

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BALIGOUT Aurélie

Née le 10 Février 1983 à Villiers-Le-Bel (95)

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2013

Les femmes ménopausées ont-elles modifié leurs attitudes vis-à-vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ?

Etude qualitative auprès de 10 femmes ménopausées sur leurs représentations et leur suivi gynécologique depuis l'étude WHI.

Président de thèse : Professeur LUTON Dominique

Directeur de thèse : Professeur LEPOUTRE Bruno

DES de médecine générale

SOMMAIRE

Remerciements	4
Abréviations	6
Table des illustrations	7
1. Introduction	8
2. Contexte-historique	10
2.1. La ménopause	10
2.1.1. En France.....	11
2.1.2. Les ménopauses d'ailleurs	16
2.2. La ménopause et l'étude WHI (<i>Women's Health Initiative</i>)	19
2.3. Les examens de dépistage : la mammographie et le frottis cervico-vaginal (FCV)	23
2.3.1. La mammographie.....	23
2.3.2. Le FCV	26
2.4. Conclusion d'étape.....	31
3. Matériel et méthodes	32
3.1. Type d'étude	32
3.1.1. Une étude qualitative	32
3.1.2. L'entretien semi-dirigé	33
3.1.3. Présentation du guide d'entretien	34
3.1.4. Population et échantillon.....	36
3.1.5. Réalisation des entretiens et recueil des données	37
3.2. Méthode d'analyse du discours	39
3.2.1. Transcription.....	39
3.2.2. Données chiffrées.....	40
3.2.3. L'analyse des données	40
3.3. Méthodologie de la recherche bibliographique	41
4. Résultats	42
4.1. Caractéristiques de l'échantillon	42
4.2. Résultats et analyse transversale.....	43
4.2.1. La ménopause.....	43
4.2.2. Le suivi gynécologique préventif des femmes ménopausées.....	57
4.2.3. L'information des femmes ménopausées.....	68
4.2.4. Comment améliorer l'information et le dépistage des femmes ménopausées ? ..	74
5. Discussion	79

5.1.	A propos de cette étude	79
5.1.1.	Une étude originale	79
5.1.2.	Les limites et les biais de cette étude	80
5.2.	Discussion des résultats.....	82
5.2.1.	La ménopause.....	82
5.2.2.	Le dépistage des femmes ménopausées.....	88
5.2.3.	L'information des femmes ménopausées.....	97
5.2.4.	Propositions d'ouverture	101
6.	Conclusion.....	105
7.	Bibliographie	108
8.	Annexes	115

Remerciements

A Monsieur le Professeur LUTON,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur LEPOUTRE,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse, pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Aux autres membres du jury,

Vous m'avez fait l'honneur de votre présence pour juger ce travail.

Aux Docteurs CALLIPEL, DENIS et PIBALEAU,

Qui m'ont donné la chance d'intégrer leur cabinet, pour leur bienveillance dans mes débuts de médecin généraliste, trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Nous remercions également tous ceux qui ont participé à cette étude :

Aux femmes de cette étude qui ont eu la gentillesse d'accepter de nous rencontrer et de répondre avec sincérité à nos questions.

Aux médecins qui nous ont aidés à recueillir les femmes.

Au Docteur Laurence BAUMANN, pour son aide et son enseignement concernant la méthodologie.

A mes parents,

Pour leur amour, leur soutien et leur présence quotidienne,

Pour m'avoir soutenue et épaulée jusqu'au bout de ces études,

Je vous aime.

A mon frère,

Pour nos moments partagés, notre complicité.

A mes grands-parents, partis trop tôt, avec qui j'aurais aimé partager ces moments.

A ma grand-mère Paulette, mes oncles et tantes.

A mes filleules, de la plus grande à la plus petite : Vlyne, Lilou et Lia.

A mes futurs témoins,

Ma doudou d'amour, mon âme sœur au féminin,

Mon Sergio et sa petite famille.

A ma future belle famille,

Pour m'avoir accueillie parmi vous.

A mes amies de la fac,

Pour nos moments de joie, de doute,

Pour votre soutien dans toutes les étapes de ma vie,

Pour votre présence tout simplement,

Et pour les prochaines années à venir.

A la paillote, au loft,

Sans commentaire....

A ma « team » du tennis et nos moments de détente nécessaires à mon équilibre.

A mes anciens co-internes,

Pour notre entre-aide et nos moments de complicité.

Et enfin, à Laurent, mon homme,

Pour ta présence tout au long de mes études de médecine : du concours de P1 à ma thèse,

Pour ton apaisement dans mes moments d'angoisse et il y en a eu...

Pour ton aide et tes conseils dans l'élaboration de mes travaux,

Pour nos moments de détente sportifs,

Et pour tous nos projets à venir ...

Parce que c'est toi tout simplement !

Sans oublier le deuxième homme de ma vie, notre fils, Benjamin.

Abréviations

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause

AFFM : Association Française des Femmes Médecins

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

DI : Dépistage Individuel

DO : Dépistage Organisé

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

JAMA: Journal of the American Medical Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

THM : Traitement hormonal de la ménopause

WHI : Women's Health Initiative

Table des illustrations

Figure 1 - Les représentations de la ménopause selon Delanoë (21)	12
Figure 2 - Perception féminine de la ménopause selon l'étude SOFRES	14
Figure 3 - THM de 2002 à 2009 en France : les chiffres	22
Figure 4 - Taux de participation du dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2008 d'après l'InVS	24
Figure 5 - Extrait de la loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique	26
Figure 6 - Critères OMS de Wilson et Jungner (1968)	27
Figure 7 - Taux de couverture par FCV chez les femmes de 25 à 65 ans-Période 2003-2005 (EPIB)	27
Figure 8 - Couverture déclarée par FCV chez les femmes de 25 à 65 ans-Baromètre cancer 2005	28
Figure 9 - En quoi consiste, selon vous, l'examen de dépistage du cancer du sein ? d'après l'INCa (2009)	89

1. Introduction

La ménopause correspond à la cessation de l'ovulation chez la femme et se traduit par un arrêt définitif de la menstruation (1). Elle survient dans les pays occidentaux, en moyenne, vers l'âge de 51 ans. Actuellement, plus de 11 millions de femmes sont ménopausées en France et en 2025, près de 50% de la population féminine sera ménopausée (2).

Son diagnostic est clinique, lié à la constatation d'une aménorrhée de durée supérieure ou égale à un an.

En France, jusqu'à récemment, l'usage était de prescrire, en l'absence de contre-indication, le traitement hormonal de la ménopause (THM) sur une durée prolongée.

Mais en 2002, une crise émerge dans le monde de la gynécologie. En effet une grande étude prospective américaine consacrée au THM, la *Women's Health Initiative* (WHI) fut brutalement interrompue en raison d'une balance bénéfique/risque jugée inacceptable (3). Par la suite, d'autres études sont venues compléter et parfois contredire ces conclusions.

Quoiqu'il en soit, ces publications, largement médiatisées, ont semé le doute dans l'esprit des professionnels de santé, conduisant à une diminution des prescriptions du THM (conformément aux recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) publiées en décembre 2003, réactualisées en 2006 et réévaluées en 2008 sans modifications des recommandations) (4–8).

Parallèlement, la ménopause représente un enjeu de santé publique dans le domaine de la prévention. La ménopause est une période inéluctable qui doit être placée sous le signe de la prévention et du dépistage. Un dépistage est recommandé pour les cancers du sein et du col de l'utérus avec une mammographie tous les deux ans, chez toutes les femmes de 50 à 74 ans et un frottis cervico-vaginal (FCV) chez les femmes de 25 à 65 ans (selon un rythme triennal après deux frottis consécutifs négatifs à un an d'intervalle).

Cependant la couverture du dépistage par FCV reste inégale suivant les tranches d'âge et les plus faibles taux de pratique du frottis sont observés après 55 ans (9), ce qui suit en France la chute des consultations gynécologiques après la ménopause.

Ainsi, aujourd'hui encore, dix ans après la première publication de l'étude WHI, le THM est encore sujet à controverse et par conséquent ne représente plus un motif de consultation « systématique » à la ménopause. Les médecins généralistes, qui suivent les femmes en période de ménopause (les gynécologues étant par contre le premier prescripteur de THM), voient alors leur rôle renforcé(10). Il nous a semblé intéressant d'évaluer l'impact d'absence de motif de consultation sur le suivi gynécologique des femmes ménopausées.

Quelles sont les raisons qui conduisent les patientes à consulter à la ménopause ? Quelles sont leurs représentations de la ménopause et de leur suivi gynécologique ?

Pour étudier cela, nous réaliserons, dans un premier temps un travail bibliographique, afin de récapituler les facteurs influençant la réalisation des examens de dépistage.

Dans un second temps, nous réaliserons une étude qualitative auprès de femmes ménopausées dans le département du Val d'Oise, à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Nous cherchons à comprendre pourquoi les patientes ne consultent plus à la ménopause et à identifier ce qui pourrait influencer un meilleur suivi préventif dans cette tranche d'âge.

2. Contexte-historique

2.1. La ménopause

Le terme de ménopause existe depuis moins de deux siècles. C'est Charles Pierre Louis de Gardanne, un médecin parisien, qui fut le premier à utiliser le terme de ménopause, dans la deuxième édition de son livre « *avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique* » qu'il intitule « *de la ménopause ou de l'âge critique des femmes* »(11) , parue en 1821. Construit à partir des mots grecs signifiant menstrues (*menos*) et arrêt (*pausis*), ce néologisme remplace l'expression « *cessation des menstrues* » des textes médicaux des XVIIème et XVIIIème siècles. Toutefois, le terme le plus courant pour désigner cette étape physiologique vécue par les femmes était « *l'âge critique* ».

Si l'on possède peu de témoignages sur la manière dont les femmes du XIXème siècle ont vécu le vieillissement, et entre autre la ménopause, les discours des médecins sur cette question abondent. Dans les divers écrits qui lui sont consacrés, la ménopause paraît à plus d'un titre, justifier l'expression « *d'âge critique* ». Elle marque à la fois la mort d'un organe : l'utérus et la fin des menstruations. En perdant la faculté de procréer, la femme se voit privée du pouvoir qu'elle détenait dans la reproduction de l'espèce et la perpétuation des générations. En second lieu, cette perte et les phénomènes de vieillissement qui l'accompagnent peuvent être vécus selon l'expression de Moreau de la Sarthe (Moreau de la Sarthe 1803) comme une « mort partielle » annonciatrice de la mort naturelle. Théodore Pétrequin va même jusqu'à décrire la ménopause comme le moment où « *la femme, dépouillant peu à peu ses caractères distinctifs (...) cesse, pour ainsi dire, d'être femme en perdant la faculté de devenir mère* » (Pétrequin 1836) (12).

