

LISTE DES ABREVIATIONS

AFEM :	Association Française pour l'Etude de la Ménopause
AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMEM :	Association Marocaine pour l'Etude de la Ménopause
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DES :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
ECE :	Estrogènes Conjugués Equin
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FEMME :	Femme Médecin et Ménopause
FCV :	Frottis Cervico-Vaginal
FSH :	Follicle Stimulating Hormon
GEMVI :	Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal
HAS :	Haute Autorité de Santé
HDL :	High Density Lipoprotein
LDL :	Low Density Lipoprotein
LH :	Luteinizing Hormon
MPA :	Medroxy-Progesterone Acetate
MWS :	Million Women Study
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
THM :	Traitement Hormonal de la Ménopause
WHI :	Women's Health Initiative

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Description schématique des dernières périodes de la vie génitale féminine.....	6
Figure 2	: Carte de la ville de Dakar	32
Figure 3	: Répartition des prestataires en fonction du type de structure	39
Figure 4	: Répartition des prestataires en fonction de la catégorie professionnelle	40
Figure 5	: Répartition des prestataires selon l'âge.....	41
Figure 6	: Répartition des prestataires selon l'âge et la catégorie professionnelle	42
Figure 7	: Répartitions des prestataires selon le sexe	43
Figure 8	: Répartition des prestataires selon le sexe et l'âge	43
Figure 9	: Personnel de santé et informations portant sur l'étude WHI	50
Figure 10	: Répartition des modalités de la prise en charge des patientes ménopausées selon la catégorie professionnelle	52
Figure 11	: Répartition du personnel suivant leur point de vue sur le THM.....	52
Figure 12	: Prescription d'un traitement en cas de bouffées de chaleur.....	54
Figure 13	: Prescription du THM.....	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Organisation des districts sanitaires dans la région médicale de Dakar.....	33
Tableau II : Répartition des questionnaires par structure	38
Tableau III : Répartition des prestataires selon l'ancienneté dans la profession.....	44
Tableau IV : Définition de la ménopause selon la catégorie professionnelle ...	45
Tableau V : Signes évocateurs de la ménopause cités par le prestataires	46
Tableau VI : Conséquences à long terme de la ménopause selon les prestataires	47
Tableau VII : Dosages biologiques confirmant le diagnostic de la ménopause	48
Tableau VIII : Connaissances du personnel sur le THM en fonction de l'ancienneté.....	49
Tableau IX : Connaissances du personnel portant sur le THM en fonction de la catégorie professionnelle	49
Tableau X : Fréquences de consultations des femmes ménopausées par le prestataire	51
Tableau XI : Interprétation du THM comme facteur de risque de cancer	53
Tableau XII : Intérêt des examens complémentaires en fonction de la catégorie professionnelle	53
Tableau XIII : Durée moyenne de prescription du THM.....	55
Tableau XIV : Contre-indications au THM évoquées par les prestataires	56

Tableau XV	: Traitements alternatifs	57
Tableau XVI	: Répartition des prestataires selon la formation reçue sur la ménopause.....	58
Tableau XVII	: Fréquence des principaux troubles du climatère selon les différentes enquêtes	71

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA MENOPAUSE.....	4
I. Ménopause : Définitions et épidémiologie.....	5
1. Définitions.....	5
2. Epidémiologie	7
2.1. Âge et ménopause	7
2.2. Déterminants de l'âge de la ménopause	7
2.3. Démographie et ménopause.....	8
2.4. Morbidité et ménopause	9
II. Ménopause : Aspects médicaux.....	11
1- Historique de la médicalisation de la ménopause.....	11
2- Conséquences du déficit hormonal	13
2.1. Conséquences à court terme	13
2.2. Conséquences à long terme	18
III. Stratégies de prise en charge de la ménopause.....	21
1. Exemple d'un pays développé : la France.....	21
1.1. Les praticiens concernés	21
1.2. Les recommandations françaises	23
1.3. Les associations françaises	26
2. Exemple d'un pays en développement : le Maroc.....	28
2.1. Les praticiens concernés	28
2.2. L'Association Marocaine pour l'Etude de la Ménopause (AMEM)	29
2.3. La recherche scientifique portant sur la ménopause	29
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	31
I Cadre et objectifs de l'étude.....	32
1. Cadre de l'étude	32
1.1. La région médicale de Dakar	32

1.2. Répartition des structures sanitaires dans la région de Dakar	33
2. Objectifs de l'étude	34
2.1. Objectif général	34
2.2. Objectifs spécifiques	34
II. Méthodologie	34
1. Type d'étude	34
2. Population d'étude.....	35
3. Collecte et analyse des données.....	36
III. Résultats.....	39
1. Caractéristiques des prestataires	39
1.1. Structure d'exercice.....	39
1.2. Qualifications des prestataires	40
1.3. Âge des prestataires	41
1.4. Âge et catégorie professionnelle	42
1.5. Sexe.....	43
1.6. Sexe et âge	43
1.7. Ancienneté dans la profession	44
2. Niveau de connaissance de la ménopause.....	45
2.1. Définition de la ménopause	45
2.2. Signes évocateurs de la ménopause	46
2.3. Les conséquences à long terme de la ménopause	47
2.4. Critères paracliniques de la ménopause	48
2.5. Etudes scientifiques portant sur le traitement hormonal de la ménopause.....	49
3. Attitudes du personnel de santé face à la ménopause troublée	51
3.1. Prise en charge des troubles de la ménopause.....	51
3.2. THM et syndrome climatérique	52
3.3. Explorations chez une femme ménopausée.....	53
4. Pratiques lors de la prise en charge de la ménopause	54

4.1	Prescription d'un traitement médical contre les BDC	54
4.2	Prescription de THM	55
4.3	Durée moyenne de prescription de THM	55
4.4	Les contre-indications au THM	56
4.5	Traitements alternatifs au THM	57
5.	Formation continue	58
IV.	DISCUSSION	59
1.	Les limites de l'enquête	60
2.	Profil des praticiens	60
3.	Connaissances des praticiens en matière de ménopause	61
4.	Attitudes des praticiens	68
5.	Pratiques concernant la ménopause	74
6.	Besoin de formation continue sur la ménopause	77
	CONCLUSION	78
	REFERENCES	82
	ANNEXES	94

INTRODUCTION

La ménopause est une tranche de vie, une transition normale dans le développement de la vie d'une femme. C'est un phénomène naturel programmé génétiquement, un processus physiologique qui marque la fin des menstruations et de l'ovulation chez la femme.

L'âge de sa survenue est constant au cours du temps, de l'histoire et parmi les différents peuples de la terre en dépit des différences de race, d'alimentation et de mode de vie. Contrastant avec les caractéristiques immuables de la survenue de la ménopause, les changements de ces dernières années concernent l'espérance de vie moyenne de la femme. En effet, l'espérance de vie de la femme était de 23 ans sous l'Empire Romain, de 33 ans au moyen âge et de 49 ans au début du XXe siècle. Elle dépasse actuellement 70 ans dans les pays développés [29].

Au Sénégal, on estime que 8,6% des femmes de 30 à 49 ans sont ménopausées [27]. Ce nombre va augmenter d'année en année ; en effet, les personnes âgées ont un accès de plus en plus facile à une prise en charge médicale et psychosociale. Si les remaniements physiologiques engendrés par la ménopause étaient acceptés autrefois comme une fatalité dont les femmes ne parlaient guère, de nos jours, les plaintes des patientes sont clairement exprimées.

La compréhension de la ménopause et de ses conséquences est d'autant plus importante qu'avec l'allongement de l'espérance de vie, les femmes sont appelées à rester un bon tiers de leur existence en état de ménopause. Et à ces années que la médecine a ajoutées à leur vie, il reste à en garantir la qualité.

A l'heure actuelle, face à l'explosion des sources médiatiques véhiculant autant d'informations sérieuses que d'articles erronés, le personnel de santé est-il apte à répondre aux interrogations des patientes ménopausées ?

Apte à conseiller chaque femme et à envisager avec elle les différentes options thérapeutiques disponibles ou au contraire, l'abstention thérapeutique ?

Pour ces raisons, nous avons voulu mener une étude dans la région de Dakar avec pour principaux objectifs d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques sur la ménopause troublée auprès du personnel sanitaire.

Pour cela, nous avons adopté le plan suivant :

- dans une première partie, nous faisons un rappel sur la ménopause et ses stratégies de prise en charge,
- dans une deuxième partie, nous avons décrit notre étude, rapporté les résultats que nous avons commentés avant de terminer par une conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

GENERALITES SUR LA MENOPAUSE

I. MENOPAUSE : DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE

1. DEFINITIONS

- ***La ménopause***

Etymologiquement, le terme ménopause vient du grec menos qui signifie menstrues et pausis qui signifie cessation. L'OMS définit ainsi la ménopause par l'arrêt définitif des menstruations, résultant de la perte de l'activité folliculaire ovarienne [72].

Son début n'est pas aisé à déterminer, car l'arrêt des règles est rarement brutal. La ménopause s'installe habituellement après une période plus ou moins longue, d'irrégularités menstruelles. Pour parler de cessation définitive de la menstruation, il faut au moins un an sans règles. Il s'agit de la ménopause naturelle [53].

On lui oppose le terme de ménopause induite désignant un arrêt de la menstruation soit par ovariectomie bilatérale (avec ou sans hystérectomie) soit par castration chimique (chimiothérapie) ou radique (curiethérapie ou radiothérapie externe).

- ***La pré-ménopause***

C'est un terme utilisé par les francophones pour désigner la période qui s'étend du début de la perturbation des cycles à la ménopause. Elle dure de quelques mois à plusieurs années [67].

- ***La péri-ménopause ou climatère***

Elle englobe la période d'irrégularité menstruelle qui précède la cessation définitive des règles et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles.

- ***La post-ménopause ou ménopause confirmée***

C'est la période qui fait suite à la première année d'arrêt définitif des règles, et qui se poursuit jusqu'à la fin de l'existence de la femme. Tout saignement survenant plus d'un an après l'arrêt des règles doit être considéré comme des métrorragies post-ménopausiques [1].

- *La ménopause précoce ou prématurée*

Selon l’OMS [72], l’idéal serait que l’expression ménopause prématurée soit utilisée pour caractériser la ménopause lorsqu’elle intervient à un âge inférieur d’au moins 2 écarts types à l’âge moyen estimé pour la population de référence. En pratique, faute d’estimations fiables de la distribution de l’âge de la ménopause naturelle, on considère souvent de façon arbitraire qu’est prématurée une ménopause survenant avant 40 ans.

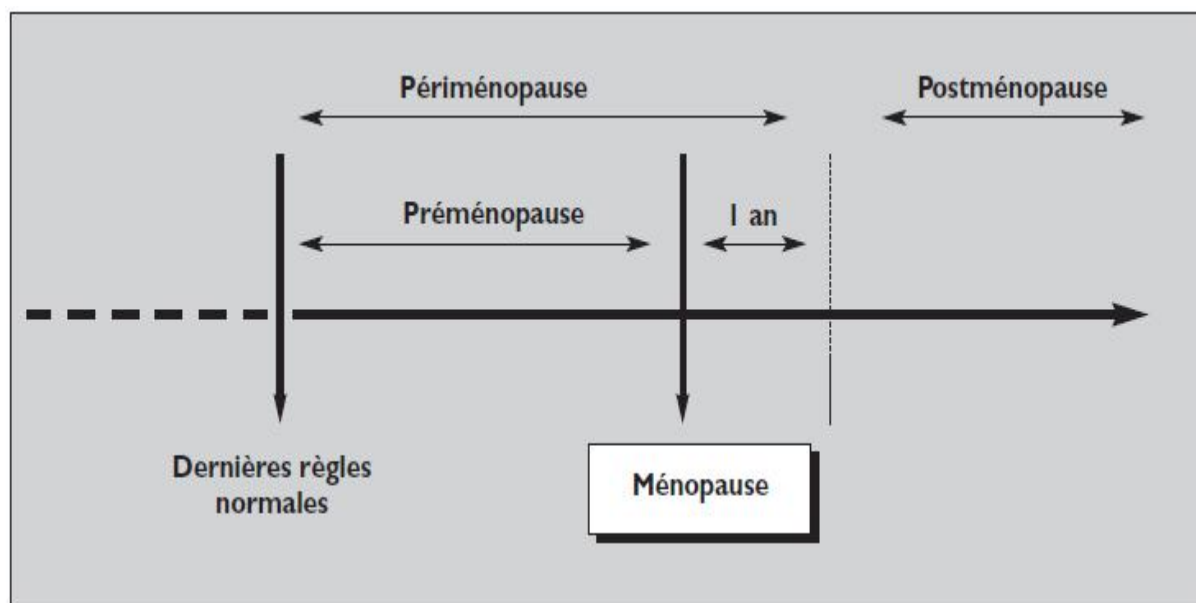


Figure 1: Description schématique des dernières périodes de la vie génitale féminine [55]

2. EPIDEMIOLOGIE

2.1. Âge et ménopause

L'âge de la ménopause semble être programmé génétiquement. Il a peu varié au cours des siècles et se situe autour de la cinquantaine.

Mais, il est à noter un certain écart d'âge entre les sociétés industrialisées et les pays en développement [9]. Une étude réalisée au Sénégal par Cissé et al., concernant 320 femmes ménopausées a établi que l'âge moyen de survenue de la ménopause était de 47,8 ans [18].

Les démographes distinguent « l'âge médian » (celui auquel 50 % des femmes sont ménopausées) de « l'âge moyen » (celui de la moyenne des femmes) [47]. L'âge médian des femmes ménopausées est en moyenne de l'ordre de 62 ans, avec des valeurs extrêmes de 60 ans pour l'Afrique subsaharienne et de 65 ans pour le monde industrialisé [47]. En 2030, cet âge médian devrait atteindre 64 ans pour l'ensemble du monde et 68 ans pour le monde industrialisé, traduisant ainsi la longévité en hausse de la population féminine [9].

2.2. Déterminants de l'âge de la ménopause [73]

Selon l'OMS, peu de facteurs sont reconnus comme pouvant influencer l'âge de survenue de la ménopause. Le tabac est unanimement indexé. Fumer avancerait significativement l'âge de la ménopause, jusqu'à deux ans. Il existe aussi une hérédité en lignée maternelle significative surtout en matière de ménopause précoce.

D'autres facteurs tels que les ménarches précoces, le cycle menstruel court, la nulliparité, le bas niveau socio-économique ainsi qu'une hygiène de vie précaire sont souvent incriminés comme pouvant abaisser l'âge de la ménopause, mais sans aucune preuve tangible. Il en est de même pour des facteurs tels que la contraception orale, la multiparité, l'âge tardif de la dernière grossesse censés retarder la survenue de la ménopause.

2.3. Démographie et ménopause

La ménopause concerne une tranche non négligeable de la population.

2.3.1. Population de femmes ménopausées

D'après le rapport de la Banque Mondiale sur le développement dans le monde en 1993, le nombre de femmes âgées de 50 ans et plus était en 1990 d'environ 467 millions. Il devrait atteindre 1200 millions d'ici l'an 2030 [39].

Si en 1990, environ 25 millions de femmes dans le monde sont arrivées à l'âge de la ménopause, ce chiffre devrait doubler d'ici la fin des années 2020 [39].

En France, par exemple, 11.500.000 femmes sont ménopausées dont 5.500.000 ont entre 51 et 64 ans et près de 6.000.000 ont au moins 65 ans ; près de 430.000 nouvelles femmes atteignent chaque année l'âge de la ménopause [47].

Au Sénégal, d'après les données du recensement fait en 2002, le nombre de femmes âgées de 45 ans et plus serait à mille près de 649.392, soit 13 % de la population féminine et 6,6% de la population sénégalaise totale [5].

2.3.2. Croissance naturelle

Bien que la proportion des femmes ménopausées semble encore plus faible dans les pays en développement, de 1990 à 2030, on prévoit dans ces régions un taux de croissance naturel moyen de 2 à 3,5% du nombre des femmes âgées de 50 ans et plus. Pour les régions industrialisées, la croissance annuelle escomptée est de 1,5% en moyenne [39].

2.3.3. Espérance de vie

Si l'espérance de vie à la naissance est sensiblement différente selon les pays, celle des femmes arrivées à l'âge de 50 ans est étonnamment analogue partout dans le monde [49]. Cette discordance apparente tient du fait que le facteur primordial qui détermine l'espérance de vie à la naissance est la mortalité infanto-juvénile et que ce facteur cesse d'opérer à un âge moyen. Une fois l'âge de 50 ans atteint, l'espérance de vie est entre 27 et 32 ans.

Une femme de 50 ans aujourd'hui peut vivre aussi longtemps en état de ménopause que pendant sa période d'activité ovarienne.

Toutefois, au Sénégal, d'après l'ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie), l'espérance de vie à la naissance (selon les projections 2011) est de 51,5 ans pour une population totale féminine estimée en 2011 à 6.504.486 [4].

2.4. Morbidité et ménopause

Bien que la ménopause soit un état et non une pathologie, cette période se singularise par la survenue de perturbations métaboliques plus ou moins tardives, dissociables du vieillissement physiologique affectant essentiellement le système osseux et l'appareil cardiovasculaire.

Concernant les os, il convient de souligner que la brutale augmentation du risque fracturaire à la cinquantaine est une pathologie spécifiquement féminine. Aux Etats-Unis, 40 à 50 % des femmes de plus de 50 ans vont souffrir d'une fracture liée à l'ostéoporose et 17,5 % pour la seule fracture du fémur. On dénombre 700 000 fractures vertébrales et 300 000 fractures de hanches par an. Moins de la moitié des patients hospitalisés pour une fracture de hanche retrouveront leur autonomie dans les activités quotidiennes [48 ; 50]. Chez les femmes de plus de 45 ans, l'ostéoporose totalise d'avantage de journées d'hospitalisation que la plupart des autres maladies, y compris le diabète ou l'infarctus du myocarde. Pour les femmes de race caucasienne, le risque de fracture de hanche par rapport à l'espérance de vie est de 1 pour 6 femmes, plus élevé que celui de développer un cancer du sein qui est de 1 pour 9 femmes [48]. Au Royaume-Uni, le coût annuel des fractures ostéoporotiques est estimé à 1,7 milliards de livres Sterling [19].

Les œstrogènes jouent un rôle protecteur et il faut avant la ménopause un facteur de risque supplémentaire pour faire un infarctus du myocarde. La ménopause est associée à une augmentation nette de l'incidence des maladies cardiovasculaires, et ce d'autant plus qu'elle est précoce avant 40 ans (RR x 2). Entre 45 et 54 ans, le risque coronarien est multiplié par 2,7 chez les femmes ménopausées par rapport à celles qui ne le sont pas [66].

