35] DOREMA. Etude Permanente de la Prescription Médicale. Trimestre : printemps 1999. IMS. [En ligne]. 1999 [Consulté le 9 janvier 2012] Consultable à l'URL : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
- [36] Jacquemin-Levern H. Faut-il une consultation spécialisée pour la ménopause ? in Belot-Fourcade P, Winaver D, dir. *La ménopause*. érès, Point Hors Ligne; 2004 p. 33-39.
- [37] Gautier A. INPES. Baromètre santé médecins généralistes. [En ligne]. 2009 [Consulté le 12/10/2012] : [44 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
- [38] Wonca Europe. Définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. [En ligne]. 2002 [consulté le 12/10/2012] : [52 p]. Consultable à l'URL : <http://www.cnge.fr>
- [39] Gindre J. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal. Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1 (Lyon-RTH Laennec), 2009, 172p
- [40] Drapier-Faure E. L'observance du traitement hormonal substitutif de la ménopause. *Rev Prat*. 1994; 8(258):17-22.
- [41] Gollschewski S, Kitto S, Anderson D, Lyons-Wall P. Women's perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause. *Complement Ther Med*. 2008 Jun; 16(3):163-8.

- [42] Mosconi P, Donati S, Colombo C, Mele A, Liberati A, Satolli R; Consensus Conference Working Group. BMC Womens Health. 2009 May 29;9:14.
- [43] La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées, Situation au 1er Juin 2011, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- [44] Baudiera F, Bourgueilb Y, Evrardc I, Gautierd A, Le Furb P, Mousquèsb J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. [En ligne]. 2010 Septembre [Consulté le 03/04/2013] ; 157 : [6 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
- [45] Legmann M, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012. CNOM; 2012
- [46] Légifrance.gouv.fr. Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. 2012. p.14-16.
- [47] Sandrin Berthon B. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la Commission maladies chroniques. Paris : Haut Conseil de la sante publique, [En ligne]. 2009 [Consulté le 20 décembre 2012] : [38 pages]. Consultable à l'URL : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsopre.pdf
- [48] Plaquette HPST. Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. [En ligne]. [Consulté le 22 décembre 2012] : [8 pages]. Consultable à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
- [49] Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zelande. Questions d'économie de la santé, avril 2009, n° 141 : 6 p.
- [50] Gallois P, Vallee PY, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine, 2007, vol. 3, n° 2 : p. 74-78.
- [51] Prescrire. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts. Rev Prescrire. 2013 Fevrier ; 33 (352) : 147-9.
- [52] CAPI. La brochure information. [En ligne]. [Consulté le 22 décembre 2012] : [2 pages]
Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-brochure.pdf

Menopause Rating Scale (MRS)

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants? Pour chacun des symptômes, veuillez cocher la case 'aucun(e)', si vous n'en souffrez pas actuellement
la case qui vous semble le mieux correspondre à votre cas, si vous présentez le symptôme

Symptômes:

	aucun(e)	léger	modéré	fort	Trés fort
	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4
1. Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration).....	<input type="checkbox"/>				
2. Gêne au niveau du cœur (Battements de cœur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	<input type="checkbox"/>				
3. Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)	<input type="checkbox"/>				
4. Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur).....	<input type="checkbox"/>				
5. Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	<input type="checkbox"/>				
6. Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique).....	<input type="checkbox"/>				
7. Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis).....	<input type="checkbox"/>				
8. Problèmes sexuels (changement du désir sexuel, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle).....	<input type="checkbox"/>				
9. Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence).....	<input type="checkbox"/>				
10. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, difficultés lors des rapports sexuels).....	<input type="checkbox"/>				
11. Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	<input type="checkbox"/>				

ANNEXE 2 : Questionnaire

A- Qui êtes-vous ?

- 1- Sexe : femme homme
- 2- Age : 30 à 39 ans 40 à 49 ans 50 à 59 ans 60 ans et plus
- 3- Vous êtes installé depuis : moins de 10 ans 10 à 20 ans 20 à 30 ans plus de 30 ans
- 4- Votre lieu d'exercice : rural semi-rural urbain
- 5- Votre mode d'exercice : seul en groupe

- 6- Réalisez-vous des consultations de gynécologie ? oui non

B- Seriez-vous intéressé par la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause ?