Au XXème siècle, la ménopause devient pathologique par la médiation de l'arrêt de la production des œstrogènes. Pour autant, le tableau reste multiforme et décline quasiment tout le catalogue des pathologies jusque dans les années 1980, quand les épidémiologistes ont entrepris des études rigoureuses en population générale. Ainsi, la création du terme de

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

Le discours médical moderne nous a fourni une explicitation des stéréotypes dominants dans nos cultures. Dans son livre de promotion du traitement hormonal, « *Feminine forever* » (13), le gynécologue américain Robert Wilson(1966) fait un portrait de la femme ménopausée, entièrement définie par son taux d'œstrogènes, comme une calamité pour elle-même et pour son entourage. Un peu plus tard, le psychiatre américain David Reuben résume de façon lapidaire le rôle social des femmes ménopausées dans son livre « *Tout ce que vous vouliez savoir sur le sexe : ayant épuisé leurs ovaires, elles ont épuisé leur utilité en tant qu'être humain. (1969)* ». En France, le Dr Anne Denard-Toulet (1975) décrit la ménopause en des termes forts sombres : « *la peste, puisqu'il faut l'appeler par son nom.* »(14,15)

La ménopause est donc porteuse d'une forte charge symbolique, qui au-delà d'un fait biologique représente un fait social certain. Le signifiant de ménopause a d'emblée désigné de façon confuse et mouvante un ensemble de troubles pathologiques attribués à l'arrêt des règles, une phase de l'existence, ainsi, qu'une transformation des rôles et de la valeur sociale des femmes. (« La ménopause comme phénomène culturel Daniel Delanoë, l'esprit du temps, champ psychosomatiques 2001/4-n°24 p57 à 67). (*Item 14,15 cité dessus*)

2.1.1. En France

De nos jours, il existe deux approches de la ménopause. Une approche « biomédicale » où elle est perçue comme un problème purement organique et conforte l'idée que la ménopause peut-être une « maladie » qui se traite médicalement. Et une approche « socio-culturelle » qui décrit la ménopause comme un phénomène naturelle survenant dans la vie d'une femme (16) (*ses deux approches ont été citées par Thiesen et al. (1993), cités par Doumont et Libion(1999)*).

Ainsi, les travaux de D.Delanöé(1999)(17–19), se calquent sur une approche plus psychosociale(20).D.Delanöë a choisi d'analyser les représentations de la ménopause en

construisant un modèle de représentations autour de cinq dimensions (figure n°1). Deux se rattachent aux événements biologiques qui définissent la ménopause :

- l'arrêt des règles ;
- l'arrêt de la fécondité.

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

- les variations liées au capital santé
- les variations liées au capital esthétique
- les variations liées au capital social (18).

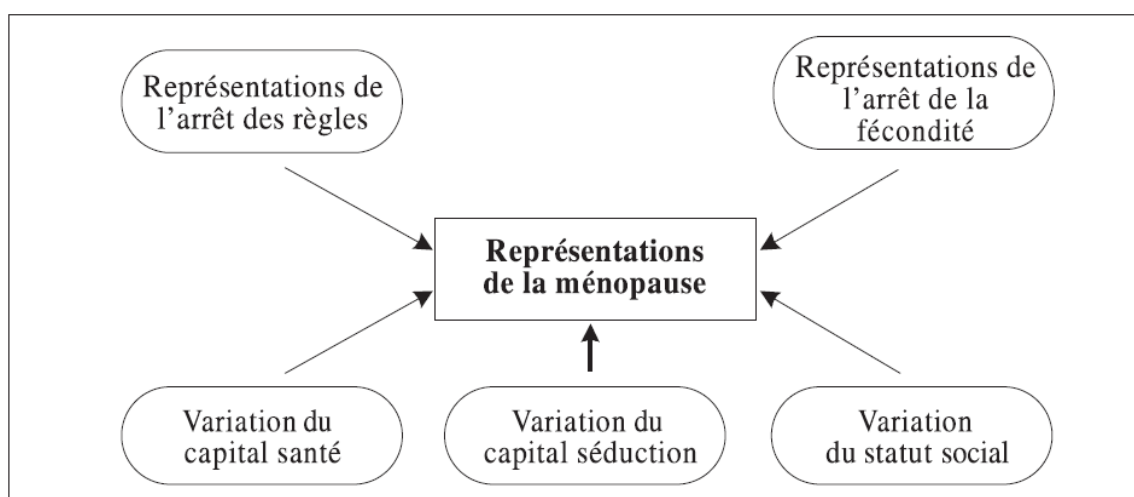


Figure 1 - Les représentations de la ménopause selon Delanoë (21)

Représentations sur l'arrêt des règles

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

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

Représentations sur l'arrêt de la fécondité

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

La variation du capital santé

D.Delanöe pose une question ouverte aux femmes « votre ménopause s'accompagne-t-elle (ou pourrait-elle s'accompagner) de troubles, d'inconvénients ou de maladies ? ». 57% des femmes n'associent aucun trouble, 37% pensent que des symptômes sont possibles (physiques (30%) : bouffées de chaleur, prise de poids ... ou psychiques (9%) : irritabilité, déprime, nervosité).

La variation du capital séduction ou esthétique

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

La variation du statut social ou du capital symbolique

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

13% et 6%). Enfin, 42% adhèrent à l'opinion : « la ménopause est une période d'épanouissement ».

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

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

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

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

Par ailleurs, dans une étude épidémiologique nationale SOFRES en 2000 (22) sur la perception féminine de la ménopause, on retrouve également des points similaires. Cette étude, dans laquelle 1586 femmes ont été interrogées, décrit la ménopause comme une étape positive pour 32% des femmes, une crise passagère pour 74% et le début de la vieillesse pour 38% (figure n°2).

La ménopause :	OUI	NON
C'est un événement naturel	95%	2%
C'est plutôt une étape positive	32%	57%
C'est une crise passagère, on s'en sort	74%	18%
C'est la liberté	41%	48%
C'est le début de la vieillesse	38%	54%
C'est frustrant de ne plus pouvoir faire d'enfants	8%	82%

Figure 2 - Perception féminine de la ménopause selon l'étude SOFRES

D'après le rapport de l'OMS en 1996 (23), dans les pays développés, la perception de la ménopause est dominée par le sentiment de perte (de la jeunesse, de son statut, de son activité sexuelle).

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine, K. El Amrani (24) s'est intéressée aux représentations de la ménopause et du traitement hormonal substitutif (THM) par les femmes en fonction des données sociales, culturelles et économiques. Cette enquête a été réalisée en 2005 auprès de 224 femmes. A la question « que représente pour vous la ménopause ? » parmi les 11 propositions (avec possibilité de réponses multiples) :

- le « soulagement de ne plus avoir ses règles » (42%) est le plus cité ;
- On retrouve aussi le « début du vieillissement » (15%) ;
- et la « fin de la fécondité » (12%).

Concernant le rôle des facteurs socio-économiques et culturels dans la perception de la ménopause, K. El Amrani retrouve certaines dimensions de D.Delanöe notamment :

- la perte de séduction associée à la ménopause pour 88% des femmes d'origine européenne, 7% pour celles d'origine maghrébine, 5% pour celles d'Afrique noire et aucune d'origine asiatique.
- La variation du statut social associée à la ménopause chez 82% des femmes d'origine maghrébine et 18% d'Afrique noire mais aucune femme d'origine européenne ou asiatique.

Par contre, K. El Amrani ne constate aucune liaison significative pour les autres représentations.

Dans une autre thèse de doctorat en médecine, J. Gindre (25) s'est intéressée aux « représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal » à travers une étude qualitative. Il en ressort que les premiers mots émis par la majorité des femmes à l'évocation de la ménopause sont « l'arrêt des règles » souvent relaté comme un confort. « L'arrêt de la fécondité » est cité spontanément par 5 des 13 femmes interviewées. Le vieillissement est un des thèmes les plus abordés (9 des 13 femmes l'évoquent) et comme le dit J. Gindre « il devient presque un synonyme à

l'évocation de la ménopause ». Certaines femmes vivent la ménopause comme un danger pour la féminité. Concernant l'impact sur la santé, même si dans son étude il n'y a aucune question directe sur les effets secondaires, ces derniers sont cités spontanément, avec en tête de liste les bouffées de chaleur. Il existe donc une union entre ménopause et bouffées de chaleur dans les représentations de la population féminine de la ménopause. L'exploitation de ses résultats, révèle une vision négative de la ménopause, les femmes portant un regard sévère sur leur situation.

Les représentations de la ménopause sont donc influencées par de multiples facteurs socio-économiques, culturels et religieux et le vécu de la ménopause découle bien plus des représentations que s'en font les femmes que d'une simple conséquence biologique d'un déficit hormonal (26).

« C'est moins du corps lui-même que proviennent les malaises de la femme que de la conscience angoissée qu'elle en prend » (27) (Simone de Beauvoir).

Qu'en est-il des ménopauses à travers les différentes cultures ?

2.1.2. Les ménopauses d'ailleurs

La représentation de la ménopause diffère selon les sociétés, de même que la perception des symptômes qui peuvent l'accompagner. Cette diversité reflète le lien plus ou moins étroit, établi par une société donnée, entre la fécondité et la sexualité et la place qui est accordée aux femmes, avant comme après la ménopause (28).

Représentations favorables

Dans certaines sociétés dites « non industrialisées », le statut de la femme évolue dès l'âge de la ménopause. Plus elle avance en âge, plus elle est reconnue positivement par et dans son groupe d'appartenance (26,29).

- Une étude menée chez les **Indiens Mohaves** dans les années 50 par l'ethnopsychanalyste Georges Devereux (30) montrait que la ménopause n'est pas pour eux une période traumatisante. La vie sexuelle et sociale des femmes continue de s'épanouir. Intégrées à la vie sociale de la tribu, elles tirent parti de leur

expérience pour y jouer un rôle de conseil, de transmission du savoir-faire : « La femme ménopausée n'est plus tenue à éviter d'être en compétition avec les hommes dans le domaine public ou tribal ; son énergie socialement créatrice est libérée et fait d'elle un personnage important de la tribu ».