Il existe donc à ce niveau une inégalité entre les sexes et l'apparition à la ménopause d'un sur-risque féminin. La ménopause, étant due à une carence hormonale, il paraît parfois logique de combler ce déficit par l'apport des molécules faisant défaut, d'où le concept de « médicalisation » de cette étape de la vie à priori physiologique.

II. MENOPAUSE : ASPECTS MEDICAUX

1. HISTORIQUE DE LA MEDICALISATION DE LA MENOPAUSE

De l'antiquité au XVIII^e siècle, les grands savants de l'histoire étaient à la fois alchimistes, Médecins et philosophes. Dans le domaine médical, l'absence de connaissances physiopathologiques fait que des théories étaient élaborées sans aucun fondement ou de façon empirique. Ces dernières étaient basées sur une logique intuitive, déduite de courant de pensées arbitraires, ou héritées du passé. C'était l'ère de la médecine intuitive. Les moyens thérapeutiques utilisés découlaient d'une part de raisonnements rhétoriques et d'autre part de la médecine traditionnelle qui s'est révélée, depuis, à l'origine de la découverte de nombreux principes actifs utilisés de nos jours. Puisque les théories concernant l'anatomie et la physiologie féminine sont à l'origine des thérapeutiques utilisées, on ne peut évoquer l'un sans l'autre.

Durant les premiers siècles de notre ère, la pensée populaire était la suivante "les règles sont un processus purificateur, chargé de l'élimination des poisons accumulés dans l'organisme" [59]. Ainsi, lorsque le sang menstruel censé éliminer les poisons issus des résidus de la digestion ne s'échappait plus par voie habituelle (ce qu'on assimilait à la ménopause), il se répandait dans le reste du corps, provoquant la « pléthore » [65]. Tous les moyens étaient alors bons dans la Rome antique pour promouvoir le retour des règles et chasser ainsi le poison du corps de la femme quel qu'ait été leur mode de sortie, de sorte que certaines médications déplétives (lavements, vomitifs, purgatifs, sangsues sur le col utérin, scarifications) devinrent très appréciées [7].

Par ailleurs, la recommandation d'Hippocrate de réaliser 2 saignées par an aux femmes ménopausées, pendant les 3 ou 4 années suivant l'arrêt de leurs

menstruations, restera dans les mœurs médicales jusqu'au XX^{ème} siècle (jusqu'en 1948, certains Médecins orientaux préconisaient cette pratique). Les saignées avaient pour objectif de désengorger le corps malade [7].

Le XIX^{ème} siècle représentait un changement radical dans la conception de la physiologie de l'appareil génital féminin, l'anatomie du dit appareil venant tout juste d'être comprise et décrite avec précision. Suite à plusieurs travaux, la relation existant entre l'ovulation et les menstruations était enfin mise en évidence. Dès 1919, le chercheur Norris avait émis l'hypothèse que la ménopause était due à un déficit de l'activité métabolique des ovaires. A ce déficit hormonal, que proposer de mieux qu'un traitement de compensation ou de substitution. Après des essais d'opothérapie (qui est l'emploi thérapeutique des glandes endocrines, administrés soit à l'état naturel, soit sous forme d'extraits d'organes), en 1920, les scientifiques Allen et Doisey réalisaient enfin la première synthèse chimique d'une forme d'œstrogènes, appelée œstrone, à partir de l'urine des femmes enceintes [17]. Le laboratoire pharmaceutique Organon mit alors sur le marché des œstrogènes, tout en ignorant à quoi ils pouvaient servir. Bien que leurs applications et fonctions thérapeutiques restaient en grande partie inconnues au moment de leur commercialisation, Ils furent prescrits pour traiter la schizophrénie, l'eczéma, les rhumatismes, l'épilepsie, la chute des cheveux, le diabète ou encore l'hémophilie, de telles sortes qu'en 1933, les hormones sexuelles féminines avaient été testées comme traitement dans quasiment toutes les maladies possibles [24].

Ce n'est que quelques années plus tard devant le constat d'un amendement des troubles vasomoteurs et de l'amélioration de la trophicité vaginale chez les femmes ménopausées, qu'Organon désigna la ménopause comme l'une des indications principales de ce traitement. C'était la création de la ménopause en tant que maladie carencielle [24].

Devant l'énorme potentiel économique offert, l'industrie pharmaceutique développa une intense promotion de son médicament qui se voulait miracle face à cette étape d'usure de la femme, de décrépitude irrévocable ; les conséquences de la ménopause se trouvant ainsi grossièrement travesties.

Du point de vue scientifique, quelles sont les réalités cliniques de cette troisième phase de la vie féminine ?

2. CONSEQUENCES DU DEFICIT HORMONAL

A la phase de ménopause confirmée, on observe plusieurs perturbations à court terme et d'autres, évaluables à long terme.

2.1. Conséquences à court terme

Il s'agit en fait des signes cliniques observés durant la ménopause. Bien que cette dernière soit un phénomène universel, son expression clinique est riche et variée selon les cultures et selon les individus (hormis l'aménorrhée).

Il importe de préciser qu'environ 40% des femmes ménopausées ne présenteront aucune symptomatologie [13]. A l'opposé, les signes fonctionnels peuvent occuper le devant de la scène et être à l'origine d'une véritable altération de la qualité de vie personnelle, familiale ou encore professionnelle de la femme.

2.1.1 Les modifications neuropsychiques

- *Les bouffées de chaleur*

C'est le symptôme caractéristique de la ménopause. La bouffée vasomotrice est classiquement décrite comme une sensation de chaleur prédominant au niveau de la tête, du cou et s'étendant vers le haut de la cage thoracique et vers les bras. Elle réalise un tableau de malaise de survenue brutale souvent associée à des palpitations et se soldant par une sudation. Ce phénomène dure quelques secondes à une quinzaine de minutes et peut survenir de jour comme de nuit. Leur fréquence et leur intensité sont très variables. Elles toucheraient 45% à 85% des femmes [23]. Elles sont favorisées par les émotions. Elles disparaissent progressivement en quelques années. Selon une étude suédoise, 30 % des femmes en souffrent encore à 60 ans, 15 % à 66 ans et 9 % à 72 ans [62]. Ces troubles vaso-moteurs occasionnent une gêne physique et psychologique.

Le mécanisme des bouffées de chaleur demeure mal connu. L'explication la plus plausible est une interaction complexe au niveau des neurotransmetteurs centraux responsables du centre de la thermorégulation [60].

- *Les troubles de l'humeur*

Dans les différentes enquêtes épidémiologiques consacrées aux troubles de la ménopause, les principaux symptômes neuropsychiques sont la diminution de l'énergie et de l'ardeur au travail, la baisse du pouvoir de concentration, l'irritabilité, l'agressivité, la nervosité, la dépression, le repli sur soi, le sentiment de frustration et d'incompétence, la baisse de la libido, le comportement anti-social. L'environnement (conjugal, familial, professionnel, socioculturel) joue un rôle capital qui doit toujours être pris en considération.

On sait ainsi que les femmes qui exercent un métier valorisant ou qui ont encore des enfants à la maison au moment de la ménopause, rapportent moins de troubles fonctionnels et neuropsychiques que les autres. L'incidence de ces symptômes semble plus importante dans la période qui précède l'arrêt des règles quand les cycles sont irréguliers plutôt que dans la période de ménopause confirmée. Les altérations neuropsychiques de la périménopause seraient ainsi dues à des fluctuations des taux hormonaux plutôt qu'à une carence hormonale [67 ; 44].

- *La perturbation du sommeil*

L'insomnie constitue un symptôme fréquent de la ménopause, souvent liée aux bouffées de chaleur et /ou aux sudations nocturnes, source de réveils et de perturbations du sommeil. Il existe deux situations spécifiques dans lesquelles la ménopause explique probablement les troubles du sommeil :

- dans la première, la patiente présente des bouffées de chaleur sévères qui la réveillent la nuit,
- la deuxième situation intéresse les patientes qui ont des troubles respiratoires pendant le sommeil, quand on sait que la progestérone est un stimulant respiratoire qui soulage les troubles du sommeil aussi bien chez l'homme que chez la femme [67 ; 61].

2.1.2. Troubles génito-urinaires

A la ménopause, survient une atrophie généralisée des organes génitaux externes (vulve, lèvres, vagin). La muqueuse vaginale s'assèche. La disparition des bacilles de Döderlein entraîne une diminution de l'acidité vaginale et favorise la survenue de vaginites atrophiques. La dyspareunie est fréquente. L'involution intéresse également les organes génitaux internes : utérus, trompes, ovaires.

Le tractus urinaire participe à cette involution ménopausique, comme en témoigne la fréquence élevée des infections et de l'incontinence urinaire par relâchement du système ligamentaire de la vessie. Les pathologies spécifiques telles que les prolapsus souvent associés à des troubles urinaires et/ou des troubles sexuels sont un problème particulièrement important dans cette période de la vie [67].

2.1.3. Troubles cutanéophanériens

La carence hormonale de la ménopause accélère le processus du vieillissement cutané : la peau s'amincit et s'appauvrit en fibres élastiques et en collagène. Elle donne l'impression d'être sèche, devient plus terne et se ride plus facilement. La poussée des poils des membres ralentit et parallèlement la pilosité pubienne et des aisselles se raréfient. La chevelure a tendance à se parsemer et à tomber avec l'âge [62].

2.1.4. Altération de la qualité de vie

La «qualité de vie» est une notion relativement récente en médecine. L'Organisation Mondiale de la Santé l'a définie en 1993 : «c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe, par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement». La «qualité de vie» se mesure à l'aide de plusieurs échelles [12]. Dans la ménopause, elles résultent d'un ensemble d'éléments: disparition ou amélioration des troubles imputables à la carence hormonale, prévention des fractures ostéoporotiques mais aussi effets secondaires et risques éventuels du traitement hormonal.

Il existe plusieurs questionnaires spécifiques à la ménopause [70]. Ils sont plus ou moins complémentaires :

- «L'Index de Kupperman» mesure l'intensité des troubles vasomoteurs. Il est effectué par le Médecin.
- «L'Echelle Visuelle Analogue des symptômes climateriques» cotée de 0 à 10.
- Le «Women Health Questionnaire» évalue les symptômes vasomoteurs ainsi que les troubles somatiques.
- «L'échelle de Mc Coy» mesure les problèmes sexuels et le degré de satisfaction sexuelle.
- Le «Qualifemme» : Dernier instrument français, il explore tous les domaines relatifs à la ménopause. Il a été réduit à 15 items autour de 4 pôles :
 - un pôle climaterique : gêne due aux bouffées de chaleur et aux crises de sudation,
 - un pôle psychosocial : troubles du sommeil, irritabilité, tristesse et sentiment de rejet du à une perte de la féminité,
 - un pôle somatique : existence des douleurs articulaires, perte des cheveux, mastodynie et gêne liée au poids et,
 - un pôle urogénital : troubles mictionnels (fuites ou brûlures), sécheresse vaginale, dyspareunie et perte de la libido.

L'impact des troubles vasomoteurs sur la qualité de vie a été largement prouvé. L'existence des bouffées de chaleur altère les scores de qualité de vie [56]. Dans l'étude de Ledesert [45] sur 1171 femmes françaises, seules les femmes ménopausées souffrant de troubles vasomoteurs présentaient une réduction significative de leur qualité de vie alors que les femmes asymptomatiques avaient des scores identiques aux femmes non ménopausées.

2.2. Conséquences à long terme

2.2.1. Ostéoporose post-ménopausique

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, responsable d'une fragilité osseuse, donc d'une augmentation du risque de fracture. Jusqu'à 40 ans, il existe un renouvellement permanent équilibré de l'os par les unités de remodelage puis un déséquilibre s'installe par diminution d'activité des ostéoblastes et augmentation de l'activité de résorption [67].

La perte osseuse commence dès la péri-ménopause et est en moyenne de 1 à 2% par an. Elle peut aller jusqu'à 8%, si bien qu'à 80 ans les femmes auront perdu 35 à 50% de leur capital osseux alors que les hommes n'en auront perdu que 25 à 30%. Cette perte peut dans certains cas être très rapide dans les deux premières années qui suivent l'arrêt des règles. On estime que 25% des femmes ont en début de ménopause un taux de perte supérieur à 25% par an [66].

Ainsi des traumatismes mineurs peuvent occasionner des fractures osseuses, les plus fréquentes sont l'extrémité inférieure du radius, l'extrémité supérieure du fémur et la fracture vertébrale.

En dehors de facteurs génétiques tels que les antécédents familiaux d'ostéoporose, il existe des facteurs de risque bien répertoriés (Cummings 1995), tels que la maigreur et la petite taille, le tabagisme, les périodes d'aménorrhée prolongée, la ménopause précoce, la sédentarité, la consommation exagérée d'alcool et de café, le faible apport calcique alimentaire, la corticothérapie. S'y ajoutent comme facteurs complémentaires de risque de chute surtout chez les patientes âgées : les troubles visuels, les traitements psychotropes, l'amyotrophie et l'hypotension [66].

La mesure de la densité minérale osseuse à l'ostéodensitométrie par absorption biphotonique aux rayons X constitue le meilleur indicateur du risque de fracture. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé française concernant les indications de l'ostéodensitométrie chez la femme ménopausée datent de 2007 et sont [3] :

- un antécédent de corticothérapie systémique de plus de 3 mois,
- un indice de masse corporelle inférieur à 19,
- une ménopause avant 40 ans,
- un antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent de premier degré,
- un antécédent documenté d'hypogonadisme prolongé, d'hyperthyroïdie non traitée, d'hyperparathyroïdie primitive et d'hypercorticisme.

L'absorptiométrie ne se justifie au moment de la ménopause que chez les patientes à risque qui ne souhaiteraient pas de traitement ou après 65 ans pour débuter un traitement en prévention de fractures. Le seul véritable critère d'efficacité d'un traitement anti-ostéoporotique est la réduction de l'incidence des fractures [66].

2.2.2. Le risque cardio-vasculaire

Il est généralement admis que les femmes non ménopausées sont relativement protégées des maladies cardio-vasculaires comparativement aux hommes d'âge équivalent, cette protection diminuant au delà de la cinquantaine, période à laquelle s'installe la ménopause. Cette protection vis-à-vis du risque cardio-vasculaire semble liée au rôle bénéfique des œstrogènes sur la paroi artérielle d'une part et d'autre part au profil lipidique favorable observé chez la femme avant 50 ans [3].

L'étude Framingham, réalisée chez 2573 femmes, âgées entre 29 à 62 ans, suivies pendant vingt-quatre années, avait montré que l'incidence de la coronaropathie était deux fois plus élevée chez les femmes ménopausées que chez les femmes encore réglées, ceci que la ménopause soit naturelle ou chirurgicale [46]. Cela est imputable à l'augmentation des facteurs de risque au cours de la ménopause que sont :

- les dyslipidémies : la ménopause s'accompagne de changements métaboliques, en particulier du profil lipidique, qui vont dans le sens d'un risque d'athéromatose accrue avec une augmentation du cholestérol total.
- l'hypertension artérielle,
- la prise de poids : elle est fréquente avec une obésité androïde due à un afflux des acides gras libres déversés par la graisse omentale et mésentérique dans le sang veineux portal puis le foie ; les conséquences métaboliques étant l'insulinorésistance et l'anomalie de la tolérance au glucose,
- l'hyperglycémie,
- les troubles de l'hémostase : la ménopause est associée à une élévation significative du fibrinogène, du facteur VII et de l'inhibiteur de l'activateur du plasminogène, ce qui pourrait contribuer à la fréquence des accidents coronariens.

Au total, la concordance temporelle entre ces états morbides et la carence ostrogénique n'est pas fortuite. Plus qu'une banale extinction hormonale des ovaires, la ménopause est une période particulière qu'il convient d'intégrer dans les protocoles de prise en charge gynécologique.

III. STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA MENOPAUSE

Bien que la ménopause soit un phénomène universel, elle est interprétée par chaque société selon ses propres normes culturelles édifiées à partir de croyances et de représentations populaires du « sang » de la femme et de sa cessation. La prise en charge en théorie comme en pratique s'en trouve grandement influencée. Examinons les stratégies déployées dans un des pays développés, puis dans un pays du Maghreb avant d'évaluer la prise en charge de la ménopause troublée au Sénégal, l'objet de notre enquête.

1. EXEMPLE D'UN PAYS DEVELOPPE : LA FRANCE

1.1. Les praticiens concernés

La prise en charge de la ménopause, bien que pluridisciplinaire, relève essentiellement de la gynécologie qui est le champ d'action des Médecins généralistes, des spécialistes de gynécologie médicale, des spécialistes en Gynécologie-Obstétrique et des Sages-femmes [26].

1.1.1. La médecine générale

Dans la politique de santé française la médecine générale est une spécialité à part entière. Ce sont des professionnels que les patients consultent en première ligne quelque soit leur âge, leur sexe et leurs problèmes de santé. Le Médecin généraliste constitue donc le premier contact avec le système de soins, et a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux selon les besoins du patient. En gérant simultanément les pathologies aiguës, chroniques mais aussi les consultations de dépistage et de prévention, il assure une prise en charge globale du patient. Il a donc une place légitime dans le suivi gynécologique, incluant la ménopause.

Bien que les gynécologues soient les premiers prescripteurs du traitement hormonal de la ménopause (THM) en France, les femmes ménopausées semblent consulter plus souvent leur Médecin généraliste durant cette période de leur vie, faisant de ce dernier leur premier interlocuteur [26].

1.1.2. La Gynécologie médicale et la Gynécologie-Obstétrique

La Gynécologie médicale est une spécialité originale spécifique à la France depuis 2003 [54]. Elle s'occupe de toutes les pathologies gynécologiques et mammaires, endocriniennes, cancéreuses, fonctionnelles et également du suivi gynécologique classique dont celui de la ménopause. Mais l'utilité de cette discipline est complètement remise en question du fait de l'évolution de la mission des Médecins généralistes et des Sages-femmes en matière de suivi gynécologique et aussi du fait que certains obstétriciens réduisent leur champ d'action à la Gynécologie médicale.

La Gynécologie-Obstétrique quant à elle, s'occupe classiquement de toutes les grossesses pathologiques, des accouchements pathologiques et de la prise en charge chirurgicale des pathologies gynécologiques (notamment cancéreuses), et également du suivi obstétrical classique.

1.1.3. Les Sages-Femmes

Elles exercent une profession médicale à compétence définie. La Sage-Femme assure, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique également les consultations, les échographies obstétricales, y compris dans le cadre du diagnostic anténatal. L'exercice de la profession de Sage-Femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Bien qu'elle ne soit pas stipulée clairement parmi les compétences reconnues et déléguées aux Sages-Femmes, rien ne permet d'écarter la prise en charge de la ménopause parmi leurs activités courantes.