- 1- **Oui** : allez à la question 3 2- **Non** : allez à la question 4

3- Si oui, pourquoi ?

Cochez une ou plusieurs cases :

- a) pour répondre aux demandes des patientes
- b) pour gagner du temps (éviter les consultations à motifs multiples)
- c) pour améliorer la prise en charge globale de vos patientes ménopausées
- d) pour faciliter le dépistage de certaines pathologies (troubles urinaires, syndrome dépressif...)
- e) pour améliorer la prévention de certaines pathologies (ostéoporose, maladies cardio-vasculaires...)
- f) pour améliorer la qualité de vie des patientes en analysant les conséquences délétères sur sa vie
- g) autre, précisez _____

4- Si non, pourquoi ?

Cochez une ou plusieurs cases

- a) manque de demandes des patientes
- b) manque de temps
- c) manque d'intérêt pour ce sujet
- d) manque de formation sur le sujet
- e) une consultation unique ne suffirait pas car les symptômes évoluent dans le temps
- f) Vous ne faites pas de gynécologie
- g) autre, précisez _____

C- Comment informer au mieux les patientes de l'existence d'une consultation dédiée à la ménopause ?

Ne cochez qu'une seule case.

- 1- en parler lors d'une consultation pour un autre motif
- 2- par une affiche dans la salle d'attente
- 3- par un courrier envoyé à la patiente par la sécurité sociale qui reconnaîtrait et coterait cette consultation
- 4- par une campagne télévisée
- 5- autre, précisez _____

D- Comment organiser cette consultation au mieux?

Ne cochez qu'une seule case.

- 1- En un seul temps de consultation, après réponse à un questionnaire par la patiente.
- 2- Par un forfait de plusieurs consultations (par exemple : 1 ère consultation : informations, éducation thérapeutique, prescription d'examens complémentaires, puis analyse des résultats lors d'une deuxième consultation, prescription d'un traitement si nécessaire, enfin surveillance efficacité, effets secondaires du traitement lors de la troisième consultation).
- 3- Sous la forme d'une consultation annuelle qui ressemblerait à la consultation approfondie des maladies classées en ALD.
- 4- autre, précisez _____

E- Si les items suivants sont retenus et recommandés dans le cadre de cette consultation dédiée, comment vous positionnez-vous par rapport à chacun d'entre eux ?

Cocher une case entre les 3

Cocher une case entre les 2

	Me paraît indispensable	Me paraît utile	A adapter au cas par cas	Je me sens apte	J'ai besoin d'une formation complémentaire
Information sur les conséquences physiologiques de la ménopause					
Conseils sur les petits maux de la ménopause					
Examen clinique gynécologique					
Dépistage et prise en charge des troubles urinaires					
Diagnostic et traitement de l'ostéoporose					
Dépistage et prise en charge des troubles sexuels					
Conseils diététiques et d'hygiène de vie					
Dépistage et prise en charge des troubles de l'humeur					
Prévention et dépistage de maladies cardio-vasculaires					
Prévention et dépistage des cancers selon les recommandations de la HAS					
Evaluer le retentissement familial et professionnel					

F- Quels seraient les éléments pour vous aider à réaliser une consultation dédiée à la ménopause ?

Cochez une ou plusieurs cases :

- 1- Utilisation de questionnaires écrits d'aide à l'anamnèse
- 2- Utilisation d'un référentiel d'aide pour cette consultation complexe
- 3- Amélioration de la formation médicale initiale
- 4- Accès à des formations médicales continues
- 5- Création d'une fiche de liaison avec un spécialiste
- 6- Création d'un réseau ménopause
- 7- Autre _____

G- Qui pourrait réaliser cette consultation dédiée à la ménopause ?

Plusieurs réponses possibles :

- 1- Médecin généraliste
- 2- Sage-femme
- 3- Gynécologue
- 4- Un réseau comprenant plusieurs intervenants de formation différente (médecin, infirmière, sage-femme, diététicienne, psychologue etc.)
- 5- Autre, précisez _____

H- Quelle durée totale vous semble nécessaire pour réaliser une telle consultation ?

I- Quelle rémunération vous paraît légitime pour cette consultation ?