- En **Iran et au Mexique**, la ménopause signifie avoir plus de poids social et avoir des pouvoirs surnaturels ainsi « les femmes ménopausées détiendraient un pouvoir curatif exacerbé dès l'âge de la ménopause » (20).
- En **Amérique centrale**, pour les Mayas au Yucatan, les femmes âgées sont valorisées en tant que belles-mères, guérisseuses et porteuses de traditions.
- Dans certaines cultures **africaines**, la ménopause est une expérience positive :
 - Dans la tribu Lugbara d'Ouganda, la femme ménopausée devient socialement l'égale de l'homme et peut exercer son autorité sur tous les enfants de la tribu.
 - Chez les Qernant, population hébraïque d'Ethiopie, les femmes peuvent, après la ménopause, entrer dans les sites sacrés et toucher les aliments rituels, alors que ceci leur était auparavant interdit du fait de leur impureté.
 - Les femmes zouloues deviennent socialement importantes à cette occasion.
- En **Inde**, chacune des castes a ses coutumes et ses conceptions :
 - Chez les Rajputs, la femme ménopausée peut enfin sortir du *purdah* où elle était cloîtrée le temps de ses règles. Elle rejoint les hommes dans les assemblées du village où elle peut parler, rire et boire avec eux.
 - Chez les femmes Sikhs, la menstruation est une impureté dont la ménopause les débarrasse. De plus, cette dernière les dispense de préparer les repas familiaux, leur permet de commander les femmes plus jeunes et les rend libres de leur mouvement par rapport aux hommes.
- En **Israël**, la ménopause représente la fin d'une souillure. Les valeurs religieuses, très ancrées dans l'esprit populaire, font que l'une des pires insultes en hébreu est « *mansour ben niddah* » (fils de menstruée).

Représentations défavorables

Dans des sociétés où la maternité est la seule identité féminine possible, la ménopause est donc perçue comme une fatalité.

- En **Afrique Noire**, chez les Mashona, tribu rurale du sud du Zimbabwe, la ménopause est un évènement grave car il survient dans un contexte de polygamie. La femme, en perdant sa fertilité, encourt le risque que son mari ne la visite plus au dépend d'une autre femme. Elle perd alors toute existence sociale jusqu'à ce qu'un de ses enfants puisse la prendre sous sa protection. Il en est de même chez les femmes appartenant à la tribu Gisu où les femmes n'ayant pas eu d'enfants sont violemment rejetées au moment de la ménopause, au point de pousser certaines d'entre elles au suicide car « une vraie femme enfante ».
- En **Papouasie**, l'homme peut renvoyer ses « vieilles » épouses dans leur famille car « elles mangent et parlent trop et ne servent plus à rien ».
- Au **Maroc**, la ménopause signe la mort sociale et personnelle de la femme. Dans le discours social, les expressions sont toutes négatives, représentées par l'appellation arabe de la ménopause : *sine al yaass* ou « âge du désespoir ». La ménopause reste donc un tabou pour la plupart des femmes marocaines qui la subissent comme une fatalité même si paradoxalement la ménopause représente l'accession à une position honorable : droit de sortir dévoilée, l'accès au culte, aux rites et aux objets sacrés (29,31).

Cependant, dans certaines sociétés dites « industrialisées », où les femmes ont des rôles sociaux divers, autres que la maternité, la ménopause peut également être vécue comme un échec.

- Chez les femmes **Italiennes**, où la cellule familiale tient une place importante, la mère est le symbole de la fécondité. L'arrêt de sa fécondité est donc perçu comme un échec qui la rend vulnérable par rapport à son image et sa santé mentale.
- Dans les sociétés adoptant une vision culturelle où le physique prédomine et où l'on vante l'éternelle jeunesse, passer le cap de la ménopause n'est guère aisé. En effet,

la ménopause devient un symbole de la vieillesse. C'est ainsi le cas en **Amérique du Nord** et notamment aux **USA** mais également en **Grèce**. Des études ont mis en évidence des disparités quant aux symptômes de la ménopause ressentis par les femmes (notamment les bouffées de chaleur) d'un pays à un autre. Il s'avère que les derniers pays cités sont ceux qui s'en plaignent le plus.

Un cas particulier est celui du **Japon**. Au Japon, la ménopause est plus « un concept » et ne représente pas un évènement important pour la majorité des japonaises. La ménopause est perçue comme « une maladie de la modernité, une maladie de luxe affectant les femmes ayant beaucoup de temps à perdre ». Il n'existe d'ailleurs aucun terme pour désigner les bouffées de chaleur au Japon.

D'après ses observations, « la réaction psychologique de la femme à la ménopause reflète les valeurs de la société et le statut social accordé à la femme vieillissante » (23).

La ménopause souffre encore, comme les femmes qui subissent ce processus naturel, de certaines ignorances et d'idées fausses. La ménopause, dans beaucoup de pays les plus développés, est perçue comme la fin de la vie d'une femme. Seulement, maintenant, la femme va vivre pendant plusieurs décennies après cette période. Même si, nous avons réussi à gagner beaucoup plus dans la connaissance de la ménopause, dans ces temps de progrès de la médecine moderne, de nombreuses attitudes négatives persistent encore à ce jour envers la ménopause.

2.2. La ménopause et l'étude WHI (*Women's Health Initiative*)

Dès 1930, commence la phase de médicalisation de la ménopause, en démontrant les bénéfices d'un traitement hormonal chez la femme ménopausée (traitement des troubles vasomoteurs, amélioration de la trophicité vaginale et effet bénéfique sur l'ostéoporose). Par la suite, dans les années 1960, l'industrie pharmaceutique développe une intense promotion par le biais de campagne publicitaire. Mais, c'est surtout le livre d'un gynécologue, Robert A. Wilson, publiée en 1966 s'intitulant *Feminine Forever*, qui a influencé de façon considérable l'utilisation des œstrogènes (13). Dans ce livre, la ménopause est présentée comme une

maladie heureusement curable ! Les femmes ménopausées y sont décrites comme « condamnées à être témoin de leur propre décrépitude ». Le traitement de la ménopause devient « une des plus grandes révolutions biologiques dans l'histoire de la civilisation ». Il énumère vingt-six troubles psychiques et psychologiques que la « pilule de la jeunesse » permet d'éviter. Les ventes d'œstrogènes augmentent de 400% entre 1966 et 1975 et le THM devient le cinquième médicament le plus prescrit aux Etats-Unis. Dans les années 1970, une épidémie de cancer de l'utérus éclate. Pour la première fois, le THM fait l'objet de publications dans deux prestigieuses revues, le *Journal of the American Association* et le *New England of Medicine* (32). Des articles parus en 1975 et 1976 montrent un lien entre la prise d'œstrogènes chez les femmes ménopausées et le cancer de l'utérus. En 1979, une conférence de consensus aux Etats-Unis par l'Institut national du vieillissement conclut, à l'unanimité, que le traitement substitutif ne devait être utilisé qu'à la dose la plus faible possible et pour la période la plus courte possible. On associe alors un progestatif aux œstrogènes qui fera quasiment disparaître ce risque. Les années 1980-1990 voient confirmer l'effet préventif du THM sur les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et la démence. C'est aussi à ce moment que la question du THM s'est progressivement posée en Europe, où le corps médical était resté très réticent voire opposé à son utilisation. La prévention de l'ostéoporose constitue alors le point essentiel du phénomène de santé publique que devient la ménopause depuis la fin des années 1980. A ce stade la balance bénéfico-risque, principalement emportée par la conviction que le traitement diminue le risque cardiovasculaire, est en faveur du THM. Ainsi, à la fin des années 1990, toute femme ménopausée se doit d'être traitée par THM, à condition d'avoir respecté les contre-indications (33) Mais dès la fin des années 1990, des études amorcent la polémique qui surgira quelques années plus tard sur les effets du THM. Parmi ces études on retrouve la méta-analyse publiée dans le *Lancet* le 11 octobre 1997 (34) selon laquelle le risque de cancer du sein est plus élevé chez les utilisatrices du THM que chez les non utilisatrices. En 1998, l'étude HERS (35) conclut à une augmentation du risque d'accident vasculaire la première année qui décroît régulièrement par la suite ainsi qu'une augmentation du risque thrombotique. En 2002, l'essai Britannique Esprit confirme ces résultats (36) Même si ces

études ne sont pas indemnes de critiques méthodologiques, elles ont semé un trouble considérable dans les esprits. Mais c'est en juillet 2002, que « le pavé est jeté dans la marre » (37), avec la publication des premiers résultats de l'étude WHI, dans le JAMA (38). L'étude américaine WHI constitue la plus importante étude réalisée sur la santé des femmes et sur les éléments susceptibles de l'améliorer. Cette étude a pour but d'évaluer l'influence de l'association œstroprogestative sur deux critères d'évaluation principaux : le risque coronarien et le risque de cancer du sein invasif. En 2002, le comité de surveillance de l'étude décide d'interrompre l'essai, devant une « balance bénéfice-risque » jugée négative. Ce résultat provient de la constatation d'une augmentation du risque cardio-vasculaire, alors que l'objectif initial était de confirmer un effet protecteur suspecté par de précédentes études. Par ailleurs, on retrouve également une discrète augmentation du risque de cancer du sein liée au THM, déjà connue. Très rapidement après la publication des résultats, l'étude WHI est critiquée en France comme sur le plan international, tant au niveau du protocole qu'au niveau de l'interprétation des résultats. Pourtant, malgré la mise en évidence de biais, l'étude WHI a ébranlé les certitudes. Elle est la genèse d'une polémique, qui a fait et continue de faire rage dans la communauté médicale, relayée par la voie médiatique chez les femmes concernées. Des études ultérieures ont également contribué à « attiser la flamme » notamment l'étude Million Women Study (MWS) publiée dans le Lancet en 2003 (39) et en 2005, l'étude E3N (40,41) qui constitue la première étude de cohorte à grande échelle effectuée en France sur l'effet du THM sur le risque de cancer du sein. En 2003, en réaction à ces publications, plusieurs agences du médicament, en particulier les agences françaises (7,8), européennes et britanniques conseillent de restreindre l'emploi du THM au traitement symptomatique des troubles du climatère, et, à titre préventif, seulement dans certaines situations particulières de prévention de l'ostéoporose chez des femmes à risque fracturaire élevé. Le THM est donc le reflet d'une histoire mouvementée, pleine de rebondissement. Les « vérités médicales » sont en perpétuelles évolution. Aujourd'hui encore, près de dix ans après les premiers résultats de l'étude WHI, les inconvénients du THM en France restent sujets à débattre.