1.2. Les recommandations françaises

1.2.1. Haute Autorité de Santé (HAS)

C'est un organisme public qui a pour mission d'évaluer périodiquement l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, à travers leur service médical rendu (SMR) – ou attendu (SMA), s'il s'agit d'une première évaluation. Celui-ci prend en compte d'une part l'intérêt clinique du produit, du dispositif ou de l'acte pour le patient et d'autre part leur impact sur la santé de la population générale. Elle rend aux autorités décisionnaires, des avis favorables ou défavorables au remboursement par l'assurance maladie [37].

Elle fait également la promotion des bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé par des recommandations professionnelles, décrivant les soins les plus adaptés à un patient donné, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales. Elle élabore des guides destinés aux Médecins et diffuse aux professionnels de santé en exercice, libéraux ou hospitaliers, des outils et des méthodes afin de les aider au quotidien à prendre la décision la plus adaptée à des situations cliniques singulières et souvent complexes [37].

La HAS est chargée de proposer des dispositifs permettant d'améliorer et de certifier la qualité de l'information médicale, notamment celle diffusée par le biais des logiciels d'aide à la prescription ainsi que celle accessible à tous sur les sites internet santé.

Concernant la ménopause, devant les polémiques suscitées par les études internationales, la HAS publie en 2004 des recommandations portant sur le THM. Associée à l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), elle a élaboré un rapport d'orientation sur les effets du THM et un bulletin d'information destiné aux femmes [2].

1.2.2 Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, créée en mars 1999, est un établissement public français dont la mission principale est d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et plus généralement tous les produits de santé destinés à l'homme. Elle est ainsi en charge de délivrer les autorisations de mise sur le marché. Plus récemment, elle est aussi devenue l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales. Elle est rebaptisée Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) à la faveur d'un projet de loi présenté par le Ministère de la Santé le 1er août 2011 [6].

Depuis le bouleversement engendré par les conclusions affolantes de l'étude Women's Health Initiative (WHI) et l'étude Million Women Study (MWS), l'AFSSAPS a régulièrement édité des communiqués et des recommandations prenant ainsi position au sujet du THM. La dernière mise au point date de février 2008 et tient compte des conclusions des études locales françaises portant sur le THM [2].

1.2.3. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Fondé en 1970, cette association a pour objet le développement et le progrès sous toutes leurs formes de la gynécologie et l'obstétrique en France. Ses buts sont :

- de participer à l'élaboration des projets de politique sanitaire dans le domaine gynéco-obstétrical à tous les niveaux : local, régional, national et européen,
- de mettre au point et de promouvoir, en France, une politique gynéco-obstétricale cohérente,
- de proposer et de soutenir toute mesure visant à améliorer la formation des futurs spécialistes, à développer l'enseignement post-universitaire et à perfectionner l'efficacité technique de ceux qui se consacrent à la gynécologie et à l'obstétrique.

Pour ce qui est de la ménopause, après l'engouement médiatique concernant le THM, le CNGOF a pris position par le biais d'un communiqué de presse en 2005, tout en rappelant aux praticiens et aux patientes, les recommandations nationales formulées par l'ANAES.

Régulièrement, le Collège français a approfondi le sujet de la ménopause et de sa prise en charge par des exposés lors des Journées Nationales en 2004, en 2007 et aussi en 2009 où toute une session a été consacrée exclusivement à l'actualité de la ménopause [22].

1.3. Les associations françaises

1.3.1. L'Association Française pour l'Etude de la ménopause (AFEM) [8]

Créée en 1979, l'objectif initial et principal de l'AFEM est la diffusion de l'information médicale disponible sur la ménopause et ses traitements, via divers supports, en encourageant la diversité thérapeutique et en excluant tant que possible les opinions tranchées unidirectionnelles. Sa création résulte d'une réflexion dans le but de constituer une association nationale de référence dans le domaine de la ménopause. L'AFEM est ouvert à toute personne, Médecin ou non, ayant une activité dans le domaine de la ménopause. L'AFEM a une vocation scientifique mais également d'information auprès du corps médical et du grand public.

Les moyens d'action de l'AFEM sont :

- les journées annuelles de l'AFEM,
- la revue "Reproduction Humaine et Hormone", moyen de diffusion des savoirs rassemblés par les membres de l'AFEM sur les hormones sexuelles,
- la présence et la participation quasi-incontournables des membres de l'AFEM à des réunions ou à des congrès scientifiques sur la ménopause en France ou à l'étranger, dont l'European Menopause and Andropause Society (EMAS) au niveau européen,
- la publication de brochures des congrès récapitulant le contenu des communications, depuis 1995,
- les dossiers de presse, depuis le début de la remise en cause du THM en 1997, avec évaluation de leur audience par un organisme extérieur ("le bureau de presse, relation publique"),

- depuis 1998, en collaboration avec l'association des consommatrices "Femmes pour toujours", l'information directe des patientes invitées à des tables rondes lors des journées annuelles de l'AFEM,
- depuis 1998, la distribution de brochures d'information annuelles dans les cabinets des praticiens.

1.3.2. Le Groupe d'étude sur la Ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVI)

C'est un groupe multidisciplinaire de réflexion sur la ménopause et le vieillissement hormonal qui est animé par un comité scientifique de 25 membres, issus de 9 spécialités médicales ou chirurgicales, choisis pour leur compétence reconnue et complémentaire dans le domaine de la ménopause. Cette association est réservée aux Médecins ou professionnels de la santé qui justifient, par leurs travaux, de l'intérêt qu'ils portent à la ménopause et au vieillissement hormonal [35].

Les objectifs du GEMVI concernent le corps médical, les professionnels de santé, les pouvoirs publics, les médias et le grand public avec pour buts :

- l'information sur les faits établis dans le domaine de la ménopause, du vieillissement hormonal de l'homme et de la femme ainsi que leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie, de même que sur les progrès en cours et à venir au plan du diagnostic et de la prise en charge,
- la formation et la recherche médicale sur ces thèmes ; la participation et les échanges scientifiques avec les experts européens et mondiaux de ces mêmes thématiques.

En somme, le sujet de la ménopause et son traitement occupent une place importante dans la politique de santé française qui en a compris les enjeux. Les opportunités pour l'apprentissage et les mises à niveau sont largement offertes aux praticiens français. Dans d'autres contrées, autant d'initiatives sont prises en faveur du personnel de santé, tel est le cas du Maroc.

2. Exemple d'un pays en développement : le Maroc

2.1. Les praticiens concernés

Au Maroc, la patiente ménopausée a la latitude de consulter un Médecin généraliste, un gynécologue obstétricien ou une Sage-femme.

2.1.1. Le Médecin généraliste

Comme dans la majeure partie des pays africains dont le Sénégal, est Médecin généraliste au Maroc, l'étudiant qui a obtenu le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. C'est l'un des passages obligatoires pour accéder aux spécialités médicales ou chirurgicales. L'autre voie d'accès est le concours d'internat brigué après validation du 2e cycle d'études médicales.

Tout futur Médecin généraliste reçoit au cours de sa formation des bases dans les différentes spécialités médicales et chirurgicales dont la Gynécologie-Obstétrique, de telle sorte qu'après sa formation, il est habilité à traiter les affections courantes. Il est le 1er maillon de la chaîne de suivi des patientes.

2.1.2. Les Gynécologues-Obstétriciens

Au Maroc, l'accès à la spécialisation en Médecine se fait soit par voie du concours d'internat du Centre Hospitalier Universitaire, soit par la voie du concours de résidanat. La durée du résidanat est de 5 ans pour la formation en Gynécologie-Obstétrique. Cette formation inclut 6 grands modules d'enseignement dont un de gynécologie générale comprenant des cours sur la péri-ménopause et la ménopause [32].

2.1.3. Les Sages-femmes

Traditionnellement, le métier de Sage-Femme se cantonne à l'évaluation de la femme enceinte par le suivi de la grossesse, la pratique des accouchements, le suivi du rétablissement de la mère et de la bonne prise en charge du nouveau-né. Si besoin est, elle peut être amenée à prescrire ou pratiquer certains examens prénatals, à réaliser des soins sous sa propre responsabilité, ce qui rattache sa profession au secteur médical.

En matière de gynécologie, si leur rôle dans la planification familiale est bien établi, leur participation à la prise en charge de la ménopause semble encore informelle, lorsqu'elle existe.

2.2. *L'Association Marocaine pour l'Etude de la Ménopause (AMEM)*

Créé en 1996, c'est l'une des premières associations pour la ménopause en Afrique. Elle regroupe principalement des Médecins. Ses principales activités sont des sondages auprès de la population marocaine, des réunions de sensibilisation grand public, des congrès nationaux souvent jumelés à des « cours approfondis de ménopause ». Les retombées positives de cette association se dessinent déjà sur le plan national avec l'intégration de la prise en charge de la ménopause dans les activités des centres de référence et de planification familiale ainsi que l'intégration de la rubrique "Ménopause" dans le carnet de santé de la femme marocaine pour un suivi régulier [33].

2.3. *La recherche scientifique portant sur la ménopause*

2.3.1. Les thèses

Au Maroc, on dénombre 05 facultés de Médecine et de Pharmacie : Faculté de Rabat, de Casablanca, de Marrakech, de Fès, de Oujda. La Bibliothèque de la faculté de Médecine de l'Université de Rabat compte à elle seule 25 thèses de

Médecine portant sur la Ménopause. Les plus anciennes datent d'au moins 1994 [14]. Les thèmes abordés traitent aussi bien du vécu de la ménopause, ses conséquences, ses différents traitements et leur évolution.

2.3.2. Le congrès national de la ménopause

Régulièrement organisé, par l'AMEM (Association Marocaine pour l'Etude de la Ménopause), le 12^e congrès national s'est tenu en Octobre 2010 à Casablanca avec pour thème principal : Le dépistage à la ménopause. Il était précédé par le 3^{ème} cours approfondi sur la ménopause destiné aux Médecins généralistes, aux Gynécologues-Obstétriciens et autres spécialistes en Médecine ainsi qu'aux pharmaciens. Selon le Président de l'AMEM, les objectifs lors des tenues de ces congrès sont d'assurer la formation continue des Médecins généralistes, spécialistes, en apportant des nouveautés en matière de prise en charge de la ménopause et d'échange des expériences avec d'autres écoles [33].

DEUXIEME PARTIE :

NOTRE ETUDE

I. CADRE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. CADRE DE L'ETUDE

1.1. La région médicale de Dakar

La région de Dakar, qui est la limite géographique de notre étude, est située dans la presqu'île du Cap Vert. Elle couvre une superficie de 550 km², soit 0,28% du territoire national pour une population de 2 411 528 habitants, soit une densité de 4400 hbts/km² [52].

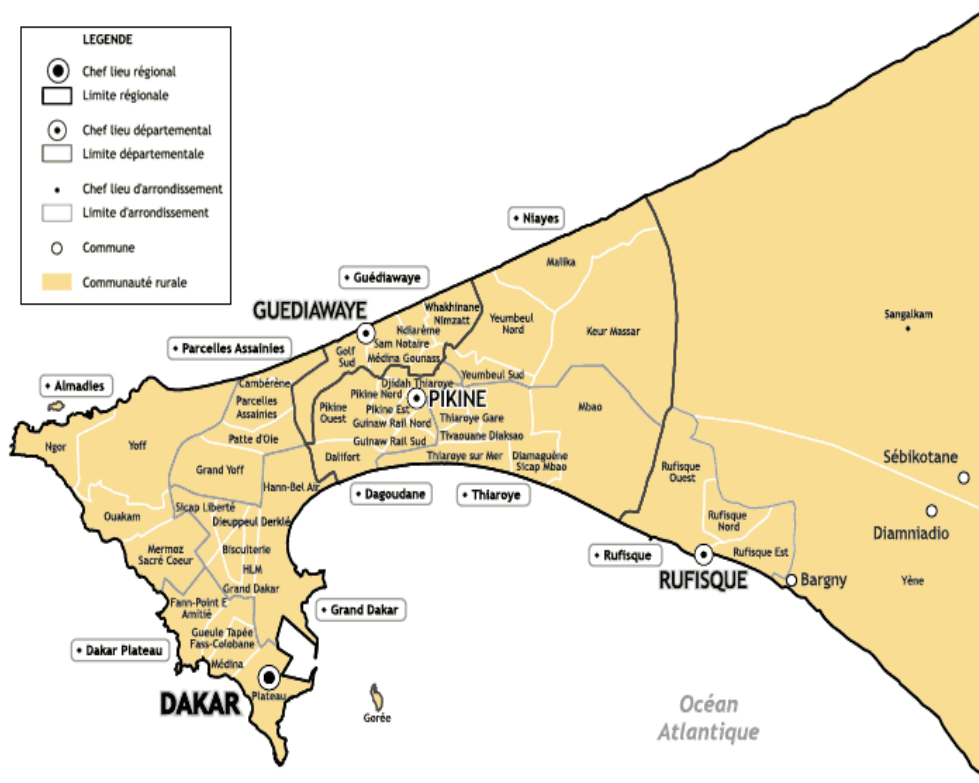


Figure 2 : Carte de la ville de Dakar [16]

1.2. Répartition des structures sanitaires dans la région de Dakar

Le territoire national est découpé en districts sanitaires. Le district sanitaire comprend un centre de santé de référence appelé “hôpital de district”, des postes de santé et d’autres types de structures sanitaires situés dans le ressort territorial des villes, communes et communautés rurales qui lui sont rattachées.

Tableau I : Organisation des districts sanitaires dans la région médicale de Dakar [51]

Département	District sanitaire	Structure de référence
Dakar	Dakar Nord	CS Nabil Choucair
	Dakar Sud	CH Institut d’Hygiène Sociale (I.H.S.)
	Dakar Centre	CS Gaspard Camara
	Dakar Ouest	CS Philippe Maguilène Senghor
Guédiawaye	Guédiawaye	CH Roi Baudouin
Pikine	Pikine	CS Dominique
	Mbao	CS Khadimou Rassoul
Rufisque	Rufisque	CH Youssou Mbargane Diop
CH : Centre Hospitalier		CS : Centre de Santé

2. OBJECTIFS DE L’ETUDE

2.1. Objectif général

L’objectif général de ce travail était d’évaluer la prise en charge de la ménopause par le personnel de santé des structures sanitaires de la région de Dakar.

2.2. Objectifs spécifiques

Ils étaient chez le personnel ciblé par l'étude de :

- décrire les caractéristiques socio-démographiques,
- estimer le niveau de connaissances concernant les troubles de la ménopause,
- déterminer les attitudes et pratiques face aux troubles de la ménopause,
- évaluer les besoins de formation sur le sujet,
- proposer des recommandations pour une prise en charge adaptée de la ménopause en milieu sénégalais.

II. METHODOLOGIE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale sur un échantillon représentatif des prestataires de santé exerçant dans les secteurs public et privé de la région de Dakar, pendant la période de Mars à Juillet 2011.

2. POPULATION D'ETUDE

2.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus le personnel de santé exerçant dans la région médicale de Dakar et ayant accepté de participer à l'étude. Il s'agissait :

- de Gynécologues-Obstétriciens,

- d'Internes et Médecins en spécialisation (DES) en Gynécologie-Obstétrique,
- de Médecins généralistes,
- de Sages-femmes d'Etat.

2.2. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus :

- le personnel de santé refusant de participer à l'enquête,
- le personnel de santé absent de son poste au moment de l'enquête,
- le personnel médical et paramédical ayant participé à l'élaboration de cette enquête, de même que le corps professoral.

2.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'était effectuée au sein des hôpitaux publics, des cliniques privées, des centres de santé et des postes de santé. La distribution des questionnaires et la collecte des données étaient réalisées par un seul enquêteur.

Une lettre d'introduction avait été adressée auparavant au Médecin-chef de la région médicale de Dakar, afin de l'informer des motifs, des objectifs ainsi que de la méthodologie de l'enquête. Dans chaque structure, après l'autorisation du Médecin-chef ou du responsable de la structure, les questionnaires étaient remis à toute personne répondant aux critères d'inclusion et présent au moment de l'enquête. Après une explication portant sur l'étude, la fiche d'enquête était remise au personnel de santé qui était chargé de répondre au questionnaire dans un délai de moins de 24 heures.

3. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

3.1. Fiche d'enquête

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme, avec des questions ouvertes, des questions fermées et des questions à choix multiples. Le questionnaire était divisé en cinq parties :

- la première partie s'intéressait aux caractéristiques socio-démographiques du personnel enquêté : l'âge, le sexe, l'identification de la structure sanitaire, le nombre d'années d'exercice après l'obtention du diplôme.
- la deuxième partie était consacrée aux connaissances générales sur la ménopause : définition, principaux signes évocateurs, conséquences à long terme, tests diagnostiques et grandes études scientifiques sur le THM.
- la troisième partie portait sur l'attitude du prestataire devant un cas de ménopause troublée ; elle prenait en compte les informations données aux patientes, la fréquence de consultation des patientes ménopausées, le suivi des patientes et l'importance du THM.
- la quatrième partie axée sur la pratique du prestataire visait le recensement des différentes prescriptions médicamenteuses en matière de traitement de la ménopause.
- la cinquième partie évaluait les besoins en formation continue sur le sujet.

La fiche d'enquête était testée au préalable sur quelques professionnels pour évaluer la compréhension des questions, la qualité des réponses.

3.2. Echantillonnage et analyse

3.2.1. Echantillonnage

Pour cette étude, quatre hôpitaux sur les cinq de la région médicale de Dakar étaient ciblés : Hôpital Aristide Le Dantec, Hôpital Général de Grand Yoff, Hôpital de Pikine, Hôpital Militaire de Ouakam, Hôpital Youssou Mbargane Diop. L'Hôpital Principal de Dakar n'était pas retenu en raison de son statut particulier.

Les centres de santé concernés étaient principalement ceux qui regroupaient les quatre catégories professionnelles ciblées. Ils étaient au nombre de 13 sur un total de 20 Centres de Santé existant dans la région de Dakar.

Les cliniques privées ayant participé à l'étude étaient au nombre de 6 sur les 17 répertoriées dans la région de Dakar.

Au total, 188 questionnaires avaient été remis aux prestataires répondant aux critères d'inclusion de l'enquête.

Sur les 188 questionnaires soumis, 135 nous avaient été rendus dûment remplis, soit un taux de réponse de 72,8%.