J- Autres commentaires ou suggestions ?

Je vous remercie pour votre obligeante collaboration.

ANNEXE 3 : Courriel adressé aux médecins

Chère consœur, cher confrère,

Médecin généraliste remplaçante, je réalise actuellement une thèse sur l'intérêt de la réalisation d'une consultation dédiée à la ménopause en médecine générale, sous la direction du Dr Christine Cerna, maître de stage en gynéco-pédiatrie.

Il s'agit donc de participer à une enquête d'opinion sous forme d'un questionnaire en ligne.

Ce travail s'intéresse aux soins primaires puisque cette consultation vise à améliorer la prise en charge globale des femmes ménopausées par leur médecin généraliste.

On sait que la ménopause, pour nos patientes, est synonyme d'une augmentation du risque d'ostéoporose et de maladies cardio-vasculaires, qui représentent deux enjeux majeurs de santé publique.

Ce sujet nous a semblé d'actualité après les conclusions du récent travail de thèse du Dr V. Latieule: « Le point de vue des femmes sur la relation médecin généraliste-patiente à la ménopause: vécu et attentes. »

Il nous a paru important en retour de donner la parole aux médecins traitants.

Je souhaite analyser dans ma thèse les arguments et les idées des médecins généralistes pour ou contre une consultation dédiée à la ménopause plébiscitée par les patientes.

Je souhaite également étudier leurs idées concernant la mise en place d'une telle consultation.

La lecture de ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes. Ce questionnaire est strictement confidentiel et anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation essentielle, qui conditionnera en grande partie le sérieux et la validité de ma recherche.

Katia Texier
kattexier@yahoo.fr
06 83 06 21 94

ANNEXE 4 : Commentaires ou suggestions des médecins ayant répondu à l'enquête :

- *« pour moi la médecine générale ce n'est pas segmenter la pratique en consult spécialisées, et beaucoup sont redondantes, dans un parcours de santé établi »*
- *« bonne idée »*
- *« belle idée.... mais le problème sera d ne pas cumuler cette C spécifique avec d'autres plaintes ou un renouvellement d'autre traitement chronique ou d'une pathologie aigue... »*
- *« Non »*
- *« Pas de réseau, cela multiplie les intervenants et les actes. Le mieux est souvent l'ennemi du bien. Cette consultation devrait être réalisée exclusivement par le MG. A lui de décider d'autres interventions. »*
- *« La médecine générale, ce n'est pas ça ! L'information des patientes se fait au fil du temps. Proposer une consultation dédiée montre simplement que la notion de soins primaires est toujours méconnue. Vous voulez inventer les ménopausologues? »*
- *« j'essaie déjà de pratiquer ce type de consultation .mais elle est parfois bâclée par manque de temps »*
- *« Autant l'avis gynécologique me semble inutile, autant l'implication du rhumatologue, et éventuellement celle d'un urologue me paraissent nécessaires! »*
- *« La médicalisation de la ménopause est un vrai problème »*
- *« consultations souhaitable par une gynécologue »*
- *« une observation "type" sur informatique, dans les logiciels métiers, pour être si possible complet »*
- *« Je réalise déjà, ayant la double casquette de médecin généraliste et homéopathe plus ou moins ce genre de consultation chronophage certes mais intéressante, mais payée une misère vu tous les éléments que nous passons en revue. Ce serait une simple reconnaissance (de plus) que nous demandons. Nous médecins généralistes, anticipons souvent les idées lumineuses de nos hiérarchies. »*
- *« La MG s'occupe de la personne dans sa globalité...cette démarche de consultation dédiée fractionne l'exercice Pourquoi pas un DU de Ménopause? »*