Mais quelle est donc l'évolution de l'emploi du THM depuis 2002 en France ?

Entre 1980 et 2002, le nombre de femmes traitées par THM a régulièrement augmenté et a été multiplié par six en vingt ans pour atteindre un maximum en 2001-2002. En 2002, un peu plus de 2 000 000 de françaises suivaient un traitement THM. Elles représentaient alors environ 20% de l'ensemble des femmes ménopausées ou plutôt près de 2 femmes sur 5 entre 50 et 65 ans car le nombre de femmes traitées après 65 ans restait très limité (42,43). Depuis la polémique et les recommandations des autorités de santé, les ventes des THM ont régulièrement décliné et cette diminution s'est encore poursuivie en 2009 (43). En 2002, 23 200 000 boîtes de traitements hormonaux de la ménopause ont été vendues et 6 900 000 en 2009 soit une diminution de 70% en 7 années (figure n°3). Cependant si l'on considère les premiers mois de 2010, les ventes de THM semblent désormais arrêter leur diminution et devraient, au moins, rester stable. En 2010, le nombre de femmes estimé sous THM en France est d'environ 700 000.

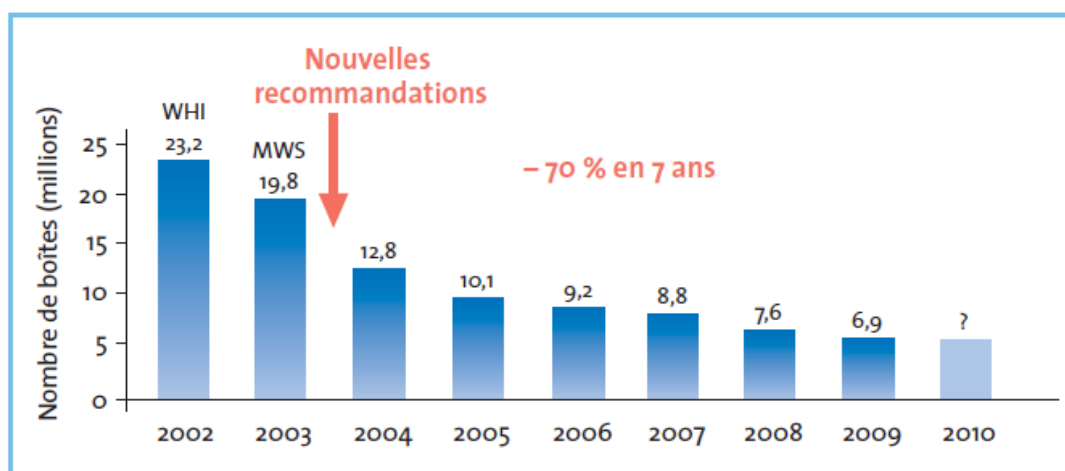


Figure 3 - THM de 2002 à 2009 en France : les chiffres

Auparavant, la consultation à la ménopause était centrée sur le traitement. Suite à cette polémique, la relation médecin-patiente a beaucoup évolué et continuera encore à évoluer. Aujourd'hui, la consultation à la ménopause s'intègre dans un ensemble d'informations et de conseils d'hygiène de vie mais c'est également une période propice à la promotion de la santé et à la prévention. Auparavant, les femmes grâce au THM avaient un motif de consultation et le THM permettait une meilleure mise en place des différents dépistages

féminins. Aujourd'hui, avec le recul des prescriptions du THM qu'en-est-il de la prise en charge de la femme non traitées après la ménopause, notamment au niveau des examens de dépistage ?

2.3. Les examens de dépistage : la mammographie et le frottis cervico-vaginal (FCV)

Avant de discuter des examens de dépistage, il nous paraît opportun de rappeler la définition du dépistage. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « le dépistage consiste à identifier présomptivement, à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçues. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le départ entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie de celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être envoyées à leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, traitement. » (44).

Les cancers représentent en France, la deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. C'est aussi la première cause de mortalité prématurée c'est-à-dire avant 65 ans. Entre 50 et 64 ans, un décès sur deux est lié à une tumeur maligne. Les femmes sont particulièrement concernées : la moitié d'entre elles décède suite à un cancer. Une partie de ces cancers peut être évitée par une démarche préventive, comme le dépistage, qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où il est possible d'intervenir médicalement de façon utile (45).

Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les deux cancers féminins pour lesquels un dépistage est recommandé.

2.3.1. La mammographie

Le cancer du sein demeure le cancer le plus fréquent chez la femme. Il représente également le premier cancer en termes de mortalité. En 2005, le cancer du sein représentait 50 000 nouveaux cas et 11 décès en France. L'incidence du cancer du sein croît

régulièrement depuis 1980 (+ 2,4% en moyenne par an) mais à l'inverse, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 1998-2000 (- 1,3% par an en moyenne). En France, le dépistage du cancer du sein est organisé et ciblé, ce qui n'exclut pas les démarches individuelles par recours direct à un médecin. Mis en place par les pouvoirs publics et généralisé à l'ensemble du territoire en 2004 (45)(Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) (figure n°5), le dépistage du cancer du sein par mammographie s'adresse aux femmes asymptomatiques, âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans, à partir de leur 50^{ème} anniversaire. Elles sont invitées par leur caisse d'assurance maladie à effectuer gratuitement une mammographie. Le programme mis en place permet d'espérer une réduction de la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 20% en France. En 2008, près de 2 285 000 femmes ont eu recours au dépistage organisé du cancer du sein, ce qui représente 52,5% de la population invitée soit plus 12% en quatre ans (46,47) (figure n°4).

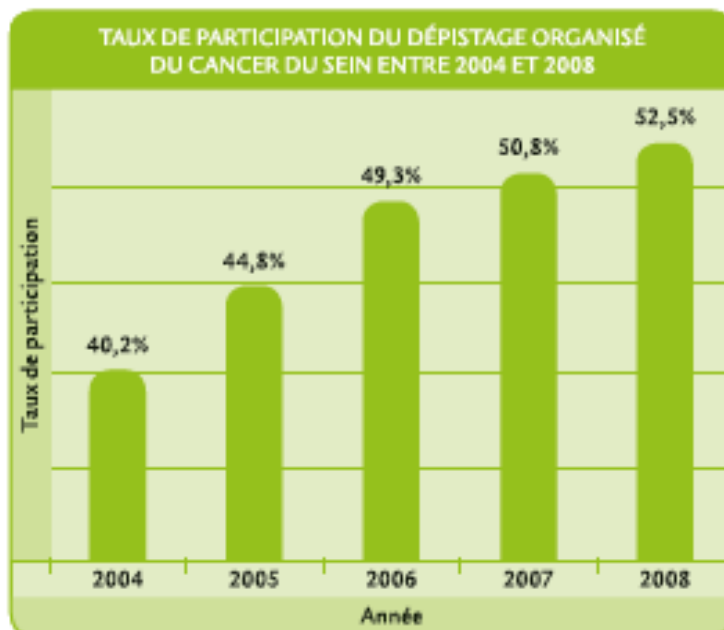


Figure 4 - Taux de participation du dépistage organisé du cancer du sein entre 2004 et 2008 d'après l'InVS

Cependant les pourcentages de réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années diffèrent en fonction des tranches d'âge. Ainsi dans les tranches d'âge 50-54 ans et 55-59 ans, le pourcentage est respectivement de 77,2% et 79,4% puis diminue

sensiblement après 60 ans pour atteindre un pourcentage de 57,3% dans la tranche 70-74 ans (48). Cette enquête décennale santé 2003 a aussi permis de montrer l'absence de rôle important des facteurs socio-économiques dans la pratique de la mammographie. La généralisation du Dépistage organisé (DO) du cancer du sein, outre les aspects de qualité des pratiques et des tests, est de ce fait une grande avancée en termes d'égalité des chances. Malgré tout, l'évaluation du programme de DO du cancer du sein montrait en 2005 un taux de participation de 45% inférieure au taux de 70% recommandé au niveau européen. Le taux de couverture mammographique estimé par le baromètre cancer 2005 de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé est d'environ 70%. La part du dépistage individuel (DI) dans cette couverture semble être proche de 15-20% (9) Récemment, des chiffres ont été publiés par l'InVS concernant le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein. Pour l'année 2011, le taux de participation s'élève à 52,7% de la population cible. Ce taux est supérieur à celui de l'année 2010 (52%) même si la tendance globale est plutôt à la stabilité depuis l'année 2008 (entre 52 et 53%). L'InVS estime, par ailleurs, à au moins 10% de la part de la population cible recourant à un DI, portant ainsi à près de 65% le taux de participation global au dépistage du cancer du sein en France (49) La participation insuffisante des femmes au programme de DO a pour conséquence une baisse de l'efficacité attendue du dépistage sur la mortalité. De plus, le recours des femmes au DI a des conséquences sur le rapport coût-efficacité du programme.

Extraits de la loi de Santé publique du 9 août 2004 (Drees, DGS, juin 2005)	
Objectif 36 : infection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de Sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).	80 % pour les femmes de 25 à 69 ans (avec une fréquence de dépistage tous les trois ans).
Objectif 37 : hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici 2008.	Objectif 50 : cancer du sein : réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture de dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans (avec une fréquence d'un dépistage tous les deux ans).
Objectif 48 : cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de	Objectif 53 : cancer colo-rectal : définir d'ici 4 ans une stratégie nationale de lutte.

Figure 5 - Extrait de la loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique

2.3.2. Le FCV

- En France

En France, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence, avec 3068 cas estimés pour l'année 2005 et le quinzième cancer le plus meurtrier chez la femme avec 1067 décès estimés en 2005. Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 avec un taux annuel moyen de décroissance de 2,9%. Dans le même temps, le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4,0% par an. Toutefois cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000. Entre 2000 et 2005, la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 1,8% et celle du taux de mortalité de 3,2% (50,51). Cette évolution des taux d'incidence et de mortalité, s'explique par l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie ainsi que par l'apparition il y a une soixantaine d'année d'un test cytologique de dépistage, le frottis cervico-vaginal (FCV). Le cancer de l'utérus est une maladie infectieuse, bon candidat au dépistage d'après les dix critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968 (51) (figure n°6).