Tableau II : Répartition des questionnaires par structure

TYPES DE STRUCTURE	NOM DE LA STRUCTURE	QUESTIONNAIRES RENDUS
Caisse de Sécurité Sociale	Caisse de Sécurité Sociale	3
Centre de santé	CS Cambérène	1
	CS Colobane	4
	CS Gaspard Camara	4
	CS Grand Dakar	6
	CS HLM	4
	CS Nabil Choucair	11
	CS Ngor	3
	CS Ouakam	4
	CS Philippe Senghor	7
	CS Plateau	4
	CMS Douanes	2
	CS Roi Baudouin	4
	Youssou Mbargane Diop	3
Clinique	Cliniques privées	6
Hôpital	HALD	14
	HOGGY	13
	Hôpital de Pikine	24
	Hôpital militaire Ouakam	6
Poste de Santé	Poste de santé Bourguiba	1
	Poste de santé HLM 1	2
SAMU	SAMU Municipal	9

HALD : Hôpital Aristide Le Dantec

HOGGY : Hôpital Général de Grand Yoff

CS : Centre de Santé

CMS : Centre Médico-Social

3.2.2. Analyse des données

Les données étaient saisies avec le logiciel CPro et étaient analysées avec le logiciel SPSS. L'analyse descriptive était utilisée pour les différents paramètres par calcul du pourcentage ou de la moyenne.

III. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES PRESTATAIRES

1.1. Structure d'exercice

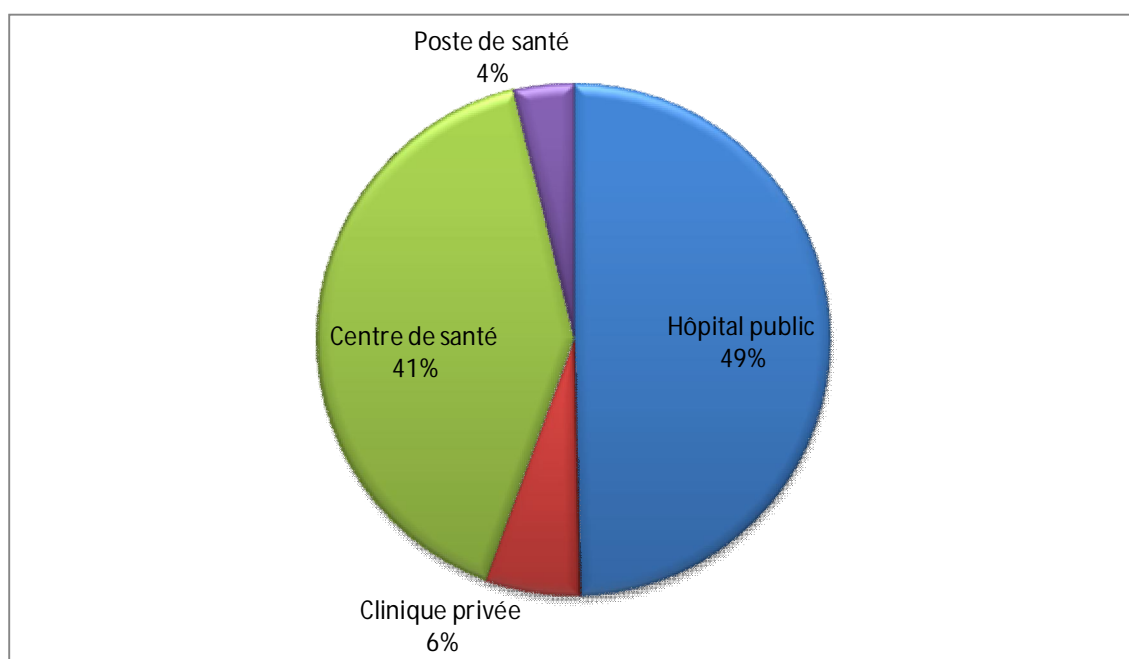
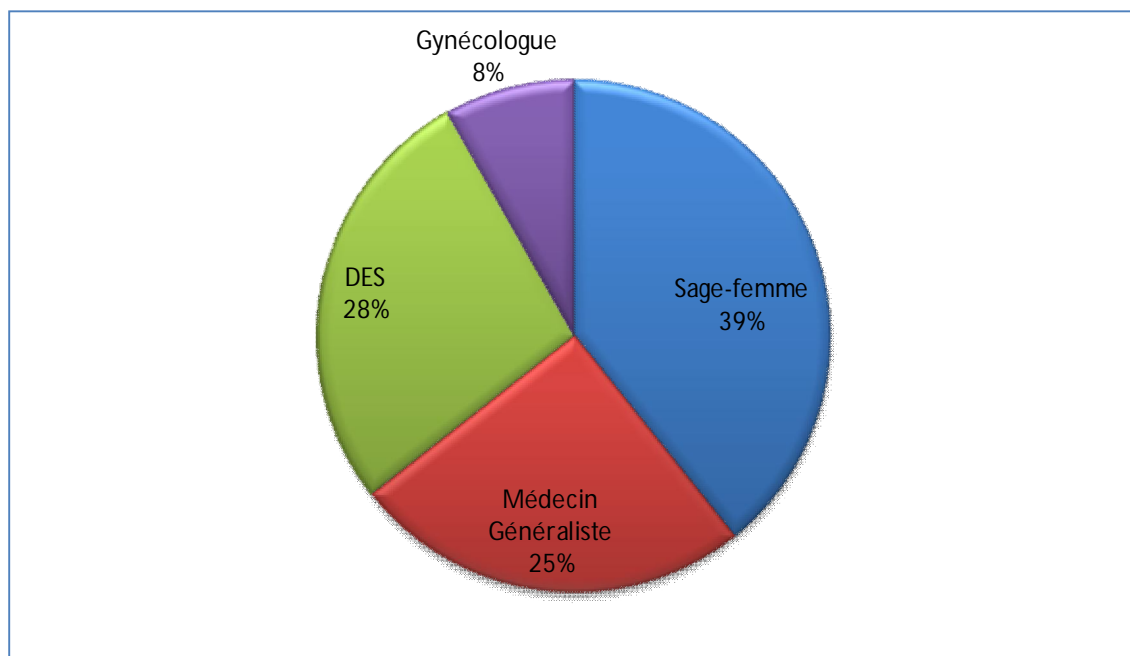


Figure 3 : Répartition du personnel en fonction du type de structure

Les prestataires enquêtés étaient 49% (n = 67) à exercer dans les hôpitaux publics, 41% (n = 55) dans les centres de santé ; seuls 6% (n = 8) travaillaient dans des cliniques privées et 4% (n = 5) dans des postes de santé (figure 3).

1.2. Qualifications des prestataires



DES : Médecin en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique

Figure 4 : Répartition des prestataires en fonction de la catégorie professionnelle

Parmi les différentes catégories professionnelles ayant participé à l'enquête (figure 4), les Sages-femmes représentaient 39% ($n = 53$), les Médecins généralistes 25% ($n = 34$), les Médecins en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique 28% ($n = 37$), et les gynécologues - obstétriciens 8% ($n = 11$).

1.3. Âge des prestataires

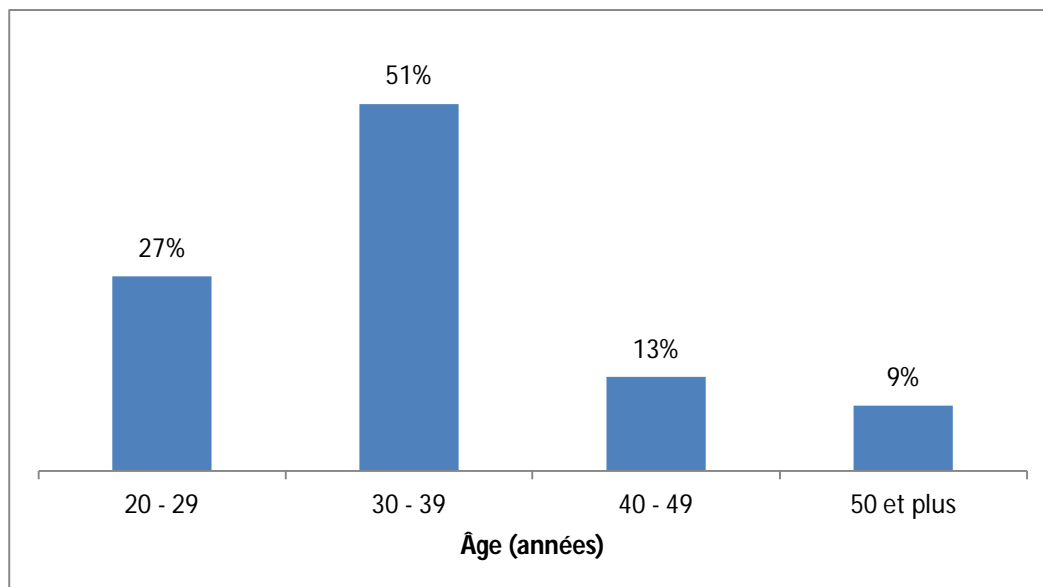


Figure 5 : Répartition des prestataires selon l'âge

La tranche d'âge des 30-39 ans était la plus représentée. Celle des 50 ans et plus était la moins représentée (9%). L'âge moyen était de 35 ans, avec des extrêmes de 23 et 60 ans.

1.4. Âge et catégorie professionnelle

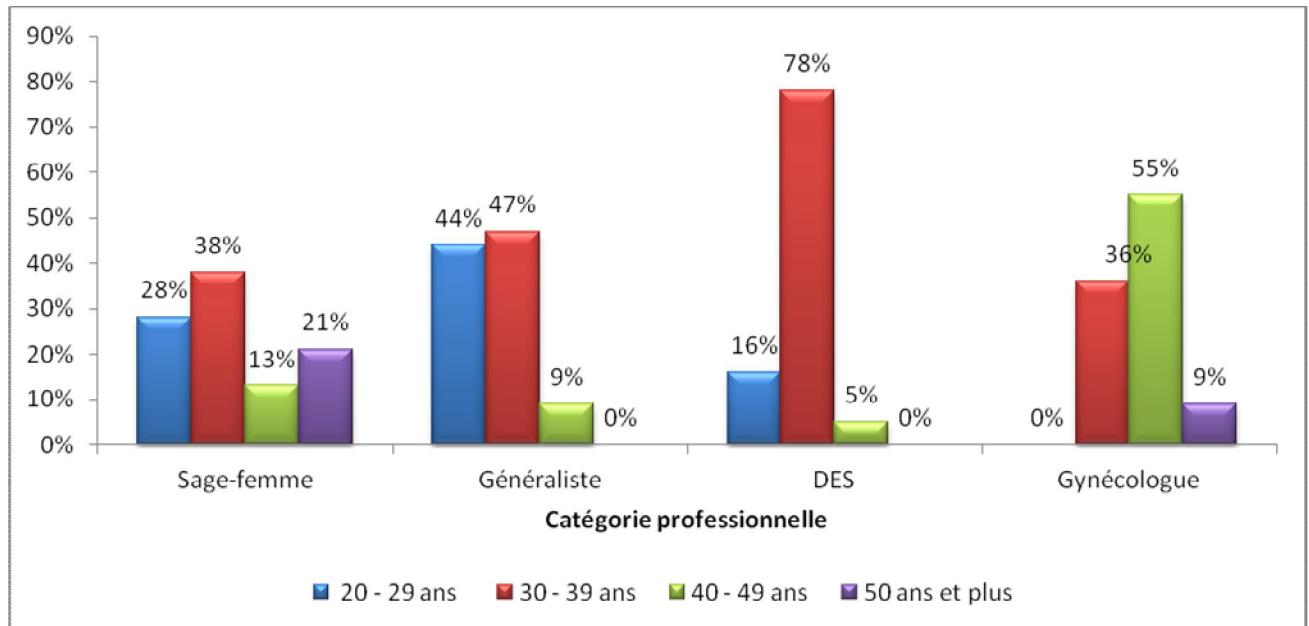


Figure 6 : Répartition des prestataires selon l'âge et la catégorie professionnelle

Il est à noter que 21% des Sages-femmes avaient plus de 50 ans, ainsi que 9% des Gynécologues. La tranche d'âge la plus jeune (20-29 ans) était la plus importante dans le groupe des Médecins généralistes (figure 6). La tranche d'âge allant de 30 à 39 ans était la plus représentée dans le groupe des Sages-femmes, des Médecins généralistes, et des Médecins en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique avec respectivement 38%, 47%, et 78%. Dans le groupe des Gynécologues-Obstétriciens, la tranche d'âge des 40-49 ans était dominante avec 55%.

1.5. Sexe

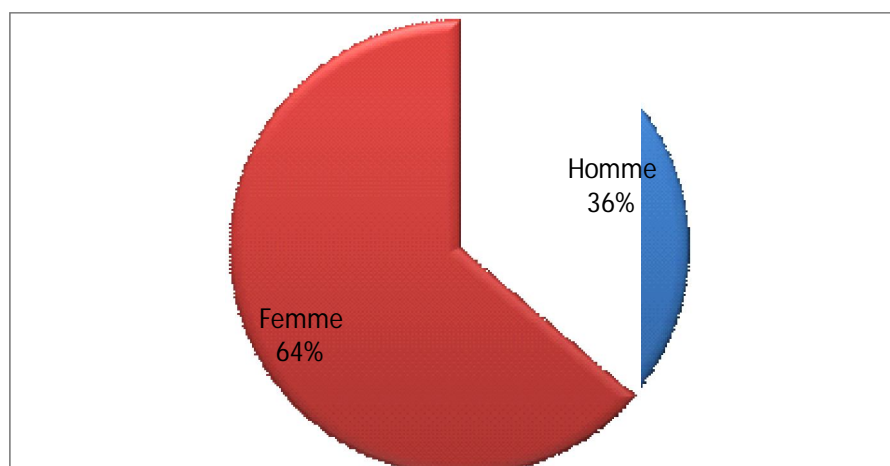


Figure 7 : Répartition des prestataires selon le sexe

La majeure partie du personnel enquêté était de sexe féminin avec 64%.

1.6. Sexe et âge

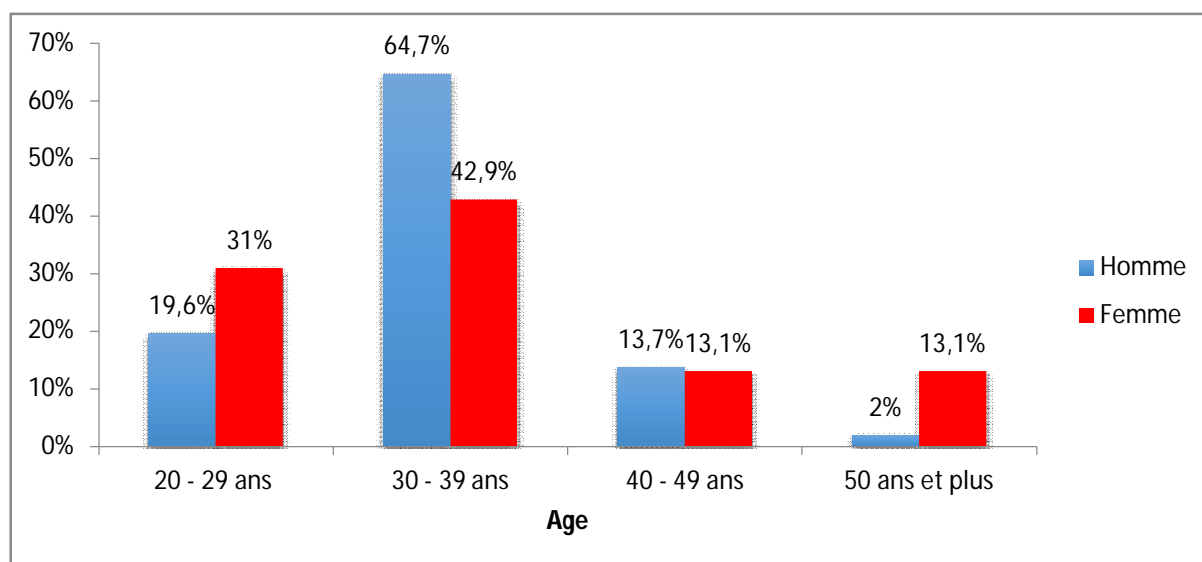


Figure 8 : Répartition des prestataires selon le sexe et l'âge

Le personnel de sexe masculin était plus important dans la tranche d'âge allant de 30-39 ans avec 64,7% (n = 33). Le personnel de sexe féminin était dominant dans les tranches d'âges extrêmes (20-29) et 50 ans et plus. Il est à noter que 13,1% des femmes enquêtées avaient plus de 50 ans.

1.7. Ancienneté dans la profession

Tableau III : Répartition des prestataires selon l'ancienneté dans la profession

Nombre d'années	Sages-femmes		Médecins		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[0 - 9]	34	64,2	72	87,8	106	78,5
[10 - 19]	5	9,4	9	11	14	10,4
[20 - 29]	10	18,9	1	1,2	11	8,1
30 et +	4	7,5	0	0	4	3
Total	53	100	82	100	135	100

Dans la population d'étude, seuls 21,5 % exerçaient depuis plus de 10 ans. La proportion la plus importante de prestataires (78,5%) exerçait depuis moins de 10 ans, et représentait 64,2% dans le groupe des Sages-femmes et 87,8% dans le groupe des Médecins (tableau III).

2. NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA MENOPAUSE

2.1. Définition de la ménopause

Tableau IV : Définition de la ménopause selon la catégorie professionnelle

Définitions proposées	Sage-femme N (%)	Généraliste N (%)	DES N (%)	Gynécologue N (%)	Total N (%)
Arrêt des règles depuis 6 mois chez la femme qui a atteint la cinquantaîne	12 (22,6)	9 (26,5)	6 (16,2)	0 (0)	27 (20)
Arrêt de la fonction ovarienne	26 (49)	18 (52,9)	21 (56,8)	6 (54,5)	71 (52,5)
Aménorrhée de plus d'un an, quel que soit l'âge de la femme	10 (18,9)	4 (11,8)	10 (27)	5 (45,5)	29 (21,5)
Apparition de bouffées de chaleur chez la femme de la cinquantaîne	3 (5,7)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	4 (3)
Ne sait pas	2 (3,8)	2 (5,9)	0 (0)	0 (0)	4 (3)
Total	53 (100)	34 (100)	37 (100)	11 (100)	135 (100)

La moitié de l'ensemble des prestataires (n = 71 ; 52,5%) avait retenu la définition exacte de la ménopause. Ils représentaient 53% à 56% dans les trois groupes de Médecins. D'autre part, 21,5% des prestataires assimilaient la ménopause à une aménorrhée de plus d'un an quel que soit l'âge de la femme. Seuls quatre prestataires (deux Sages-femmes et deux Médecins généralistes) avaient affirmé ne pas connaître la définition de la ménopause (tableau IV).