- « *Ce sujet de thèse en vaut bien d'autre. Mais on imagine ici une médecine qui n'existe pas encore. Pourquoi si le sujet de la ménopause vous intéresse, ne pas travailler plutôt sur un problème bien réel celui-là, qui concerne la pression thérapeutique difficile à justifier des industriels pharmaceutiques sur cette période de la vie? Ce n'est tout de même pas une maladie pour toutes! Les créneaux commerciaux se multipliant, ces sollicitations nous conduisent à une certaine confusion des objectifs médicaux et parfois à une irresponsable escalade de prescriptions, dangereuses (diphosphonates par ex.). Bien @ vous, bonnes réflexions. »*
- « *30 min si bien codifiée là est le travail important »*
- « *Je suis peu favorable au "saucissonnage" de l'activité du généraliste: tous champs ouverts, durée variable, compétences dans tel ou tel domaine, activité à apprécier en fonction des goûts de chacun, réseau de correspondants référents, pas obligatoirement de réseau " formalisé", afin d'éviter la standardisation »*
- « *navré je n'inclus pas la ménopause dans mon champs de préoccupation professionnelle (tant qu'il n'y a pas de traitement spécifique) »*
- « *Réseau ou maison médicale avec prise en charge gynéco-urinaire, kiné avec rééducation périnéale maintien d'une activité physique, psychologue pour celles qui le désirent avec groupes de paroles sur les difficultés etc »*
- « *généralement les demandes qui concernent la ménopause sont faites par la patiente pendant des consultations pour un autre sujet et ne contribuent qu'à allonger le temps de consultation et diminuer la rémunération du médecin »*
- « *c'est drôle je viens de poser une affiche dans la salle d'attente demandant aux patientes de signaler les "cs spéciales" pour allonger la durée de rdv par la secrétaire : la ménopause en fait partie la SF : plutôt femme jeune gynéco : pas assez nb, pas assez de temps, pas vision globale, en 2è recours référentiels sous forme reco has facilement accessible, il y a déjà des fmc par séminaires ponctuels merci et bon courage ! »*
- « *information (formation?) du public sur le "bon usage du généraliste" en matière de soins (notamment gynécologique) de premier recours »*
- « *j'adhère pleinement à cette surveillance : bon projet »*
- « *dans le questionnaire il serait bon de pouvoir avoir plusieurs choix dans certaines questions il semble que celle à même de gérer le mieux possible la ménopause soit une gynécologue, ce qu'elle fait déjà, nous ne sommes là que pour aider, en plus. »*

TEXIER Katia

**Consultation dédiée à la ménopause:
Étude transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées**

Toulouse, 22 mai 2013

Une consultation " dédiée " à la ménopause pourrait répondre aux attentes des femmes en améliorant leur qualité de vie, en réalisant de la prévention et du dépistage. **Objectif :** Décrire l'intérêt déclaré des médecins généralistes de Midi-Pyrénées à réaliser une consultation dédiée à la ménopause. **Méthode :** Etude transversale descriptive par questionnaire auprès de 1690 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. **Résultats :** 108 réponses. 63% des médecins se déclaraient prêts à mettre en place une consultation dédiée à la ménopause, notamment les moins de 50 ans et ceux exerçant en groupe. Ceux-ci plébiscitaient en priorité la réalisation d'un examen clinique gynécologique, la prévention et le dépistage des cancers, le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose, la prévention et le dépistage de maladies cardio-vasculaires. **Conclusion :** Plusieurs freins devront être pris en compte pour aménager cette consultation.

**Consultation "dedicated" to menopause:
Descriptive cross-sectional survey among Midi-Pyrénées general practitioners**

A consultation "dedicated" to menopause could answer a woman's expectation. **Objectives:** Describe the possible interest that Midi-Pyrénées general practitioners (GPs) may have in conducting a consultation dedicated to menopause. **Methods:** Descriptive cross-sectional study with a questionnaire consisting of a sample of 1690 GPs of Midi-Pyrénées. **Results:** 108 responses. With 63% of positive answers, a majority of physicians declared willing to set up a consultation dedicated to menopause. This was noticed particularly among physicians under the age of 50 and those working in groups. Physicians study highlighted the importance of achieving a gynecological examination, prevention and cancer screening, diagnosis and treatment of osteoporosis, prevention and detection of cardiovascular disease, information on the physiological consequences of menopause. **Conclusion:** The analysis of our study raises several challenges that need to be taken into account in order to establish a consultation dedicated to menopause.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Ménopause - consultation dédiée – prévention – dépistage - qualité de vie – information

Key words: menopause - dedicated consultation – prevention – screening - quality of life - information

Faculté de Médecine Ranguel - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse: CERNA, Christine