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pertinence : la maladie à mettre en évidence doit appartenir aux problèmes de santé importants. | 6. Qui est malade ? Il doit exister un consensus sur les critères de maladie. |
| 2. Traitabilité : la maladie doit être traitable au moyen d'une méthode thérapeutique généralement admise. | 7. Méthode de détection : une bonne méthode de détection doit exister. |
| 3. Disponibilité des moyens : les moyens disponibles pour poser le diagnostic doivent être suffisants. | 8. Acceptabilité : la méthode de détection doit être acceptable pour la population. |
| 4. Identification : un stade latent identifiable doit exister pour justifier la volonté de recherche. | 9. Coût-bénéfice : les coûts doivent être proportionnels aux bénéfices. |
| 5. Évolution naturelle : l'évolution naturelle de la maladie à mettre en évidence doit être connue. | 10. Continuité : le processus de détection doit être continu. |

Figure 6 - Critères OMS de Wilson et Jungner (1968)

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est avant tout un dépistage individuel (DI) ou spontané, qui recommande aux femmes de 25 à 65 ans (20 à 65 ans dans les DOM), d'effectuer un FCV tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Ces recommandations s'appuient sur la conférence de consensus de Lille de 1990 et sur des publications successives de l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé devenue HAS) de 2002 et 2004. (52–54). Le taux de couverture global est estimé à 58,7% sur la période 2003-2005 pour les femmes de 25 à 65 ans, en sachant que certaines femmes se font dépister à un rythme plus fréquent tandis que d'autres se font peu ou pas dépister. Entre 25 et 54 ans, la couverture du dépistage est supérieure à 60%. En revanche, la couverture chute en dessous de 50% après 55 ans (51) (figure n°7).

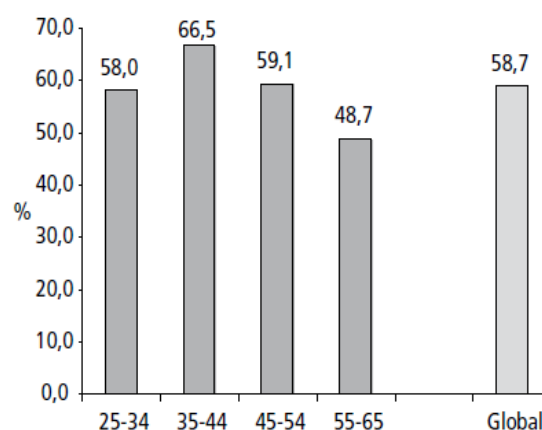


Figure 7 - Taux de couverture par FCV chez les femmes de 25 à 65 ans-Période 2003-2005 (EPIB)

Le baromètre cancer 2005 (9,55) est l'enquête en population générale la plus récente pour le calcul de la couverture déclarée sur trois ans de dépistage du cancer du col de

l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans. Dans cette enquête, 81% des femmes interrogées ont déclarés avoir eu un FCV. Même si dans ces enquêtes déclaratives il existe une surestimation de la couverture de dépistage, on constate également que la couverture déclarée dépasse les 80% entre 30 et 54 ans et est inférieure à 74% dans les autres tranches d'âge et notamment dans la tranche d'âge 55-65 ans (51) (figure n°8).

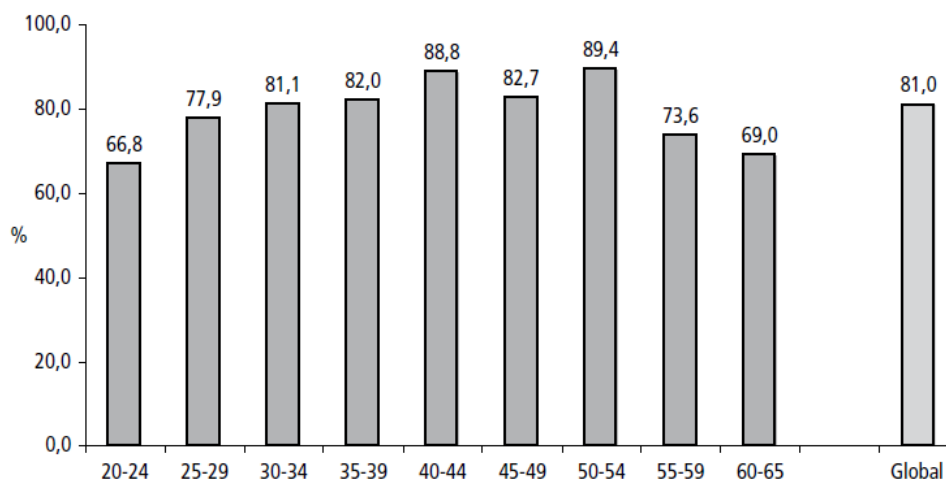


Figure 8 - Couverture déclarée par FCV chez les femmes de 25 à 65 ans-Baromètre cancer 2005

Les volumes de FCV, réalisés au niveau national, correspondraient à une couverture global de dépistage de près de 90% si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul FCV de dépistage tous les 3 ans. On assiste donc à une inégale répartition de la réalisation des FCV avec le plus faible taux de pratique du FCV observé après 55 ans. Cette chute est également observée dans la littérature internationale et suit en France la chute des consultations gynécologiques après la ménopause.

Par ailleurs, il existe également de fortes inégalités territoriales dans la pratique des FCV en France. Près de 40% de la variabilité entre les départements est expliquée par la densité de gynécologues et le niveau socio-économique (56).

- En Europe

L'OMS en 2002 et le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) en 2005 ont indiqué que le dépistage organisé du cancer du col par FCV constituait un dépistage coût-efficace.

En 2003, le conseil de l'union Européenne approuvait la recommandation de dépistage organisé pour trois cancers : col de l'utérus, sein et côlon. La recommandation européenne soulignait que le dépistage ne devait être proposé que dans le cadre d'un DO, ces programmes ayant un impact supérieur au DI (atteinte d'un taux de participation supérieur, amélioration de l'équité, probabilité de toucher les femmes les plus à risque, etc.).

En 2008, ont été publiées au niveau européen des recommandations européennes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles rappelaient les principes et points fondamentaux des programmes de dépistage en termes d'assurance qualité mais aussi d'organisation, de suivi et d'évaluation.

La plupart des pays européens recommandent le dépistage entre 20 et 25 ans jusqu'à 60-65 ans, que le dépistage soit organisé ou non. L'intervalle entre 2 tests est généralement de 3 ans, certains pays préconisent 5 ans (Finlande, Islande et Pays-Bas). L'Allemagne n'établit pas d'âge limite supérieur et recommande un dépistage annuel.

En 2009, en dépit des recommandations européennes, seuls 9 pays ont mis en place un programme de DO. Il s'agit : du Danemark, de la Finlande, de l'Italie, de l'Islande, de la Norvège, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de la Slovénie et de la Suède. Trois systèmes principaux d'invitation ont été identifiés dans les pratiques du dépistage en Europe (57):

- le système d'invitation (Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni) : invitation de toutes les femmes de la population cible, impliquant la nécessité de disposer d'un fichier de population fiable et présentant généralement l'inconvénient d'inviter inutilement les femmes déjà dépistées à titre individuel. Les non-participantes sont identifiées et font l'objet d'une relance.
- Le système d'invitation/relance (Danemark, Suède, Slovénie) : seules les femmes de la population cible non récemment dépistées sont invitées. Ce système est mis en place dans les pays où le DI est très répandu mais nécessite un contrôle qualité systématique des FCV. Il présente l'inconvénient de ne pas réduire le nombre de FCV non nécessaires dans la population des femmes à bas risque.

- Le système de rappel : l'envoi d'invitation ne concerne que les femmes ayant déjà été dépistées. Ce système est utile pour maintenir une continuité à la couverture mais ne contribue pas à l'augmenter.

L'existence d'un DI du cancer du col de l'utérus depuis de nombreuses années en France a déjà permis une diminution importante du nombre de cas et de la mortalité . Toutefois, dans la situation actuelle, on constate que plus de 50% des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, qu'environ 40% des femmes sont dépistées trop fréquemment et 10% seulement bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé. À la suite de ce constat, et au regard des dispositifs de dépistage existant dans les autres pays européens, des recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France ont été publiées par la HAS en juillet 2010 (56,58–60) en faveur d'un dépistage organisé (DO) sur l'ensemble du territoire. Depuis 1990, plusieurs expérimentations locales de DO ont été menées. En 2009, seuls l'Isère, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Martinique bénéficiaient encore d'un programme de DO. Bien que les résultats de ces campagnes organisées restent contrastés, l'organisation du dépistage dans les sites expérimentaux améliore les taux de couverture de la population, en particulier, de façon significative, les taux chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (+ 8,5% de couverture). La mise en œuvre d'un tel dispositif a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et géographiques observées en France et d'atteindre en quelques années une couverture de dépistage de 80% des femmes, comme le fixe l'objectif de la loi de santé publique du 9 août 2004 pour ce cancer (figure n°5), contre 57% actuellement (taux stable depuis 6 ans). Le DO reste fondé sur la réalisation d'un FCV tous les 3 ans (après 2 FCV normaux réalisés à un an d'intervalle) à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle. La HAS propose, qu'en plus de l'action d'incitation des acteurs traditionnels du dépistage, soit prévue une invitation individuelle des femmes non dépistées. Des actions complémentaires plus ciblées vont être instaurées pour les femmes ne participant pas actuellement au dépistage, mais plus particulièrement chez les femmes de plus de 50 ans. Elles recevront en même temps que l'invitation au dépistage du cancer du sein, une invitation à pratiquer un FCV (59).

2.4. Conclusion d'étape

Suite à ces différentes données, nous pensons intéressant de s'interroger sur les représentations des femmes ménopausées par rapport à leur suivi préventif afin de cibler nos actions de sensibilisation à cette catégorie de femmes. Le rôle du médecin généraliste est essentiel pour renforcer le dépistage des femmes non ou mal suivies. Ceci rentre dans deux mesures (14 et 16) du Plan Cancer 2009-2013, même si elles ne concernent pas spécifiquement le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, à savoir « lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages (socio-économiques, culturelles et territoriales) » et à « impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire » (61).