2.2. Signes évocateurs de la ménopause

Tableau V: Signes évocateurs de la ménopause cités par les prestataires

Signes évocateurs de la ménopause	Sage-femme % (n = 53)	Généraliste % (n = 34)	DES % (n = 37)	Gynécologue % (n = 11)	Total % (n = 135)
Bouffées de chaleur	98,1	94,1	97,3	100	97
Aménorrhée secondaire	86,8	79,4	75,7	81,8	81,5
Troubles gynécologiques	45,3	35,3	40,5	63,6	43
Troubles neuropsychiques	50,9	29,4	29,7	36,4	38,5
Troubles de l'humeur	20,8	35,3	43,2	18,2	30,4
Troubles ostéo-articulaires	15,1	11,8	8,1	18,2	12,6
Troubles métaboliques	5,7	5,9	8,1	9,1	6,7
Sueurs nocturnes	7,5	5,9	2,7	9,1	5,9
Troubles de la libido	5,7	0	8,1	9,1	5,2
Troubles trophiques	0	5,9	13,5	0	5,2
Âge de 50 ans et plus	1,9	2,9	2,7	0	2,2
Asthénie physique	1,9	2,9	2,7	0	2,2
Absence de fécondation	0	2,9	0	0	0,7
Palpitations	0	0	2,7	0	0,7
Troubles du comportement	1,9	0	0	0	0,7
Troubles de la mémoire	1,9	0	0	0	0,7
Troubles digestifs	0	0	2,7	0	0,7

Les bouffées de chaleur (97%) et l'aménorrhée secondaire de plus d'un an (81,5%) étaient les signes évocateurs les plus cités par les prestataires, suivis des troubles gynécologiques diverses (43%) telles que les irrégularités du cycle menstruel et la sécheresse vaginale. Les troubles neuropsychiques et les troubles de l'humeur étaient évoqués respectivement par 38,5% et 30,4% de l'ensemble des prestataires (tableau V).

2.3. Les conséquences à long terme de la ménopause

Tableau VI: Conséquences à long terme de la ménopause selon les prestataires

Conséquences à long terme de la ménopause	Sage-femme % (n = 53)	Généraliste % (n = 34)	DES % (n = 37)	Gynécologue % (n = 11)	Total % (n = 135)
Ostéoporose / fractures	30,2	61,8	89,2	81,8	58,6
Pathologies cardiovasculaires	15,1	23,5	48,6	54,5	29,6
Troubles métaboliques	15,1	11,8	13,5	18,2	14
Troubles sexuels	13,2	11,7	16,2	0	12,5
Troubles neuropsychiques	13,2	8,8	10,8	18,2	11,9
Cancers gynécologiques	9,4	5,8	13,5	18,2	10,3
Pathologies mammaires	13,2	5,9	2,7	0	7,4
Modifications gynécologiques	5,7	5,9	10,8	0	6,7
Troubles trophiques	5,7	5,9	10,8	0	6,7
Infections génitales	9,4	5,9	0	0	5,2
Dyspareunies	1,9	8,8	8,1	0	5,2
Arrêt des grossesses	1,9	0	8,1	0	3
Bouffées de chaleur	3,8	0	2,7	0	2,2
Incontinence urinaire	0	2,9	0	0	0,7
Troubles oculaires	0	0	2,7	0	0,7
Métrorragies post ménopausiques	0	2,9	0	0	0,7
Ne sait pas	41,5	29,4	2,7	18,2	25,9

L'ostéoporose ainsi que les fractures pathologiques (58,6%) étaient les conséquences à long terme les plus évoquées par le personnel de santé, suivies des pathologies cardio-vasculaires (29,6%), des troubles sexuels (12,5%), et des troubles neuropsychiques (11,9%).

Environ un prestataire sur quatre (n = 35 ; 25,9%) de la population d'étude avait affirmé n'avoir aucune idée.

2.4. Critères paracliniques de la ménopause

Tableau VII : Dosages biologiques confirmant le diagnostic de la ménopause

Tests biologiques proposés	Sage-femme		Généraliste		DES		Gynécologue		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Test à la progestérone positif	11	20,8	8	23,5	7	18,9	0	0	26	19,3
Taux de FSH sanguin élevé	15	28,3	6	17,6	28	75,7	9	81,8	58	43
Progestéronémie élevée	4	7,5	4	11,8	3	8,1	0	0	11	8,1
Taux de LH bas	17	32,1	9	26,5	7	18,9	3	27,3	36	26,7
Aucun test	13	24,5	8	23,5	1	2,7	2	18,2	24	17,8
Ne sait pas	10	18,9	6	17,6	2	5,4	0	0	18	13,3

FSH : Follicle Stimulating Hormon

LH : Luteinizing Hormon

Eff : Effectifs

DES : Médecin en Spécialisation en Gynécologie-Obstétrique

Concernant les examens paracliniques, 43% des enquêtés savaient que lors de la ménopause, le taux de FSH sanguin est supérieur aux valeurs habituelles. La proportion de Gynécologues connaissant le test biologique de confirmation était de 81,8%. Elle était de 75,7% dans le groupe des Médecins en spécialisation.

Une proportion de 17,8% avaient jugé qu'aucun dosage biologique n'était nécessaire, tandis que 13,3% (n= 18) avouaient ne pas savoir : il s'agissait surtout des Sages-femmes (n=10) et des Médecins généralistes (n=6).

2.5. Etudes scientifiques portant sur le traitement hormonal de la ménopause

Tableau VIII : Connaissances du personnel sur le THM en fonction de l'ancienneté

THM	0 – 9 ans		10 – 19 ans		20 – 29 ans		30 ans et plus		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Oui	24	22,6	4	28,6	1	9,1	0	0	29	21,5
Non	82	77,4	10	71,4	10	90,9	4	100	106	78,5
Total	106	100	14	100	11	100	4	100	135	100

Eff : Effectifs

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

Il ressort que 78,5% des prestataires n'avaient jamais entendu parler d'études scientifiques portant sur le traitement de la ménopause et de leur impact sur la prise en charge des patientes. Les mieux informés de l'ensemble des groupes d'âges étaient ceux qui exerçaient depuis moins de 9 ans (n = 24 ; 83%).

Tableau IX : Connaissances du personnel portant sur le THM en fonction de la catégorie professionnelle

	Sage-femme		Généraliste		DES		Gynécologue		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	9	17	4	11,8	8	21,6	8	72,7	29	21,5
Non	44	83	30	88,2	29	78,4	3	27,3	106	78,5
Total	53	100	34	100	37	100	11	100	135	100

DES : Médecin en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique

En comparant la connaissance du THM et son apport dans la prise en charge de la ménopause au sein des catégories professionnelles, les gynécologues venaient au premier rang (72,7%), suivis des Médecins en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique (21,6%), des Sages-femmes (17%) et enfin des Médecins généralistes (11,8%).

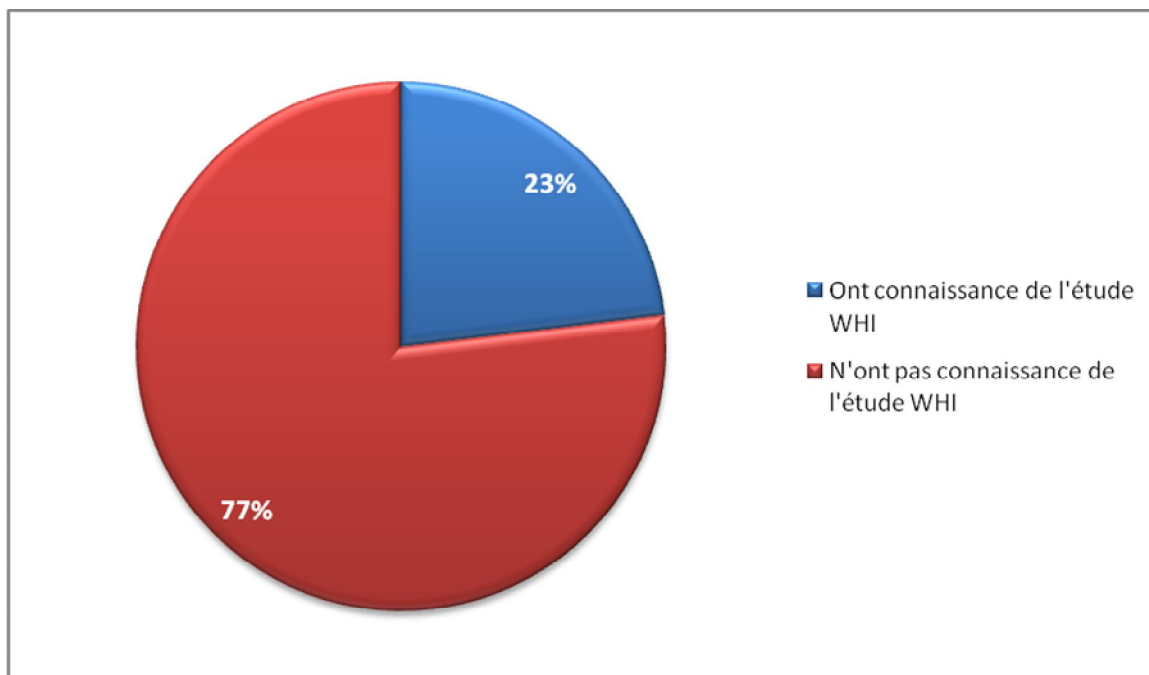


Figure 9 : Personnel de santé et informations portant sur l'étude WHI

Parmi les 29 prestataires ayant affirmé être informés des évaluations du THM, seuls 7 (23%) avaient mentionné l'étude américaine Women Health Initiative (WHI) (figure 9).

3. ATTITUDES DU PERSONNEL DE SANTE FACE A LA MENOPAUSE TROUBLEE

3.1. Prise en charge des troubles de la ménopause

Tableau X : Fréquence de consultations de femmes ménopausées par le prestataire

Fréquence de consultations	Sage-femme		Généraliste		DES		Gynécologue		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Régulièrement (2-3 /semaine)	5	9,4	1	2,9	2	5,4	3	27,3	11	8,1
Occasionnellement (1/2semaine)	11	20,8	10	29,4	10	27	6	54,5	37	27,4
Rarement (1/mois)	32	60,4	18	52,9	24	64,9	2	18,2	76	56,3
Pas du tout	5	9,4	5	14,8	1	2,7	0	0,0	11	8,2
Total	53	100	34	100	37	100	11	100	135	100

Une grande proportion du personnel de santé (56,3%) prenaient rarement (au plus une fois par mois) en charge des patientes en consultation pour des troubles de la ménopause. Quelques 27,4% les prenaient en charge occasionnellement (environ une fois toutes les deux semaines) : il s'agissait essentiellement des gynécologues-obstétriciens. Par contre, cinq Médecins généralistes, cinq sages-femmes et un Médecin en spécialisation en gynécologie n'avaient jamais pris en charge des patientes venant consulter pour des troubles de la ménopause.

Parmi les prestataires qui recevaient ce type de patientes en consultation, 90,9% des gynécologues les prenaient en charge eux-mêmes (figure10). Parmi les Médecins en spécialisation, 27% (environ un sur quatre) référaient les patientes ménopausées, comme la majorité des Médecins généralistes (70,6%).

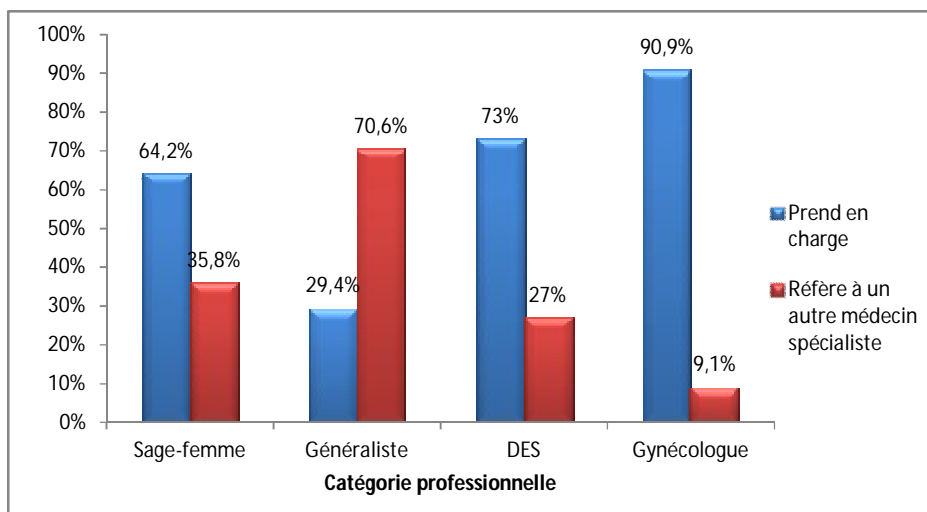


Figure 10 : Répartition des modalités de la prise en charge des patientes ménopausées selon la catégorie professionnelle

3.2. THM et troubles climatiques

Parmi les prestataires interrogés, 62% (n = 84) estimaient que le THM se justifie devant les troubles climatiques, spécialement les bouffées de chaleur ; cependant 27% n'en voyaient pas l'utilité (figure 11).



Figure 11 : Répartition du personnel suivant leur point de vue sur le THM

Parmi les prestataires ayant répondu par l'affirmative, 45,2% (n = 38) estimaient que le THM pouvait être un facteur de risque de cancer (tableau XI).

Tableau XI : Interprétation du THM comme facteur de risque de cancer

Interprétation	Sage-femme		Généraliste		DES		Gynécologue		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Non facteur de risque	11	34,4	3	17,6	3	11,5	2	22,2	19	22,6
Facteur de risque	12	37,5	6	35,3	16	61,5	4	44,4	38	45,2
Pas de réponse	9	28,1	8	47,1	7	26,9	3	33,3	27	32,1
Total	32	100	17	100	26	100	9	100	84	100

3.3. Explorations d'une femme ménopausée

Tableau XII : Intérêt des examens complémentaires en fonction de la catégorie professionnelle

Examens proposés	Sage-femme		Généraliste		DES		Gynécologue		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mammographie	27	50,9	12	35,3	23	62,2	9	81,8	71	52,6
FCV	42	79,2	17	50	32	86,5	11	100	102	75,6
Glycémie à jeun	23	43,4	8	23,5	19	51,4	5	45,5	55	40,7
Autres	13	24,5	2	5,9	7	18,9	5	45,5	27	20
Pas d'examens	1	7,1	6	75	0	0	0	0	7	20,6

FCV : Frottis cervico-vaginal

Une mammographie était demandée par 71 prestataires (52,6%). Par ailleurs, ils étaient 102 prestataires (75,6%) à proposer un frottis cervico-vaginal (FCV), avec des proportions de 86,5% chez les Médecins en spécialisation et de 100% parmi les gynécologues-obstétriciens.

Les plus modestes en demande d'examens complémentaires étaient les Médecins généralistes avec 75% d'entre eux qui affirmaient ne pas faire de suivi de femmes ménopausées (tableau XII).

4. PRATIQUES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MENOPAUSE

4.1. Prescription d'un traitement médical contre les bouffées de chaleur

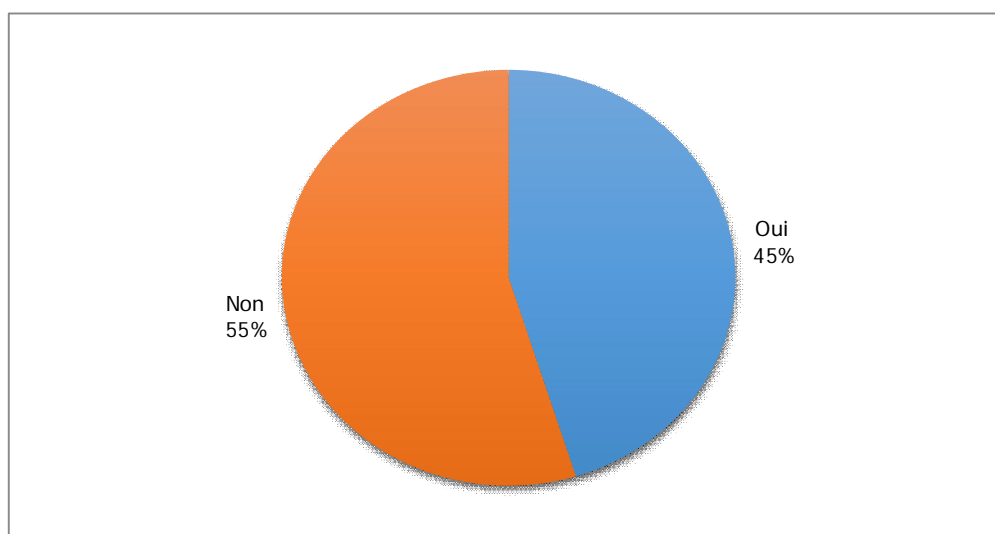


Figure 12 : Prescription d'un traitement en cas de bouffées de chaleur

Une proportion de 45% (n = 61) des enquêtés (toutes catégories professionnelles confondues) affirmaient avoir eu à prescrire un traitement symptomatique des bouffées de chaleur.

4.2. Prescription de THM

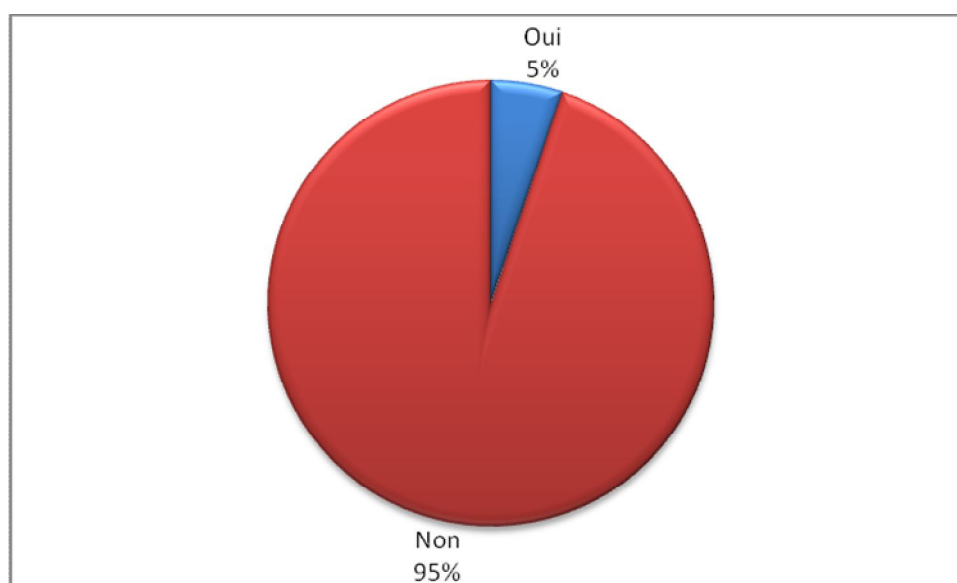


Figure 13 : Prescription de THM

Seuls 5% (n = 7) des prestataires avaient déjà eu à prescrire un THM. Il s'agissait exclusivement de gynécologues-obstétriciens.

4.3. Durée moyenne de prescription de THM

Tableau XIII : Durée moyenne de prescription du THM

Durée de prescription du THM	Effectif	%
1 - 2 ans	4	57,1
2 - 5 ans	3	42,9
5 - 7 ans	0	0,0
Plus de 7 ans	0	0,0
Total	7	100

La durée moyenne de prescription du THM était toujours inférieure à 5 ans.

4.4. Les contre-indications au THM

Tableau XIV: Contre-indications au THM évoquées par les prestataires

	Effectif	%
Antécédents ou pathologies cardiovasculaires	23	17
Cancer du sein	23	17
Cancer gynécologique	19	14,1
Hypertension artérielle	11	8,1
Cancer de l'endomètre	10	7,4
Diabète non équilibré	10	7,4
Troubles métaboliques	9	6,6
Hépatopathies	5	3,7
Pathologies mammaires	4	3
Antécédent familial de cancer du sein	3	2,2
Antécédent thromboembolique	3	2,2
Allergie à la molécule	2	1,5
Maladies de système	2	1,5
Risque cancer du col	2	1,5
Risque cardiovasculaire	2	1,5
Insuffisance rénale	1	0,7
Kystes de l'ovaire	1	0,7
Myomes utérins	1	0,7
Œstro-progestatifs	1	0,7
Refus de la patiente	1	0,7
Troubles psychiques	1	0,7
Hypercholestérolémie	1	0,7
Néoplasies	1	0,7
Aucune	73	54,1

En tête de liste de ces contre-indications, figuraient le cancer du sein et les pathologies cardio-vasculaires et/ou antécédents cardio-vasculaires (17% chacun). Puis suivaient les cancers gynécologiques (14,1%) et l'hypertension artérielle (8,1%).

Cependant, 54 % (soit plus de la moitié de l'échantillon) avaient affirmé ne pas connaître les contre-indications du THM.

4.5. Traitements alternatifs au THM

Tableau XV: Traitement alternatifs au THM

Traitements alternatifs	Sage-femme		Médecins		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Phytoestrogènes	29	54,7	54	65,9	83	61,5
Tibolone	0	0	1	1,2	1	0,7
Acupuncture	1	1,9	4	4,9	5	3,7
SERM	0	0	3	3,7	3	2,2
Autres	3	5,7	14	17,1	17	12,6
Ne prescrivent pas	21	39,6	12	14,6	33	24,4

SERM : Selective Estrogen Receptor Modulator

Cent deux prestataires (75,6%) prescrivait habituellement un traitement alternatif au THM. Les phytoestrogènes venaient au 1er rang et étaient prescrits par 83 prestataires (61,5%).

5. FORMATION CONTINUE

Tableau XVI : Répartition des prestataires selon la formation reçue sur la ménopause

	Sages-Femmes		Médecins		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Enseignement reçu						
Oui	28	52,8	45	54,9	73	54,1
Non	25	47,2	33	40,2	58	43,0
Sans réponse	0	0,0	4	4,9	4	3,0
Opinion sur la formation						
Suffisante	2	3,8	7	8,5	9	6,7
Moyennement suffisante	16	30,2	27	32,9	43	31,9
Pas du tout suffisante	21	39,6	24	29,3	45	33,3
Pas d'avis	14	26,4	24	29,3	38	28,1
Besoin de formation complémentaire						
Oui	28	52,8	76	92,7	127	94,1
Non	25	47,2	6	7,3	8	5,9

Les prestataires qui affirmaient n'avoir pas reçu de formation sur la ménopause représentaient 43% (n = 58) de l'ensemble de notre population d'étude. Les Médecins représentaient à eux seuls, 40,2% (n = 33) de cette population.

La formation sur la ménopause était jugée insuffisante dans 33,3% (n = 45) des cas, et 94,1% (n = 127) étaient disposés à recevoir une formation complémentaire sur le sujet.

DISCUSSION

Notre travail était une étude épidémiologique type «Connaissances, Attitudes, Pratiques» des professionnels de santé de la région de Dakar sur la ménopause troublée. Cette enquête était basée sur un échantillon de 53 Sages-femmes, 34 Médecins généralistes, 37 Médecins DES en Gynécologie-Obstétrique et 11 Gynécologues-Obstétriciens.

1. LES LIMITES DE L'ENQUETE

Les limites de cette étude portent essentiellement sur la taille de l'échantillon. A son initiation, l'échantillon attendu était de 300 enquêtés mais plusieurs difficultés ont été rencontrées parmi lesquelles la participation d'un seul enquêteur. Ce dernier s'est très souvent heurté à la méfiance clairement affichée du personnel médical, au refus de participer de certains praticiens faute de temps ou d'un désintérêt clairement avoué, l'importance de telles enquêtes n'étant pas encore comprise dans le milieu médical. Un autre biais pourrait provenir de la collecte des fiches d'enquête qui s'est très souvent effectuée en plusieurs étapes sur l'insistance des praticiens prétextant une charge élevée de travail, ce qui leur offrait l'hypothétique possibilité de consulter des documents concernant le sujet.

2. PROFIL DES PRATICIENS

Concernant la catégorie professionnelle, notre enquête dans la région médicale de Dakar avait recensé des Sages-femmes (39%), des Médecins généralistes (25%), des Médecins inscrits au DES de Gynécologie-Obstétrique (28%) et des Gynécologues (8%). Nos recherches ont retrouvé des études sur la prise en charge de la ménopause mais ne ciblant, en général qu'une catégorie professionnelle : les Médecins généralistes. C'est le cas de Begue [10] et de Doucot [28] dont les enquêtes portaient sur le traitement de la ménopause par les Médecins généralistes en milieu urbain en France. L'âge moyen des Médecins

généralistes dans leurs séries étaient de 51 ans pour Begue [10] et 46 ans pour Doucot [28] tandis que dans notre échantillon l'essentiel des Médecins généralistes (91%) avaient entre 20 et 39 ans. Cette différence s'explique aisément par le statut de la médecine générale comme spécialité à part entière en France quand dans les contrées africaines, l'accent est mis sur la spécialisation, la médecine générale n'étant alors qu'une phase de transition, sans statut établi.

Pour ce qui est du genre, la population étudiée était constituée de femmes en plus grand nombre, soit 64%. Parmi elles, 13,1% étaient âgées de plus de 50 ans. Ces dernières exerçaient en tant que Sages-femmes (21%) ou Gynécologues.

Pour ce qui est de l'expérience professionnelle, juste 21,5% des personnes interrogées exerçaient depuis plus de 10 ans, donc bien avant la période des grandes polémiques et des différents consensus portant sur la ménopause troublée et son traitement.

3. CONNAISSANCES DES PRATICIENS EN MATIERE DE MENOPAUSE

3.1. Définition de la ménopause

Nos résultats montrent que seuls 52,6% des praticiens définissaient convenablement la ménopause comme l'arrêt de la fonction ovarienne chez la femme. Le groupe scientifique de l'OMS l'exprime ainsi en 1990 [73], tout en complétant que littéralement la ménopause signifie la cessation définitive des menstruations.

3.2. Signes évocateurs de la ménopause

Pour ce qui est des signes évocateurs de la ménopause, les plus fréquemment cités étaient les bouffées de chaleur (97%), l'aménorrhée secondaire de plus d'un an (81,5%), des modifications gynécologiques (43%) telles que les irrégularités du cycle menstruel et la sécheresse vaginale.

Lorsqu'on compare les signes cités à ceux exprimées par les femmes ménopausées lors des enquêtes, on constate que les bouffées de chaleur constituent le signe fonctionnel le plus fréquemment recensé.

Les enquêtes faites à Dakar auprès de 320 femmes, au Togo auprès de 342 femmes ou au Maroc auprès de 1000 femmes ménopausées [27] le confirment (tableau XVII).

Puis, à des fréquences souvent disparates, d'autres symptômes tels que les sueurs nocturnes, les troubles sexuels, l'asthénie physique, les douleurs ostéo-articulaires sont exprimées. Doit-on y voir un lien avec les représentations psycho-sociales de la ménopause qui divergent selon les cultures? Pour ROZENBAUM, gynécologue français et ancien président de l'AFEM, les chiffres obtenus varient selon la manière d'interroger les femmes de la population étudiée, et surtout l'ancienneté de la ménopause [63].

Tableau XVII : Fréquence des principaux troubles du climatère selon les différentes enquêtes [27]

Principaux troubles	IHF (1970) n= 2000	Chine (1990) n= 5134	Maroc (1995) n= 1000	France (1998) n= 511	Togo (2000) n= 342	Sénégal (2008) n= 320
Bouffées de chaleur	55	36,8	75	82,2	63,2	81,2
Etat dépressif	30	20,7	7,2	30,2	—	—
Sueurs nocturnes	39	37,2	54,5	64,5	46,2	73,4
Insomnie	31	32,4	27,2	53,6	19	65
Maux de tête	38	25,3	53,5	38,2	—	70,9
Fatigue	43	32,9	70	67	42,1	74,3
Troubles sexuels	—	10,1	14,3	41,1	43,2	25,6
Prise de poids	60	—	35,8	61,1	5	—
Modifications cutanées	—	—	5,5	—	—	—
Douleurs ostéo-articulaires	26	25,3	26,5	—	—	74
Nervosité	42	46,6	52,5	55,5	21	8,1
Troubles cardio-vasculaires	24	34,7	13,7	—	—	28,8
Aucun trouble	14	—	20,6	—	—	—

IHF : International Health Fondation

3.3. Examens paracliniques de la ménopause

Dans la plupart des cas, le diagnostic de la ménopause est cliniquement évident et ne nécessite pas d'exploration hormonale [25, 36]. Dans notre étude, 43% des enquêtés savaient que le taux de FSH sanguin est supérieure à sa valeur normale lors de la ménopause, parmi lesquels 81,8% de l'ensemble des gynécologues et 75,7% de l'ensemble des Médecins spécialistes. Une proportion de 17,8% avaient jugé qu'aucun dosage biologique n'est nécessaire. Cependant, ces dosages hormonaux peuvent être utiles dans certains cas, comme le soulignent Groussin-Weyland et coll. [36]:

- chez la femme qui a subi une hystérectomie

- chez la femme sous contraception orale, où les signes de la ménopause peuvent être masqués par la prise d'œstroprogestatifs. Dans ce dernier cas de figure, un dosage de la FSH et de l'œstradiol à la fin de la période d'arrêt entre les deux plaquettes oriente le diagnostic.

Chez une femme de moins de 40 ans en aménorrhée avec troubles vasomoteurs, un diagnostic de ménopause précoce peut être confirmé par un taux élevé de FSH et un taux effondré d'œstradiol.

3.4. Connaissances des études scientifiques portant sur la ménopause

Notre enquête avait retrouvé que les gynécologues en exercice (72,7%) avaient une meilleure connaissance de l'évaluation du THM et des études s'y rattachant, suivis par les DES en gynécologie obstétrique (21,6%), puis par les sages femmes (17%). Les Médecins généralistes (11,8%) étaient les moins informés. Des 29 prestataires ayant affirmé être à jour sur les évaluations du THM et les études associées, seuls 23% avaient mentionné l'étude américaine Women Health Initiative (WHI).

En effet, cette étude [69 , 71 , 74] est à l'origine de la polémique qui a tant fait parler du THS au sein du milieu médical, et chez des patientes via les médias. Il s'agissait d'un essai randomisé contrôlé qui avait été réalisé aux Etats Unis. Son objectif initial et principal était de mettre en évidence un éventuel effet protecteur du THM (l'association estrogènes conjugués équin et l'acétate de médroxyprogestérone dans le cadre de cette étude) sur les accidents cardiovasculaires en prévention primaire, ainsi que son influence sur le risque de cancer du sein invasif qui était fortement suspecté depuis un certain nombre d'études comme la méta-analyse d'Oxford [20].

Le critère de jugement principal était la survenue d'un évènement coronarien, le critère d'échec était la survenue d'un cancer invasif du sein. Les critères secondaires étaient la survenue d'un accident vasculaire cérébral, d'une embolie pulmonaire, d'un cancer de l'endomètre, d'un cancer colorectal, d'une fracture ou d'un décès non lié à un évènement coronaire.

L'indice global, destiné à évaluer le rapport bénéfices/risques du THM, était représenté par le premier évènement survenant chez chaque participante, parmi les critères principaux et secondaires énumérés.

Après 5,2 ans de suivi, le conseil de contrôle et de sécurité avait recommandé d'interrompre l'essai dans le premier bras considérant que l'indice global a franchi la limite admissible pour ce type d'étude.

Si l'on faisait une synthèse des résultats apportés par l'étude WHI, telle qu'elle a pu être faite aux médias et donc au grand public, avant que toutes nuances soient apportées via l'étude des différents biais et des erreurs d'interprétation, on pourrait dire que la WHI confirmait :

- l'effet protecteur du THS sur les fractures vertébrales et du col fémoral dans les deux bras de l'étude,
- l'effet protecteur sur le cancer colo-rectal dans le groupe ECE (estrogènes conjugués équins) + MPA (acétate de médroxyprogestérone) uniquement,
- le risque thrombo-embolique dans les deux groupes,
- le risque de cancer du sein invasif mais uniquement dans le bras ECE + MPA,
- le risque coronarien mais uniquement dans le groupe ECE + MPA et uniquement la première année de traitement.

Ces résultats avaient créé une véritable discorde au sein de la communauté des gynécologues européens et américains et qui, dépassant ce cadre par la voie médiatique, avaient semé le trouble chez les patientes concernées.

Il s'en était suivi plusieurs enquêtes pour apprécier le changement de pratique des praticiens après ces accablants résultats.

La revue de la littérature à ce sujet intéresse presque exclusivement les pratiques médicales d'outre-Atlantique [31 , 38].

Une enquête française intitulée FEMME (Femme Médecin et Ménopause) ayant eu pour objectif d'évaluer le regard des femmes médecins sur leur ménopause et sa prise en charge s'était déroulée en 2002 [41] avant la publication de l'étude WHI [74]. Les résultats de cette étude américaine ayant probablement modifié le regard de ces femmes médecins, une nouvelle enquête FEMME avait été menée par un même groupe d'experts, de Mai à Septembre 2003 [40].

Quatre-vingt pour cent de ces femmes médecins avaient entendu parler de l'étude WHI : 49,2 % par la presse professionnelle, 19,7 % par l'intermédiaire des congrès et enseignements post-universitaires, 14,5 % par la presse écrite grand public, 9,1 % à la télévision ou à la radio et 7,5 % par leurs patientes.

Suite à l'étude WHI, 70,9 % avaient changé leur vision de leur ménopause actuelle ou future, de la façon suivante :

- aucun choix supplémentaire ne s'est porté vers les traitements non hormonaux par rapport à la première partie de l'enquête. En revanche, lorsqu'un traitement hormonal a été choisi, le nombre de choix pour les associations libres d'estrogènes et de progestatifs a augmenté aux dépens des associations estroprogestatives fixes,
- la durée envisagée de ce traitement est de trois à dix ans dans la majorité des cas.

D'autres auteurs ont rapporté, sur la base de suivi de cohorte observationnelle, une diminution de la consommation du THM.

Pour Ettinger et al. [31], 56 % des 670 femmes de 50 à 69 ans interrogées avaient arrêté le THM au cours des six à huit mois suivant la publication princeps de l'étude WHI. Blümmel et al. [15] avaient observé sur une cohorte de 600 femmes ménopausées traitées, que 56,7 % d'entre elles avaient contacté leur Médecin pour abandonner le THM.

Parmi toutes ces publications, seuls Blümmel et al. [15] avaient étudié les effets de la WHI sur les Médecins exerçant sur le territoire américain. Selon leurs résultats, 97,2 % des 283 Médecins interrogés prenaient en compte, pour leur prescription de THM, les conclusions de la WHI ; 64,7 % d'entre eux avaient modifié leur approche clinique comme suit :

- 21,5 % avaient appliqué plus rigoureusement le concept bénéfice/risque,
- 20,1 % avaient utilisé des plus petites doses de THM,
- 8,8 % avaient diminué l'utilisation du schéma d'administration combiné continu,
- 12 % avaient réduit la durée de prescription,
- 7,7 % avaient abandonné le médroxyprogestérone acétate (MPA) ou les estrogènes conjugués équins (ECE).

L'expérience subsaharienne sur le sujet est difficile à apprécier par manque d'études comparatives. Il semble aussi avoir dans notre contexte très peu d'investissement personnel de la part des praticiens pour une mise à jour des connaissances et pratiques médicales (via les revues scientifiques, les congrès ou enseignements post-universitaires...). Il est aussi bon de noter que ardue et coûteuse est l'accessibilité aux informations sur les nouvelles pratiques et nouveaux produits médicaux dans les pays en développement.

Rappelons que pour notre étude, des 29 prestataires sur les 135 ayant affirmé être à jour sur les évaluations du THM et les études associées, seuls 23% avaient mentionné l'étude américaine Women Health Initiative (WHI).

4. ATTITUDES DES PRATICIENS

4.1. Fréquence de consultations de femmes ménopausées

Concernant notre enquête, une grande proportion du personnel de santé (56,3%) recevaient rarement les femmes pour troubles de la ménopause lors de leurs consultations, c'est-à-dire au plus une fois par mois. Quelques 27,4% les recevaient occasionnellement environ une fois toutes les 2 semaines), essentiellement les gynécologues.

Par contre, 11 praticiens, toutes catégories confondues, n'avaient jamais reçu de patientes venant consulter pour des troubles de la ménopause.

Ce fait n'est pas étonnant dans notre contexte où, la culture de la consultation médicale périodique, ou devant un symptôme anormal n'est pas encore ancrée dans les habitudes de nos populations, les manifestations de la ménopause obéissant à cette règle. Or dans les pays développés, la femme est en général précocement suivie par un gynécologue.

Le désintérêt des femmes pour les consultations en matière de ménopause s'expliquerait aussi par les nombreuses sources d'informations à leur portée.

L'étude dakaroise en 2008 [27] portant sur 320 femmes ménopausées avait révélé 132 femmes se disant bien informées sur la ménopause. L'entourage était la source d'information principale pour 50% d'entre elles. Dans 21,9% des cas, l'information était délivrée par les Sages-femmes, dans 14,3% des cas par les médias et dans 13,6% des cas par les Médecins.

L'information reçue par ces femmes sur la ménopause était en grande partie incomplète. Ainsi, seules 8 femmes avaient une connaissance suffisante sur la ménopause, soit 6% des femmes bien informées.

Dans une étude publiée en 2000, Sogaard et coll. [64] avaient interviewé des femmes norvégiennes de 16 à 79 ans. Il en résultait que les sources d'information semblaient être divisées en 3 catégories d'importance équivalente : les médias, les Médecins et les amies/collègues. Cependant, lorsque les informations étaient données par les Médecins, les connaissances sur le THM semblaient être meilleures et les femmes plus disposées à l'utiliser.

4.2. Bouffées de chaleur : indication valable du THM ?

Parmi les prestataires interrogés, 62% estimaient que le THM se justifie devant les troubles climatiques, spécialement les bouffées de chaleur contre 27% qui n'en voyaient pas l'utilité : symptôme banal d'une population féminine souvent très « capricieuse » à ce tournant de la vie ? ou méfiance vis-à-vis du THM et de ses effets secondaires ?