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude

Notre travail vise à étudier la manière dont les femmes ménopausées se représentent la ménopause et surtout comment elles appréhendent leur suivi préventif gynécologique à ce moment de leur vie. C'est un travail exploratoire puisque la bibliographie sur ce sujet est pauvre ou inexistante. Il se fonde sur une étude qualitative, basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de femmes ménopausées du Val d'Oise.

3.1.1. Une étude qualitative

La recherche qualitative offre un cadre appropriée pour aborder une grande partie des questions auxquelles sont confrontés les chercheurs en médecine de premiers recours. Traditionnellement dévolues aux sciences sociales (anthropologie, sociologie), les études qualitatives sont les plus à même d'aborder les aspects sociaux et personnels de la santé, notamment en recherche biomédicale (62) Il existe un hiatus entre le niveau de connaissance des producteurs et des consommateurs de soins et leurs comportements. Nos méthodes d'analyse habituelles (analyse statistique, épidémiologie, sciences expérimentales) sont capables de quantifier ce constat. Elles sont peu en mesure de l'expliquer. Pourtant la connaissance de la cause autorise l'action spécifique. Les méthodes d'analyse de la recherche qualitative ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé. Cette approche qualitative s'inscrit dans une vision holistique, globale, du contexte étudié (63). La recherche qualitative est l'outil idéal pour aider à comprendre des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, pour expliciter des motivations et étudier ce qui peut amener à modifier des comportements. Le raisonnement est « inductif, à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse ». (64). Cette méthode est la plus adaptée dans le cadre d'une étude basée sur le ressenti des patientes et leur expérience.

Nous avons le choix parmi deux façons: choisir un auditoire individuel (entretien) ou un groupe de discussion (focus-groupe). Dans le cas d'un entretien individuel, trois façons de procéder : l'entretien par questionnaire ou entretien structuré, l'entretien semi-dirigé et l'entretien non dirigé en profondeur (qui demande des qualifications pour l'interviewer et qui est difficile à réaliser). Nous avons choisi l'entretien semi-dirigé, guidé par un guide d'entretien (ou canevas) réalisé en amont par le chercheur.

La méthode par questionnaires a été écartée. Le questionnaire induit une réponse : « quand on pose une question, on n'obtient qu'une réponse » (65), l'entretien produit un discours. Par ailleurs, lorsque le sujet répond à un sondage, rien n'est dit du contexte dans lequel les réponses sont formulées, ni des critères de jugement qu'ils sous-tendent. D'où la faible stabilité des opinions. Cette méthode présente l'avantage de pouvoir recueillir et analyser de nombreuses données mais l'inconvénient de ne produire aucun discours afin d'analyser des processus de pensées (vécu, représentations). Le discours est la spécificité de l'entretien. Quant au focus-groupe, il présente l'avantage de générer des données plus rapide et en une plus grande quantité que les entretiens (par l'interaction et la communication entre les interviewés) et surtout de faire intervenir la dynamique de groupe. Il ne se prête toutefois pas aux questions sensibles ou intimes (dont la ménopause nous a semblé faire partie). Toutefois, l'unité d'analyse est le groupe et non pas l'individu. La réalisation d'entretiens semi-dirigés a donc été retenue pour notre travail. La méthode d'analyse choisie est la méthode dite de la théorie ancrée (« grounded theory »). C'est à partir des données recueillies dans les interviews qu'une hypothèse sera proposée.

3.1.2. L'entretien semi-dirigé

Choisir l'entretien comme outil d'évaluation, c'est choisir d'établir un contact avec les personnes pour récolter des informations. C'est le phénomène d'interaction qui est privilégié. « L'entretien est un moment de parole » (65) durant lequel un interviewer extrait une information d'un interviewé (dans son acte de parole) sur des actions passées, des savoirs sociaux, sur ses valeurs, normes, représentations... L'entretien permet donc de comprendre le rapport du sujet au fait, plus que le fait lui-même. Dans un entretien, on ne se contente

pas de réponses ponctuelles, mais de « réponses-discours », il s'agit de laisser l'interviewé parler, développer son point de vue sans chercher en tant qu'interviewer à lui imposer son propre point de vue. «Le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts et les variables qui apparaissent peuvent être très différentes de celles qui pourraient avoir été prédit dès le départ » (66). Il s'agit d'une méthode souple, non rigide, qui cherche à s'adapter aux circonstances, au contexte, à l'individu. L'enquête par entretien fait apparaître les processus et les « comment » (« qu'est-ce qui pousse telle personne à faire cela »). Elle révèle la logique d'une action et son principe de fonctionnement. Cette analyse permet non seulement de recueillir ce que pensent les personnes mais, aussi et surtout, comment et pourquoi elles pensent de cette façon, ce qui est difficile avec les autres méthodes de recueil notamment quantitatives.(65)

3.1.3. Présentation du guide d'entretien

3.1.3.1. **Les principes**

Les entretiens semi-dirigés sont orientés par un guide d'entretien qui consigne une liste de thèmes à aborder lors de l'entretien. Ce guide d'entretien aide l'interviewer à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Conformément aux recommandations de J.C. Kaufmann (62), ce guide n'a pas pour vocation de questionnaire. Les questions ne doivent pas être posées dans un ordre prédéfini. Cela implique qu'au fil du discours, d'autres questions, voir d'autres thématiques peuvent apparaître. Les questions permettent de centrer le discours des interviewés autour de différents thèmes définis au préalable au vu d'avoir un « récit élargi » autour de la ménopause et de son suivi préventif au niveau gynécologique.

3.1.3.2. **Notre guide d'entretien**

Poser le cadre de l'entretien : présenter l'objectif de l'entretien avec des propos volontairement succincts et vagues pour ne pas diriger l'interviewé vers notre propre idée du sujet.

La phase d'accroche : le déroulement des questions du guide n'est pas anodin : les premières questions ont une importance particulière car elle fixe le cadre de l'entretien. Nous avons choisi de commencer par des questions simples et faciles (questions concernant l'état civil) afin de briser la glace en essayant d'éviter l'interrogatoire de type policier pour autant. Ce sont des questions d'introduction encore appelées questions brise-glace. Par la suite, nous nous sommes rapidement orientés vers des questions centrales afin de ne pas provoquer un « style de réponse en surface » d'où la première question : « que signifie pour vous la ménopause ? ». Les questions plus personnelles, plus intimes ne sont pas posées d'emblées.

Le guide thématique : le guide d'entretien est présenté en annexe (annexe n°1). Les thèmes doivent être basés sur :

- L'expérience et les comportements
- L'opinion, les valeurs et les croyances
- Les émotions et les sentiments

Voici les principaux thèmes abordés :

- La ménopause : vécu et représentations
- Le suivi préventif gynécologique : vécu et représentations
- Le THM
- La communication sur la ménopause et son suivi préventif gynécologique et comment améliorer la prise en charge des femmes ménopausées au sein de la consultation médicale

Notre guide a été testé lors des deux premières interviews et n'a pas été modifié parce qu'il nous semblait satisfaisant.

Les caractéristiques des questions dans un entretien selon Patton (67):

D'après Patton, lors des entretiens les questions doivent être :

- Ouvertes : permettant l'élaboration d'un discours par l'interviewé.
- Neutres : l'interviewer ne doit pas influencer les réponses

- Simples, sensibles et claires à la personne interrogée : l'interviewé ne doit pas se sentir jugé et le vocabulaire employé adapté à l'interviewé. La formulation des questions doit être comprise de la même façon pour tous.

3.1.4. Population et échantillon

La population étudiée est composée de femmes ménopausées de la région du Val d'Oise.

3.1.4.1. **Constitution de l'échantillon**

Le mode de constitution de l'échantillon est fonction des objectifs de la recherche. La représentativité statistique n'est pas recherchée. L'échantillon est destiné à inclure autant que possible les individus porteurs des critères pouvant affecter la variabilité des comportements : il s'agit d'un échantillon raisonné.

Nous avons recrutés des médecins généralistes pratiquant dans des cabinets de ville du Val d'Oise. Les médecins recrutés sont des médecins que j'ai été amenée à remplacer ou des connaissances par le biais de groupe de pairs. Nous avons ensuite distribué à ces médecins une lettre d'information (annexe n°2) expliquant le but de l'étude ainsi que leur rôle. Chaque médecin devait choisir au moins deux femmes ménopausées volontaires pour répondre à nos questions. Une lettre explicative (annexe n°3), destinée aux femmes choisies, était également remise aux médecins afin de les aider à obtenir leur accord.

Nous avons remis ces documents à huit médecins généralistes.

3.1.4.2. **Les limites de l'échantillon**

Les critères d'inclusions sont :

- Etre de sexe féminin
- Etre ménopausée
- Avoir entre 45 et 70 ans
- Consulter un médecin généraliste exerçant dans le val d'Oise

Les critères d'exclusion sont : les personnes ne parlant pas correctement le français et ne pouvant donc pas par conséquent participer à l'entretien.

3.1.4.3. La taille de l'échantillon et le concept de saturation

La taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une étude qualitative est plus réduite que celle des études quantitatives. C'est la qualité de l'échantillon qui importe et non pas sa taille.

D'autre part, à partir d'un certain nombre d'entretiens, les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. C'est ce qu'on appelle la « saturation théorique ». « La saturation théorique est un jugement par lequel l'analyste considère que la collecte de nouvelles données n'apporterait rien de nouveau à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude » d'après Holloway & Wheeler, 2002; Laperrière, 1997; Morse, 1995; Strauss & Corbin, 1998 (68). C'est la raison pour laquelle il est important de retranscrire et de coder les interviews le plus rapidement possible après leur réalisation.

Dans notre étude, nous avons fixé comme objectif initial une quinzaine d'entretiens avec possibilité de recueillir d'autres patientes en fonction de la saturation des données. Les rendez-vous ont été pris dans l'ordre de communication des coordonnées des femmes par les médecins. Nous nous sommes réservé le droit d'arrêter les entretiens lors de l'arrivée à saturation. Finalement, la saturation a été atteinte au dixième entretien.

3.1.5. Réalisation des entretiens et recueil des données

Nous allons donc étudier ce qui se prépare à l'avance : l'environnement, le cadre, les stratégies qui sont mises en œuvre au cours de l'entretien, éléments déterminants du recueil des données.