Quoi qu'il en soit, l'OMS, depuis 1946, définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » [57].

Il est communément admis que le THM diminue de manière considérable la survenue des troubles fonctionnels de la ménopause, améliorant ainsi la qualité de vie [12].

En 2005, Jamin publiait une enquête d'opinion menée auprès de 1229 gynécologues français dont le but était de hiérarchiser une liste, la plus exhaustive possible, des symptômes ou plaintes en fonction de leur lien éventuel avec la ménopause, leur expression spontanée par les patientes, et leur justification d'une prise en charge hormonale [42 , 43]. Il en ressortait que les symptômes classiques (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale) faisaient l'unanimité parmi les gynécologues, quel que soit l'âge ou le

sexe de ces derniers, tant en ce qui concerne le lien avec la ménopause, l'expression spontanée par les patientes ou la justification de la prise en charge hormonale. Cette prise en charge s'accompagne évidemment d'un suivi médical approprié.

4.3. Suivi médical des femmes ménopausées.

- **La mammographie**

La surveillance par mammographies doit avoir lieu tous les deux ans à partir de 50 ans, avant s'il existe des antécédents familiaux de cancer du sein. La palpation des seins par le Médecin ne suffit pas dans la mesure où l'on peut difficilement dépister des lésions de moins de un centimètre [58]. Par ailleurs, il faut noter que sous traitement hormonal de la ménopause, 5 à 25 % des femmes ont les seins denses, ce qui peut rendre difficile l'interprétation de la mammographie. Dans ce dernier cas, une échographie mammaire est associée à la mammographie ou bien les mammographies sont rapprochées.

- **Le dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires**

Le THM n'exerce pas d'effet protecteur sur les maladies cardio-vasculaires. Il existerait même une augmentation du risque la première année de traitement. Que les femmes soient traitées ou non, il convient de rechercher un diabète, une dyslipidémie, une hypertension artérielle, une consommation de tabac et une sédentarité. A l'interrogatoire, on recherchera l'absence d'angor ou d'accident ischémique transitoire.

- **Le dépistage du cancer du col**

Une conférence de consensus s'était tenue en France à Lille en 1990. Il a été proposé d'effectuer des frottis cervico-vaginaux tri-annuels jusqu'à 65 ans.

Concernant notre enquête, pour ce qui est de la mammographie, juste 52,6% en demandaient systématiquement. Par contre, ils étaient 75,6% à proposer un FCV, parmi lesquels 86,5% des Médecins DES et 100% des gynécologues établis. Les plus modestes en demande d'examens complémentaires étaient les Médecins généralistes dont 75% affirmaient ne pas faire de suivi de femmes ménopausées.

4.4. Le THM et risque de cancer

4.4.1. Le cancer du sein

Certaines études de cohorte ont été menées dans le but d'analyser la relation entre le THM et le risque de survenue du cancer de sein, en l'occurrence, les travaux britanniques dont l'étude Million Women Study (MWS) et français dont l'étude E3N.

Concernant l'étude MWS [68], il s'agissait d'une vaste cohorte britannique initiée en 1996 par le National Health Service Breast Screening Programme (NHSBSP). Chaque femme britannique âgée de 50 à 64 ans, inscrite dans les registres du NHSBSP avait été invitée à un dépistage systématique du cancer du sein via une mammographie. Au total, 1 084 110 femmes étaient recrutées entre 1996 et 2001, qu'elles soient ménopausées ou non. Elles n'avaient pas d'antécédents de cancer du sein au moment de leur inclusion. La moyenne d'âge était de 55,9 ans. La moitié des femmes prenaient une hormonothérapie : 41% un œstrogène non associé, 50% une association oestroprogestative, 6% la tibolone, 3% un traitement autre non précisé.

Sur cette période, 9364 cancers du sein avaient été diagnostiqués et 637 décès par cancer du sein invasifs étaient enregistrés. Les principaux résultats étaient donc :

- une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes sous THM, quel que soit le type de traitement utilisé (oestroprogestatifs, œstrogènes seuls ou tibolone). C'était la première fois que le risque de cancer du sein était observé avec la tibolone. Elles voyaient aussi le risque relatif de mourir de cancer du sein s'élever à 1,22 (IC à 95% : 1.00-1.48),
- un risque supérieur avec les associations oestroprogestatives qu'avec les œstrogènes non associés ou la tibolone,
- aucune différence du risque de cancer du sein n'était observée en fonction du type d'œstrogènes (conjugués équins ou oestradiols), de leur posologie, et de leur voie d'administration (orale, transdermique ou implantable), du type de progestatifs utilisés : MPA, norethindrone et norgestrel et du régime séquentiel ou continu,
- une augmentation du risque relatif de cancer du sein en fonction de la durée du traitement quelque soit le type de THM utilisé. Le risque relatif de cancer du sein semblait disparaître à l'arrêt du traitement.

Même si de nombreux biais ont été répertoriés, l'étude MWS garde une valeur d'orientation, venant s'accorder avec les résultats de l'étude WHI. D'autres essais cliniques comparatifs évaluant l'hormonothérapie particulièrement celle utilisée en Europe ont été réalisés dont l'étude E3N.

Concernant l'étude E3N [34] réalisée en 2005, elle constituait la première étude de cohorte à grande échelle effectuée en France sur l'effet du THM sur le risque de cancer du sein. Cette étude était la branche française de la grande étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition). Dans ce cadre, l'équipe de F. Clavel-Chapelon, de l'INSERM

(Institut national de la santé et de la recherche médicale), suivait depuis juin 1990 une cohorte de 54 548 femmes ménopausées appartenant à la mutuelle de l'éducation nationale (MGEN). Le but de l'étude était de définir les effets des différents THM sur l'apparition de cancer du sein. Il s'agissait de femmes ménopausées, non préalablement traitées, dont l'âge moyen d'inclusion est 52,8 ans. Le suivi moyen était de 5,8 ans. Comme résultats, l'étude montrait que, globalement, pour tout type de THM, il y a une légère augmentation du risque de cancer du sein, conformément aux autres études. Mais le risque est différent selon le type de THM utilisé :

- dans le groupe œstrogènes seuls, le sur-risque de cancer du sein est minime voire inexistant,
- dans le groupe oestroprogestatifs, le risque de cancer du sein dépend de la nature du progestatif utilisé :
 - * l'association progestérone micronisée + œstrogènes semble dépourvue d'effet cancérigène, du moins à court terme,
 - * l'association progestatif de synthèse + œstrogènes augmente le risque de cancer du sein.

Comme l'étude précédente, de nombreux biais avaient été répertoriés. Mais cette étude a le mérite d'établir une distinction en fonction des hormones administrées.

Selon le rapport d'orientation de l'AFSSAPS, Il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un traitement hormonal de la ménopause. Celui-ci représente quatre à six cas supplémentaires sur 1000 femmes traitées pendant cinq ans [2]. Aucune différence n'est démontrée en fonction de la voie d'administration du 17 beta œstradiol [2]. Le sur-risque du cancer du sein augmente avec la durée du traitement. Il n'y a pas de durée minimale pour laquelle il n'y a aucun risque. En revanche, un sur-risque de cancer du sein est

formellement démontré pour une durée d'utilisation supérieure à cinq ans [2]. Le sur-risque du cancer du sein retombe à une valeur proche du risque des non-utilisatrices dans les cinq ans qui suivent l'arrêt du THM [2].

4.4.2. Le cancer de l'endomètre

L'oestrogénothérapie seule multiplie le risque par quatre à cinq [2]. Chez les femmes ayant leur utérus, la prise cyclique ou continue de progestatif protège de façon nette l'endomètre de la transformation hyperplasique par rapport à l'oestrogénothérapie, si le progestatif est pris au moins 12 jours par mois [11].

Concernant notre enquête, juste 45,2% des praticiens favorables au THM estimaient que le THM peut être un risque de cancer gynécologique hormonodépendant.

5. PRATIQUES CONCERNANT LA MENOPAUSE

5.1. Prescription du THM

De notre étude, seuls 5% de la population étudiée avait déjà eu à prescrire un THM. Il s'agissait exclusivement des gynécologues, ce qui contraste avec les pratiques médicales d'autres contrées particulièrement celles des pays industrialisées.

En France, d'après les données recueillies de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM), réalisée par la société IMS Health entre mai 1998 et mai 1999, les femmes ménopausées sont suivies en consultation en médecine de ville pour les troubles liés à la ménopause et à la péri-ménopause par un Médecin généraliste dans 52% des cas et par un gynécologue dans 48% des cas [21].

L'étude conduite par Organon en collaboration avec IMS Health estime que les prescriptions de THS proviennent à 27,4% des Médecins généralistes et à 72,6% des gynécologues [21].

5.2. Durée d'utilisation du THM

L'audition publique organisée par l'ANAES et l'AFSSAPS en avril 2004 [2] conclut à une augmentation du risque de cancer du sein avec la durée du traitement, «formellement démontré pour une durée d'utilisation supérieure à 5 années», retombant à «une valeur proche du risque des non utilisatrices dans les 5 années qui suivent l'arrêt du THM, la persistance du risque dépendant de la durée d'utilisation».

Dans les pays développés, la polémique ayant fait rage en ce qui concerne la durée d'exposition des femmes ménopausées au THM vis à vis du risque de cancer du sein a eu un véritable retentissement sur la pratique des Médecins.

Begue et al.[10], dans leur étude épidémiologique sur l'évolution de la prise en charge de la ménopause depuis 2003 par 104 Médecins généralistes du 11^{ème} et 12^{ème} arrondissement de Paris, concluaient qu'avant 2003, 87% des Médecins prescrivaient en moyenne un THM pour plus de 5 ans, alors qu'après 2003, au moins 65% le prescrivent pour moins de 5 ans.

Cette donnée est confirmée par l'étude française menée dans le Nord Pas de Calais, portant sur une population de 237 Médecins généralistes, publiée par la revue « mt Médecine de la reproduction » [30]. Quoique dans cette dernière, la différence est moins flagrante puisque la proportion des Médecins prescrivant un THM pour une durée supérieure ou égale à 5 ans est passée de 84,99% avant 2002 à 66,20% en 2004.

D'après ces deux études il semble donc que l'AFSSAPS et la HAS ont rempli leur objectif de sensibilisation des Médecins pour que le THM soit prescrit au maximum 5 ans.

De notre enquête, il en ressortait que le THM était toujours prescrit pour une durée inférieure à 5ans.

5.3. Contre-indications du THM

En tête de liste de ces contre-indications, étaient cités dans le cadre de notre enquête, le cancer du sein et les pathologies cardio - vasculaires et/ou antécédents cardio-vasculaires (17% chacun). Puis suivaient les cancers gynécologiques (14,1%) et l'hypertension artérielle (8,1%).

Cependant 54,1% (soit plus de la moitié de l'échantillon) avaient avoué ne pas connaître les contre indications du THM.

D'après le VIDAL 2009 qui fait référence aux recommandations de l'AFSSAPS/ANAES, les contre-indications aux oestrogènes sont :

- le cancer du sein connu ou suspecté, ou antécédents de cancer du sein,
- les tumeurs malignes oestrogénodépendantes connues ou suspectées,
- l'hémorragie génitale non diagnostiquée,
- l'hyperplasie endométriale non traitée,
- l'antécédent d'accident thromboembolique veineux idiopathique ou accident thromboembolique veineux en évolution (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire),
- l'accident thromboembolique artériel récent ou en évolution (angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire...),
- l'affection hépatique aigue ou antécédent d'affection hépatique, jusqu'à normalisation des tests hépatiques,
- l'hypersensibilité connue à l'un des principes actifs ou à l'un des excipients,
- la porphyrie.

Le traitement doit être arrêté immédiatement en cas de survenue d'une contre-indication citée précédemment ou dans le cas suivant :

- un ictère ou altération de la fonction hépatique,
- une augmentation significative de la pression artérielle,
- des céphalées de type migraine inhabituelle.

5.4. Traitements alternatifs au THM

En pratique, 61,5% des praticiens prescrivaient des phytoestrogènes comme traitement alternatif tandis que 24,4% ne prescrivaient aucune thérapie.

L'utilisation des phytoestrogènes dans la prise en charge des symptômes climatiques est de loin plus adaptée à nos réalités que le THM, même s'ils ne le remplacent pas. Les contre-indications sont moins nombreuses, le suivi et l'observance moins contraignant, le coût moins élevé, la prescription plus facile. De ce fait, ils sont facilement maîtrisés par le personnel paramédical qui est notamment le premier répondant des populations dans la gestion des problèmes de santé de la reproduction. Cependant, les phytoestrogènes qui ne sont en fait que des compléments alimentaires, ne pourraient se substituer en aucun cas au THM dans la prise en charge des troubles de la ménopause.

6. BESOIN DE FORMATION CONTINUE SUR LA MENOPAUSE

Une proportion de 61,4% des praticiens estimait la formation reçue sur la ménopause insuffisante et 94,1% sont disposés à recevoir des informations supplémentaires à ce sujet.

CONCLUSION

La ménopause, phénomène physiologique, correspond à l'arrêt définitif des menstruations dû à la perte de l'activité folliculaire ovarienne. La carence œstrogénique résultante entraîne, à court terme, un syndrome climatérique d'intensité variable, et à plus long terme, elle est associée à une perte osseuse notable et à une possible augmentation du risque cardio-vasculaire. Une première étude dakaroise [27] avait été réalisée auprès de 320 femmes ménopausées. Cette étude menée en 2008 avait pour but d'apprécier l'ampleur du phénomène «ménopause troublée» et apprécier la qualité du vécu de la ménopause. Elle avait révélé qu'une proportion importante de femmes, (50,6%) vivait difficilement cette période et était désireuse d'un traitement symptomatique [18]. Il nous a paru nécessaire d'évaluer la prise en charge de la ménopause par le personnel de santé des structures sanitaires de Dakar en réponse aux attentes de cette tranche de la population ; ce qui était l'objectif général de notre enquête. Les objectifs spécifiques étaient d'identifier le profil du personnel de santé ciblé, de déterminer le niveau de connaissance sur la ménopause et ses troubles et enfin, d'apprécier l'attitude et les pratiques face aux troubles de la ménopause.

Il s'agissait d'une enquête réalisée de Mars à Juillet 2011. L'étude ciblait des Sages-femmes, des Médecins généralistes, des Médecins en spécialisation aux services de Gynécologie-Obstétrique et des gynécologues-obstétriciens. Notre enquête a concerné 188 prestataires exerçant dans 27 structures de la région médicale de Dakar. Sur les 188 questionnaires soumis, 135 nous avaient été remplis, soit un taux de réponse de 72,8%.

Concernant la population étudiée, les Sages-femmes et les Médecins en spécialisation étaient les prestataires les plus représentés (respectivement 39% et 28%). Ils étaient 49% à exercer dans les hôpitaux publics; 51% étaient âgés de 30 à 39 ans. Le sexe féminin était majoritaire (64%); 13,1% des femmes étaient âgées de plus de 50 ans et donc plus concernées par la ménopause et ses

troubles. Une proportion de 21,5% exerçait depuis plus de 10 ans et était donc déjà active au moment des polémiques concernant le traitement de la ménopause.

Concernant les connaissances, la définition appropriée de la ménopause était connue de la moitié des enquêtés. Les bouffées de chaleur et l'aménorrhée secondaire de plus d'un an étaient les signes évocateurs de la ménopause les plus cités. L'ostéoporose et les pathologies cardio-vasculaires étaient les plus fréquemment évoquées comme conséquences à long terme de la ménopause. Moins de la moitié des enquêtés (43%) savait que le taux de FSH sanguin est supérieur à sa valeur normale lors de la ménopause. Les insuffisances ont concerné les études scientifiques portant sur le traitement de la ménopause et leur impact sur la prise en charge des patientes : 78,5% de tous les enquêtés n'en avaient pas connaissance. Seuls 23% des prestataires affirmant être à jour sur les évaluations du THM avaient mentionné l'étude américaine WHI.

Concernant l'attitude du personnel de santé lors de la prise en charge de la ménopause, la fréquence des femmes ménopausées vues en consultation était faible. Plus de la moitié des prestataires (56,3%) recevaient au maximum une fois /mois une femme pour des troubles de la ménopause. Une bonne proportion des prestataires (62%) estimait que le THM se justifiait devant les troubles climatiques. Pour ce qui est des examens complémentaires demandés lors du suivi des femmes ménopausées: 75,6% des prestataires proposaient un FCV, et 52,6% proposaient une mammographie.

En matière de pratique, seuls 5% du personnel avait déjà eu à prescrire un THM ; il s'agissait exclusivement des gynécologues ; 61,5% des praticiens optaient pour des phytoestrogènes comme traitement alternatif.

Un besoin de formation sur la ménopause était exprimé par 94,1% des enquêtés.

De manière globale, notre étude montre que les connaissances générales sur la ménopause sont satisfaisantes du moment où la majeure partie des prestataires sont en mesure de poser le diagnostic et de prévoir les conséquences du déficit hormonal. Bon nombre de prestataires sont favorables à la prise en charge médicale de la ménopause troublée. Cependant, nous notons une certaine insuffisance en matière de traitement de la ménopause, aussi bien dans le cadre de la thérapie hormonale que dans l'utilisation des moyens alternatifs. Un certain engouement est noté par rapport à l'usage des phytoestrogènes.

Ces résultats nous incitent à formuler certaines recommandations :

- Renforcer le niveau de connaissances et de compétences des prestataires (Sages-femmes, Médecins généralistes, gynécologues) par des enseignements dans la formation de base, des enseignements post-universitaires et des sessions de formation continue,
- Mettre sur pied une association sénégalaise pour l'étude de la ménopause regroupant des Médecins, des Sages-femmes, et des psychologues,
- Améliorer le niveau de connaissance de la population sur la ménopause par le biais de l'information, de l'éducation et de la sensibilisation.

REFERENCES

1. **Afanoukoe AS.** Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la ménopause à Dakar : enquête sur un échantillon de 383 femmes ménopausées. Thèse Méd, UCAD, 2004; n° 95: 104p.
2. **AFSSAPS – ANAES.** Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation du 12 Mai 2004. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272308/fr/les-traitements-hormonaux-substitutifs-de-la-menopause?xtmc=&xtr=2 (consulté le 25/04/2013).
3. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose. Fiche de synthèse. Mai 2007. [en ligne] http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=Comment+prévenir+les+fractures+dues+à+l'ostéoporose.+Fiche+de+synthèse&opSearch=&lang=fr (consulté le 25/04/2013).
4. **Agence Nationale de la Statistique et la Démographie.** Les indicateurs clés du Sénégal. [en ligne] http://www.ansd.sn/sénégal_indicateurs.html (consulté le 24/05/2013).
5. **Agence Nationale de la Statistique et la démographie.** Rapport national de présentation des résultats définitifs du troisième recensement de la population et de l'habitat du Sénégal. [en ligne] http://www.ansd.sn/publications/rapports_enquetes_etudes/enquetes/RGPH3_RAP_NAT.pdf (consulté le 24/05/13).

6. **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.** L'ANSM, agence d'évaluation d'expertise et de décision. [en ligne]. <http://ansm.sante.fr/L-ANSM2/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/%28offset%29/0> (consulté le 25 Avril 2013).
7. **Arnaud R.** La ménopause à travers l'histoire, de l'Antiquité à nos jours. Thèse Méd, Dijon, 1991; n°91: 245p.
8. **Association Française pour l'étude de la ménopause.** <http://www.menopauseafem.com/afem/> (consulté le 24/05/2013).
9. **Banque Mondiale.** Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé. New York, Oxford University Press, 1993.
10. **Begue C.** La femme ménopausée et son médecin dans l'histoire. Les traitements proposés. Thèse Méd, Paris 6, 2008; n°12: 153p.
11. **Beral V, Bull D, Reeves G.** Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2005; 365(9470):1543–51.
12. **Bercier S, Leroux G, Roudot-Thoraval F et al.** Qualité de vie de 214 femmes ménopausées en fonction de la prise ou non du THS. Rev Prat 2004;18:672-73.

13. **Berdah S.** Freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes l'utilisant au-delà de la durée préconisée. Thèse Méd, Paris 7, 2010; n°12: 181p
14. **Bibliothèque de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.** Liste des thèses par année. <http://biblio.medramo.ac.ma/bib/index.php/theses> (consulté le 24/05/2013).
15. **Blümmel JE, Castelo-Branco C, Chedraui PA, Binfa L, Dowlani B, Gomez MS, et al.** Patients' and clinicians' attitudes after the Women's Health Initiative Study. *Menopause* 2004; 11: 57–61.
16. **Centre d'Etude de Recherche et de Formation en Langues Africaines.** Carte de la région de Dakar. <http://www.cerfla.org/carte-de-la-region-de-dakar-2/> (consulté le 13 /06/2013).
17. **Chanson P.** Historical perspective of hormone replacement therapy. *Rev Prat* 2005; 55(4): 369-75.
18. **Cissé CT, Diouf AA, Dieng T, Guéye Diéye A, Moreau JC.** Ménopause en milieu africain : épidémiologie, vécu et prise en charge à Dakar. *La lettre du Gynécologue* 2008; 335: 6-10.
19. **Clunie G, Keen R.** Ostéoporose. 1ère ed. Paris: Elsevier-Masson, 2009:198p.

20. **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.** Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women without breast cancer. Lancet 1997; 350: 1047-1059.
21. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français :** La ménopause et ses complications – La demande de soins. Gynécologie et santé des femmes. http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_14.htm (consulté le 24/05/2013).
22. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).** Les diaporamas « en direct » des journées nationales. [en ligne]. http://www.cngof.asso.fr /D_PAGES /conf_direct.htm (consulté le 24/05/2013).
23. **Delanoe D.** Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause. Thèse d'exercice d'anthropologie sociale et ethnologie 2001; n°4: 629p.
24. **Delanoë D.** Sexe, croyances et ménopause. Paris : Hachette Littératures, 2006: 261p.
25. **De Lignières B.** Les méno-fiches: instauration d'un THS dans la ménopause confirmée. Paris : Laboratoires Besins, 1998:1-9.

26. **Dias S.** Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse Méd, Paris7 ;2010; n°6:139p.
27. **Diouf AA.** Ménopause en milieu africain : épidémiologie, vécu et prise en charge à Dakar. Thèse Méd, UCAD, 2008; 2: 180p.
28. **Doucot C.** Traitement Hormonal Substitutif et Risque de Cancer du Sein : Les Généralistes et les Médias. Thèse Med, Paris 6, Saint Antoine; 2006 ;8:91p.
29. **Douki S, Nacef F, Bouzid R, Choubani Z.** Les conséquences psychosociales de la ménopause : réalités, symboles et mythes. Med Magh 2005;69:1-7.
30. **Duriez M, Dubois N, Brabant G.** La prescription de traitement hormonal de la ménopause dans le Nord-Pas de Calais: quels changements depuis 2002. Med Reprod 2006;8;1:61-65.
31. **Ettinger B, Grady D, Tosteson AN, Pressman A, Macer JL.** Effect of the women's health initiative on women's decisions to discontinue postmenopausal hormone therapy. Obstet Gynecol 2003;102:1225–32.
32. **Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat :** Unité de formation et de recherche en gynécologie-obstétrique.
<http://www.medramo.ac.ma/fmp/images/docs/Internat%20residanat/residanat/livgyneco.pdf> (consulté le 24/05/2013).

33. **Forum des médecins au Maroc. 12ème congrès national de ménopause.** <http://medecine-maroc.xooit.com/t16052-12eme-congres-National-de-Menopause.htm> (consulté le 24/05/2013).
34. **Fournier A, Berino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F.** THS et risque de cancer du sein - Résultats de la cohorte E3N. *Reprod Hum Horm* 2005;18:186-93.
35. **Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal.** <http://www.gemvi.org/> (consulté le 24/05/2013).
36. **Groussin-Weyland, Badonnel Y.** Suivi biologique de la ménopause. *Ann. Biol Clin* 1998;56(2):161-165.
37. **Haute Autorité de Santé.** Missions de la HAS. [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/missions-de-la-has (consulté le 24/05/2013).
38. **Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS.** National use of postmenopausal hormone therapy. Annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004;291:47-53.
39. **Hill K.** The demography of menopause. *Maturitas* 1996;23:113-127.
40. **Jamin C, Raccach-Tebeka B, Chevallier T, Micheletti M.-C.** Impact de l'étude WHI sur le comportement des femmes médecins vis-à-vis de la ménopause. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(6):499-505.

41. **Jamin C, Raccach-Tebeka B.** Enquête Femme : la Femme médecin et la ménopause. In: « La féminité à 50 ans ». Elsevier S.A.S. 2003:56–72.
42. **Jamin C, Leutenegger E, Senoussi S, Devaux C.** La cinquantaine et la ménopause. Plaintes exprimées et non exprimées par les patientes. Perception par les médecins et impact sur la prise en charge. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:119-125.
43. **Jamin C.** Réalité de l'amélioration de la qualité de vie des femmes ménopausées par le traitement hormonal de la ménopause. *Gynecol Obstet* 2004;83:167-173.
44. **Lachowsky M.** Qualité de vie : ancien concept, nouvelles exigences?. *Reprod Hum Horm* 2004;17(5):398-400.
45. **Ledesert B, Ringa V, Breart G.** Menopause and perceived health status among the women of the french GAZEL cohort. *Maturitas* 1995;20:113-120.
46. **Lefebvre J, Wemeau J L, Delaway D.** Révision accélérée en endocrinologie. 2ème éd., Paris : Maloine, 1986:282p.
47. **Leridon H.** Démographie de la ménopause : quelques données (ici et ailleurs). *Gynécologie Internationale* 1997;6:330-1.
48. **Marcocci C, Cetani F, Viganli E and Pinchera A.** Magnitude and impact of osteoporosis and fractures. Genezzani AR, *PostMenopausal Osteoporosis*, Ed Taylor and Francis, 2006:320p.

49. **Meirik O, Benagiano G.** Hormone replacement therapy: its impact on this risk of breast cancer. In: Popkin D.R., Peddle L.J. Women's health today. The proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and Obstetrics. New York, Partenon Publishing Group 1994:337-342.

50. **Meunier JP.** Introduction: les défis épidémiologiques et thérapeutiques de l'ostéoporose. Rev. Rhum 2005;72:S1-S3.

51. **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.** Le système de santé du Sénégal. http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1291&Itemid=732. (consulté le 24/05/2013)

52. **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.** Carte sanitaire du Sénégal. www.ansd.sn/index.php. (consulté le 24/05/2013)

53. **Moreau JC, Yatera S.** La ménopause : revue de la littérature. Journal SAGO 2003 ;4;2:32-40.

54. **Nizard J.** Médicale, obstétricale ou chirurgicale, quel type de pratique intéresse les internes d'aujourd'hui ? J Gynecol Obstet Reprod 2002;31: 550-3.

55. **Nizard J.** Ménopause et Andropause. [en ligne] <http://www.laconferencehippocrate.com/pdfs/collection-hippocrate/I-5-55.pdf> (consulté le 24/05/2013).

56. **Oldenhav A, Jaszmann LJB, Haspels A, Everaerd A.** Impacts of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. Am J Obstet Gynecol 1993;84:29-34.
57. **Organisation Mondiale de la Santé.** Préambule à la constitution de l'OMS/ Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n° 2: 100p.
58. **Ouzounian S, Chabbert-Buffet N.** Surveillance d'une femme ménopausée. Rev Prat 2005;55:403-412.
59. **Pline l'Ancien.** Histoire naturelle. Paris : Les Belles Lettres, Livre 7, Tome14; 1947:261p.
60. **Quereux C, Fortier D.** Bouffées de chaleur en péri-ménopause. Reprod Hum Horm 2003;16;4:217-222.
61. **Regestein QR.** Perturbation du sommeil et ménopause. In : LORRAIN J. La ménopause: prise en charge globale et traitement, Québec : Ed Maloine, 1995:341-348.
62. **Rozenbaum H.** Ménopause: la vérité sur les hormones. Lyon: Ed Josette, 2006:237p.
63. **Rozenbaum H.** Traitement hormonal substitutif et qualité de vie. Reprod Hum Horm 2004;17 (3):205-211.

64. **Sogaard AJ, Tollan A, Berntsen GK, Fonnebo V, Magnus JH.** Hormone replacement therapy: knowledge, attitudes, self-reported use - and sales figures in Nordic women. *Maturitas* 2000; 35(3):201-14.
65. **Soranos d'Ephèse.** Maladies des femmes. Collection des Universités de France, Paris, Les Belles Lettres, livre I, tome I, 1988:487p.
66. **Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF).** La ménopause. <http://www.syngof.fr/~syngof/pages/fmc/MSTmenopause.html>. (Consulté le 24/05/2013).
67. **Taurelle R, Tamborini A.** La ménopause. Paris: Ed. Masson, 198:181p.
68. **The Million Women Study Collaborators.** Breast cancer and hormone replacement therapy in the MillionWomen Study. *Lancet* 2003;362:419-427.
69. **The Women's Health Initiative Study Group.** Design of the Women's Health Initiative clinical trial and observational study. *Controlled Clinical Trials*, 1998;19:61-109.
70. **Wiklund I.** Evaluation de la qualité de vie au moment de la ménopause. Stéroïdes, ménopause et qualité de vie. Paris: Ed Elsevier, 1993:51-63.
71. **Women's Health Initiative Steering Committee.** Effects of combined equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2004;291: 1701-12.

72. **World Health Organization Scientific Group.** Research on the Menopause in the 1990's. 1994 Geneva, Switzerland WHO Technical Report Series 866. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf (consulté le 24/05/2013).
73. **World Health Organization (WHO).** Research on the Menopause. Report of a WHO Scientific Group, Technical Report Genève, 1981, Series 670. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_670.pdf (consulté le 24/05/2013).
74. **Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators.** Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post menopausal women. JAMA, 2002;288:321-333.

ANNEXES

2/ QUESTIONS SUR LA CONNAISSANCE

2.1 Quelle définition pouvez-vous donner à la ménopause (cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée) ?

- ☐ Arrêt des règles depuis 6 mois chez la femme qui a atteint la cinquantaine
- ☐ Arrêt de la fonction ovarienne chez la femme
- ☐ Aménorrhée de plus d'un an, quel que soit l'âge de la femme
- ☐ Apparition de bouffées de chaleur chez la femme de la cinquantaine
- ☐ Je ne sais pas

2.2 Citer 4 signes évocateurs de la ménopause par ordre de fréquence

- ☐ ☐
- ☐
- ☐ ☐
-
- ☐ je ne sais pas

2.3 Citer 3 conséquences à long terme de la ménopause

- ☐ ☐
-
- ☐ ☐ Je ne sais pas

2.4 les tests qui permettent de confirmer le diagnostic de la ménopause peuvent être (cocher les réponses justes)

- ☐ un test à la progestérone positif
- ☐ un taux de FSH sanguin sup à la normale
- ☐ une progestéronémie élevée
- ☐ un taux de LH inférieur à la normale
- ☐ aucun test n'est nécessaire
- ☐ je ne sais pas

2.5 Avez-vous entendu parler de l'étude WHI (Women's Health Initiative) ?

- ☐ Oui. Son objectif était :
 - ☐ Evaluer l'efficacité et la tolérance du Traitement Hormonal Substitutif lors de la prise en charge de la ménopause.
 - ☐ Evaluer la symptomatologie de la ménopause.
 - ☐ Je ne sais pas
- ☐ Non

3/ QUESTIONS SUR L'ATTITUDE

3.1 Lors de vos consultations, informez-vous les patientes ménopausées de leur état ?

☐ oui ☐ non ☐ rarement

3.2 A quelle fréquence recevez-vous des femmes consultant pour des troubles de la ménopause ?

☐ régulièrement (environ 2-3 fois chaque semaine)

☐ occasionnellement (environ 1 fois chaque 2 semaines)

☐ rarement (environ 1 fois par mois)

☐ pas du tout

☐ Autre

réponse.....

.....

3.3 Quelle est, des lors votre attitude :

☐ Vous les prenez en charge

☐ Vous les referez - ☐ à un gynécologue

- ☐ à un autre médecin spécialiste (à

préciser).....

☐

Autre.....

.....

3.4 Pensez vous que le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) se justifie devant les troubles climateriques (Bouffées de chaleur) ?

☐ Oui :

- ☐ il n'y a pas de risque pour la patiente.

- ☐ Mais c'est un facteur de risque de cancer

- ☐ (Autre réponse)

.....

☐ Non

☐ Je ne sais pas

3.5 Au cours du suivi d'une femme ménopausée

☐ Vous proposez une mammographie systématiquement ☐ oui ☐ non ☐ rarement

- ☐ Vous proposez un FCV (Frottis Cervico-Vaginal) systématiquement ☐ oui ☐ non ☐ rarement
- ☐ Vous proposez une glycémie à jeun systématiquement ☐ oui ☐ non ☐ rarement
- ☐ Vous proposez un autre examen.
- Lequel ?.....
- ☐ Vous ne faites pas de suivi de femmes ménopausées.

4/ QUESTIONS SUR LA PRATIQUE

4.1 Prescrivez-vous le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) ? (cochez votre réponse)

- ☐ Oui
- ☐ Non (Dans ce cas, veuillez-vous rendre aux questions 4.5 et 4.6)

4.2 Quelles sont les classes thérapeutiques que vous utilisez lors du Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)

- ☐ Œstrogène seul.....
- ☐ Progestatif seul.....
- ☐ Association Oestro-Progestatif.....
- ☐ Autres.....
-

4.3 Dans votre pratique, quelles sont les voies d'administration usuelles ?

- Pour l'œstrogène : ☐ voie orale ☐ voie nasale ☐ voie transcutanée ☐ autre.....
- Pour les progestatifs : ☐ voie orale ☐ voie nasale ☐ voie transcutanée ☐ autre.....
- Pour les Œstroprogestatifs : ☐ voie orale ☐ voie nasale ☐ voie transcutanée ☐ autre.....
- (Autre choix)..... ☐ voie orale ☐ voie nasale ☐ voie transcutanée ☐ autre.....

4.4 La durée moyenne du THM que vous instituez est de:

☐ 1 – 2 ans ☐ 2 - 5 ans ☐ 5 – 7 ans ☐ plus de 7 ans ☐ autre.....

4.5 Selon vous, quelles sont les contre-indications du THM ?

☐

☐

☐

☐ Je ne sais pas

4.6 Quels traitements alternatifs au THM prescrivez-vous ?

☐ Phyto-œstrogènes (INOCLIM) ☐ Acupuncture

☐ Tibolone (LIVIAL) ☐ SERM (TAMOXIFENE) ☐ Autre

.....

5/ BESOIN DE FORMATION

5.1 Avez-vous une fois bénéficié d'un enseignement sur la ménopause ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne m'en souviens pas

5.2 Pensez-vous que la formation reçue sur la ménopause est:

☐ suffisante

☐ moyennement suffisante

☐ pas du tout suffisante

☐ je n'en ai jamais fait

5.3 Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire sur la ménopause et ses troubles ?

☐ oui ☐ non

Si oui indiquez la période et le lieu qui vous conviendraient

.....

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du jury

Vu :

Le Doyen de.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

SANDJON Tatiana Gisèle

RESUME

Objectifs : Evaluer le niveau de connaissance de la ménopause et apprécier l'attitude et les pratiques face aux troubles de la ménopause.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une enquête réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme ciblant des sages-femmes, des médecins généralistes, des médecins en spécialisation en gynécologie-obstétrique et des gynécologues-obstétriciens de la région médicale de Dakar. Cette enquête a été menée sur une période de cinq mois allant de Mars à Juillet 2011.

Résultats : Notre enquête a porté sur 135 prestataires. Il s'agissait essentiellement de sages-femmes (39%) et de médecins en spécialisation (28%). L'âge moyen était 35 ans. Le sexe féminin était majoritaire (64%). Vingt et un pour cent des prestataires exerçaient depuis plus de 10 ans. La définition de la ménopause était connue de 52,5% (n = 71) des prestataires. Les bouffées de chaleur et l'aménorrhée secondaire de plus d'un an étaient les signes évocateurs de la ménopause les plus cités. Les insuffisances portaient sur les études scientifiques intéressant le traitement de la ménopause: 78,5% de tous les prestataires n'en avaient jamais entendu parler. Parmi les prestataires, 62% (n = 84) estimaient que le THM se justifie devant les troubles climatiques. Au cours du suivi de femmes ménopausées, 75,6% proposaient un FCV contre juste 52,6% qui proposaient une mammographie. Seuls 5% (n = 7) des prestataires avaient déjà eu à prescrire un THM. Le besoin en formation sur la ménopause et ses troubles était exprimé par 94,1% des prestataires.

Conclusion : les connaissances générales sur la ménopause sont satisfaisantes. La majorité des prestataires sont favorables à la prise en charge médicale de la ménopause troublée. Cependant, une certaine insuffisance en matière de traitement de la ménopause est notée. Il serait bénéfique d'envisager un cadre d'échanges réunissant tous les acteurs concernés pour des mises à jour continues ; pourquoi pas une Association Sénégalaise d'Etude de la Ménopause (ASEM) ?

Mots clés : Ménopause, Enquête CAP, Dakar

SANDJON Tatiana Gisèle. Thèse Méd., 2013, n°192, 140 p