3.1.5.1. Les paramètres de la situation de l'entretien

Nous avons contacté par téléphone toutes les femmes recrutées afin d'obtenir un rendez-vous pour l'entretien. Les entretiens se sont échelonnés du mois de septembre 2012 au mois de décembre 2012.

➤ Le lieu :

Nous avons choisi de rencontrer les femmes chez elles. En effet, ce lieu évite d'ajouter une contrainte supplémentaire aux femmes volontaires et permet de les observer dans leur environnement naturel. De plus, il semble préférable de ne pas les rencontrer dans le cabinet de leur médecin afin de ne pas formaliser l'entretien et de ne pas recréer l'atmosphère d'une consultation médicale. Le but est que l'interviewée ne se restreigne pas à une position de « patiente ». Il faudra également être attentif à des éléments extérieurs : éviter les nuisances sonores (télévision, radio en bruit de fond ...). La rencontre doit être chaleureuse et agréable.

Au total, sept des dix entretiens ont été réalisés au domicile des patientes. Trois entretiens (celui de Martine, Michèle et Régine) ont été réalisés sur leur lieu de travail respectif lors d'une pause déjeuner selon leurs convenances et leur disponibilité.

➤ **Le temps :**

Nous avons pris rendez-vous avec elles au moment qui leur semblait le plus approprié en fonction de leurs contraintes personnelles. Nous les avons prévenues de la durée estimée de l'entretien, environ 30 minutes, pour qu'elles s'organisent en fonction de cela, afin de ne pas provoquer un stress supplémentaire à l'entretien lui-même.

Finalement les entretiens ont duré de 15 à 61 minutes.

➤ **Les acteurs :**

Les femmes ont toutes été interrogées par mes soins.

3.1.5.2. Le cadre contractuel de la communication

Avant de démarrer un entretien, l'intervieweur doit établir un contrat de communication, autrement dit situer la place de chacun des protagonistes. Il est indispensable de poser un cadre pour l'entretien et d'obtenir entre les différents acteurs un accord tant sur le fond que sur la forme(69,70). Ce contrat de communication est impulsé par l'intervieweur.

L'objectif de l'entretien a été présenté à l'interviewée, une première fois lors de la prise de contact téléphonique et, de nouveau, au début de l'entretien lui-même comme nous avons développé précédemment dans le cadre de l'entretien.

L'entretien commence dès les salutations, au moment où nous arrivons chez l'interviewée. Avant la mise en route de l'enregistreur, un certain nombre d'informations a été précisé à chaque femme :

- Nous nous sommes présentés comme étudiante en médecine. Nous avons préféré ne pas nous présenter comme médecin pour ne pas risquer d'amener l'interviewée à adopter un comportement et un mode de réflexion en lien avec le statut de l'intervieweur.
- Le travail est présenté comme un mémoire sur la façon dont les femmes vivent la ménopause et leur suivi médical afin d'éviter que les interviewées aient l'impression « d'un contrôle des connaissances ». Le but est de recueillir ce que pense les femmes, qu'il n'y a aucun jugement et qu'elles sont seules expertes pour expliquer leur point de vue.
- Nous avons demandé à l'interviewée son accord pour l'enregistrement. Nous avons utilisé un dictaphone OLYMPUS Pearlrecorder L400.
- L'interviewée a été informée de la garantie du respect de leur anonymat et de l'absence de transmission de ses propos à son médecin.
- Nous avons demandé aux femmes, à partir du troisième entretien, de rallumer leur téléphone portable en fin d'interview, pour éviter d'être interrompue lors de notre conversation et de ne pas perdre l'authenticité du discours. Cette décision a été prise suite à un appel téléphonique reçu par l'interviewée au cours du deuxième entretien.

3.2. Méthode d'analyse du discours

3.2.1. Transcription

L'analyse des entretiens n'est possible que si le contenu de leur enregistrement fait l'objet d'une transcription écrite. Différentes approches de l'enregistrement d'un entretien sont possibles. Nous avons choisi une retranscription intégrale du matériau afin de faciliter le

travail d'identification des catégories d'analyses. Les entretiens ont été retranscrits très rapidement par l'auteur de ce travail après leur réalisation (0 à 7 jours de délai).

Nous n'avons pas reformulé les propos des femmes ni cherché à corriger les fautes de langage. Pour éviter la perte d'informations, nous avons transcrit les propos « mot à mot », ajoutant de brèves notes pour signifier les moments de silence, de rire et d'interruption de l'entretien pour un évènement, à la manière des didascalies utilisées au théâtre.

Nous avons choisi de modifier le prénom des interviewées afin de préserver leur anonymat.

L'intégralité des transcriptions est présentée en annexe (annexe n°4)

3.2.2. Données chiffrées

Nous avons extrait les données concernant les caractéristiques socio-démographiques des femmes (âge, ancienneté de la ménopause ...) afin de décrire l'échantillon.

3.2.3. L'analyse des données

« L'analyse du contenu a pour principe d'analyser et de comparer les sens du discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés. »(65)

Nous avons choisi de réaliser une analyse transversale.

3.2.3.1 L'analyse thématique ou analyse transversale

Elle consiste à découper transversalement tout le corpus (65). Elle défait en quelque sorte, la singularité des discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Le codage a été réalisé par deux personnes (l'auteur de ce travail et une tierce personne, extérieure au milieu médical). Les thèmes qui ont semblé pertinent à chacun ont été relevés puis le travail a été mis en commun, comparé et discuté pour construire des thèmes communs. L'analyse thématique de tous les entretiens, les uns après les autres, a donc permis de faire émerger une série de sous-thèmes, et des occurrences lexicales liées aux représentations des femmes ménopausées.

3.2.3.2 Production des résultats

Dans une étude qualitative, les résultats sont le produit de l'analyse du discours. Il s'agira de rendre compte de l'analyse thématique réalisée et de mettre en perspective ces résultats pour dégager les liens possibles entre les représentations, les ressentis et les vécus de la ménopause et du suivi gynécologique préventif.

Nous avons choisi de ne pas dissocier l'analyse des résultats.

3.3. Méthodologie de la recherche bibliographique

Les mots-clés utilisés appartenant au réseau RAMEAU (Répertoire d'Autorité-Matière Encyclopédique et Alphabétique Unifié) sont les suivants :

- Recherche qualitative
- Ménopause, Hormonothérapie
- Attitude, représentations sociales, savoir et éducation
- Médecins généralistes
- Prévention

Nous avons utilisés ces mots-clés sous diverses combinaisons en utilisant les moteurs de recherche suivants : Pubmed, Google, Cismef, Sudoc, Cairn, Revues.org...

4. Résultats

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

10 entretiens ont été réalisés. Ci-dessous sont présentées les principales caractéristiques de cet échantillon (tableau 1) :

- Age : entre 53 et 65 ans, avec une moyenne de 58,8 ans.
- Situation familiale : 7 femmes mariées, 3 divorcées dont 1 qui vit en couple.
- Nombre d'enfants : entre 0 et 4 enfants, avec une moyenne de 2,1 enfants
- Activité : 3 femmes sont à la retraite et 7 travaillent.
- Age de la ménopause : entre 48 et 55 ans avec une moyenne de 51 ans.
- Suivi gynécologique actuel : 7 par un gynécologue, 3 par un médecin généraliste.
- Prise de THM : 6 femmes n'ont jamais pris de THM, 4 femmes ont été traitées pendant 3 à 10 ans (durée moyenne= 6 ans), aucune femme n'est traitée à ce jour.

	Age (années)	Profession	Situation maritale	Nombre d'enfants	Age début ménopause (années)	Prise THM	Suivi par
Josiane	56	Conseillère de vente	mariée	2	51	non	gynéco
Régine	55	Secrétaire médicale	divorcée vit en couple	3	49 (hystérectomie)	non	MG
Michèle	61	psychologue	mariée	3	?	oui pendant 5-6 ans arrêté	gynéco
Martine	56	Secrétaire	mariée	2	51	non	gynéco
Christiane	63	Assistante de direction retraitée	mariée	0	55	oui pendant 3 ans arrêté	MG
Monique	65	Comptable retraitée	mariée	2	48	oui environ 10 ans arrêté	MG
Marie-Yvonne	65	Assistante maternelle retraitée	mariée	2	50	Oui Pendant 5-6 ans arrêté	gynéco
Sylvie	60	Manutentionnaire	divorcée célibataire	4	53	non	gynéco
Brigitte	54	Infirmière de nuit	mariée	2	52	non	gynéco
Nicole	53	Agent immobilier	divorcée célibataire	1	51 (hystérectomie)	non	gynéco

Tableau 1 : les caractéristiques de l'échantillon

4.2. Résultats et analyse transversale

4.2.1. La ménopause

4.2.1.1 L'arrêt des règles

Les premiers mots émis à l'évocation de la ménopause sont : « l'arrêt des règles ». Le vécu de cet arrêt est bien sûr conditionné par l'expérience des règles elles-mêmes.

Les règles sont parfois vécues de façon neutre sans extrapolation du phénomène biologique naturel. Leur interruption est alors acceptée avec indifférence.

« Josiane : L'arrêt des règles, l'arrêt total des règles. »

Michèle évoque cette indifférence par l'absence de souvenir.

« Michèle : L'arrêt des règles comment ça s'est fait cette histoire-là ? Ça ne m'a pas traumatisé car je ne m'en rappelle pas vraiment (...) ça s'est tranquillement arrêté. »

D'autres fois, les règles sont décrites avec beaucoup d'émotion. Cela est d'autant plus vrai pour celles qui ont subi une péri ménopause difficile avec des méno-métrorragies importantes. Les règles étaient alors devenues « pénibles », angoissantes et « fatigantes ».

« Monique : pendant 3 ou 4 ans, j'ai eu des règles hémorragiques en perdant des caillots de sang, c'était vraiment désagréable.

Nicole : lorsque je sortais faire mes courses, ça partait tout seul en hémorragie...j'ai eu peur de ces hémorragies pendant des mois où j'étais fatiguée. C'était stressant. »

Leur arrêt à la ménopause, est donc souvent perçu comme un confort. En effet, les femmes sont soulagées de ne plus avoir la contrainte des menstruations.

« Brigitte : Pour moi un bienfait (rire)... La seule chose c'est vivement que je n'aie plus mes règles et voilà car c'est embêtant quoi. »

Christiane, 63 ans, souligne l'aspect pratique de cette période :

« Christiane : ...en même temps j'étais contente de ne plus avoir de règles car j'ai toujours trouvé ça pénible et désagréable. Je me sentais toujours sale, je me lavais 36 fois par jour, j'avais toujours peur de faire des dégâts. C'était vraiment des périodes difficiles à vivre quand ça m'arrivait. »

D'autres femmes sont optimistes et plutôt contente d'être ménopausée :

« Martine : Une tranquillité (rit aux éclats). Je n'ai pas eu de soucis, de problème. Pour moi ça s'est très bien passé, tout en douceur. »

Cette aménorrhée renvoie au diagnostic de la ménopause, même si pour une des femmes interrogées il a fallu confirmer ce diagnostic avec un bilan sanguin :

« Michèle : c'est la gynéco, je m'en rappelle très bien, qui m'a dit vous devez être ou en train d'être ménopausée, donc elle m'a dit on va faire un test pour

évaluer les hormones. Une prise de sang et avec la prise de sang elle m'a dit que j'étais en cours de ménopause. »

Mais cette aménorrhée peut aussi revêtir des valeurs plus symboliques : arrêt de la fertilité, troubles de la féminité ...

4.2.1.2 L'arrêt de la fécondité

L'arrêt de la fertilité peut revêtir un aspect pratique et confortable avec l'arrêt de la contraception.

Monique, ménopausée à 48 ans, a 2 enfants. Elle ne désirait pas d'autre grossesse. Cette infertilité semble avoir été bien acceptée. Il n'y a plus à se soucier d'une fertilité embarrassante pour la sexualité. La contraception peut donc être interrompue :

« Josiane : mes règles ont toujours été normales et du jour au lendemain, je n'ai plus eu de règles. Au bout de quelques mois j'ai été voir mon gynécologue. Comme j'avais un stérilet, il me l'a enlevé car il m'a dit que j'étais en ménopause. »

Cet arrêt de la fécondité marque tout de même la fin d'une étape et prend ainsi une valeur de vieillissement.

Brigitte, 53 ans et demi, vient d'être ménopausée, n'a plus de désir d'enfant mais a eu un petit temps d'adaptation avant d'arrêter la contraception.

« Brigitte : j'ai eu du mal à arrêter la pilule car c'est un passage quand même. Alors quand le gynécologue m'a dit de l'arrêter, je l'ai arrêtée que 6 mois après.

Marie-Yvonne : le fait de ne plus pouvoir procréer et d'avancer dans l'âge, une étape. »

Cette infertilité est aussi mieux acceptée suivant l'âge de survenue de la ménopause comme l'évoque Sylvie, ménopausée à 53 ans :

« Sylvie : Non ça ne m'a rien fait du tout à mon âge. J'aurais été ménopausée à 40 ans, je pense que je n'aurais pas réagi pareil mais là pas du tout. »

Cette infertilité met un terme à un éventuel désir d'enfant.

Cette infertilité n'est pas toujours aussi bien acceptée et peut s'apparenter à une perte symbolique. Elle est parfois vécue comme la conclusion d'une vie antérieure où la femme pouvait devenir mère.

« Michèle : J'ai fait plein de rêves comme quoi j'étais enceinte à ce moment-là (...) et puis dans ma tête, ça me faisait bizarre de ne plus pouvoir avoir d'enfant. Surtout le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant, j'en voulais plus mais bon. (...) de ma capacité à faire des bébés. »

Nous remarquons que ce sentiment est plus marqué chez Christiane qui n'a pas eu d'enfant.

« Christiane : Moi je me suis mariée à 44 ans et mon mari en désirait vraiment un. Je me suis dit c'est le moment avec un homme que j'aime et puis cela ne s'est pas fait. Mais je n'ai pas voulu suivre de traitement pour m'aider à avoir un enfant et mon mari m'a dit ce sera naturel ou rien du tout. »

4.2.1.3 La féminité et la sexualité

Certaines femmes vivent la ménopause comme un danger pour la féminité.

D'abord le corps change : prise de poids, vieillissement cutané... Ces modifications sont parfois mal acceptées et donnent aux femmes une impression d'enlaidissement.

« Régine : J'ai surtout vu sur ma mère et mes tantes le changement de la forme de leur corps, je trouvais que ça se voyait quand une femme était ménopausée, elle n'avait plus la même silhouette (...) j'appréhendais un peu. »

Certaines sont fragilisées par cette transformation de l'enveloppe corporelle et se confrontent avec difficulté au regard d'autrui.

« Sylvie : Pour moi, la première chose c'est qu'on prend de l'embonpoint, après le reste pas grand-chose. (...) Si justement le fait de prendre de l'estomac, du ventre, c'est cela qui me perturbe c'est tout.

AB : Y-a-t-il eu un avant/après ménopause ?

Sylvie : Non à part le ventre mais c'est une obsession par contre. »

Christiane décrit l'arrivée de la ménopause comme une dévalorisation personnelle, une perte d'estime de soi. Son apparence physique s'est altérée. La sexualité laisse à désirer en raison des modifications physiques (sécheresse vaginale), d'une remise en question du pouvoir de séduction. Ceci aboutit à une répercussion sur la vie de couple.

« Christiane : La fin de ma féminité (rire), c'est vraiment ma féminité (...) je me suis mise à grossir. Je n'ai jamais été très menue mais une fois la ménopause, je grossissais à vue d'œil en faisant les mêmes choses (...). Et puis aussi par rapport aux relations sexuelles, j'en ai beaucoup moins envie. Depuis la ménopause, vraiment, ça a changé ma vie.

AB : il y a une sécheresse (fin de question interrompue)

Christiane : Ah oui c'est très net. Les relations sexuelles ne me sont plus agréables voir douloureuses quelques fois.

AB : ça a changé votre vie de couple ?

Christiane : Oui (...) bon maintenant c'est comme ça, c'est un fait acquis, j'ai beaucoup moins de désir. Je m'occupe plus de lui que de moi et moi ça ne me préoccupe plus du tout. C'est vraiment depuis la ménopause. Et puis aussi parce que j'ai grossi, que je n'aime plus mon corps, que je ne me trouve plus désirable. »

Christiane emploie un vocabulaire fort et tranchant. Elle se compare à des amies « veuves » en se disant qu'elles sont « presque dans la même situation » allant même jusqu'à trouver ça normal que son mari puisse être infidèle :

« Christiane : (...) même s'il lui arrivait qu'il me trompe, à la limite, je crois que je ne lui en voudrais pas tellement car c'est normal. A la rigueur, si c'est juste pour le plaisir sexuel pourquoi pas, je lui souhaiterais presque même si ça me ferait de la peine. »

Pour Nicole, le danger pour la féminité est venu du fait qu'elle ait dû subir une hystérectomie totale. A ce moment de sa vie, elle s'est alors posée beaucoup de questions sur sa future féminité et sa libido, surtout que Nicole est une femme célibataire, qui aime prendre soin de son apparence et qui aime séduire.

« Nicole : On a l'impression qu'on va nous enlever quelque chose de féminin (...) et en même temps il ne faut pas se le cacher c'est la libido aussi, les relations sexuelles. Donc quand on enlève quelque chose comme ça dans le corps humain de la femme tout de suite on s'imagine qu'on ne sera plus une femme. »

Nicole essaie de se rassurer en évoquant un sentiment partagé par la plupart des femmes

« Nicole : on perd quelque chose quand même, on n'a pas la même libido avant et après, il faudrait être vraiment malhonnête ou être une femme exceptionnelle pour dire que rien a changé. »

Nicole évoque aussi le fait que l'image que l'on a de soi est primordiale pour le vécu de cette féminité :

« Nicole : La chance que j'ai eu c'est d'être opérée par voie basse et donc ne pas avoir de cicatrice et je pense que ça fait la différence car se rappeler tous les jours avec la cicatrice, je pense que moralement ça joue beaucoup. »

Cependant, d'autres femmes ne partagent pas ces avis et sont indifférentes à ces problèmes. Dans notre étude ce sont surtout des femmes qui n'ont pas ressenti de symptômes particuliers de la ménopause et qui ont pris un certain recul par rapport à la ménopause.

*« Michèle : Dans la relation avec mon mari ça n'a pas changé les choses.
Brigitte : Des fois c'est un petit peu plus dur (rire), c'est un petit peu plus désagréable, c'est un petit peu plus sec mais ce n'est pas tout le temps. »*

4.2.1.4 Le vieillissement

Le vieillissement est l'un des thèmes les plus abordés, souvent cité d'emblée à l'évocation de la ménopause. Il devient presque un synonyme.

« Christiane : A la ménopause je me suis sentie vieillir.

Marie-Yvonne : parce qu'au niveau psychologique, en soi, c'est un cap à passer, un tournant dans sa vie. Le côté vieillesse. Pour moi avancer dans l'âge c'est dur et difficile à vivre.

Michèle : C'est moi parce que je trouve que je vieillis (rire). »

Certaines évoquent le vieillissement de façon plus détournée :

« Michèle : L'autre gynéco était assez énervante, elle m'appelait jeune fille (...) c'était désagréable « bonjour jeune fille » à chaque fois. C'était faussement familier et en fait un peu maltraitant.

Michèle : J'avais dans l'idée que quand on était en pré-ménopause tu pouvais tomber enceinte et je me suis inquiétée, je l'ai appelé car je lui ai dit je n'ai pas mes règles j'espère que je ne suis pas enceinte et elle s'est fichu de moi. « A votre âge si vous êtes enceinte j'écris un article ». Ça m'a franchement déplu.

Nicole : Déjà j'ai encore cette chance que je ne fasse pas mon âge donc on ne pense pas à la ménopause. »

Pour d'autres, le vieillissement se révèle secondairement, c'est-à-dire à l'arrivée des troubles physiques et psychiques que les femmes rattachent à la ménopause (vieillesse cutané, sécheresse vaginale...) et la nécessité d'efforts quotidiens pour pouvoir garder leur féminité et leur tonus.

« Christiane : Je grossissais à vue d'œil en faisant les mêmes choses. »

Ce vieillissement est accepté de façon neutre par certaines, avec angoisse par d'autres.

Enfin Michèle, psychologue, note un aspect plus positif : une forme de respect :

« Michèle : Ah oui moi je reçois beaucoup plus d'hommes depuis que je suis vieille car je pense qu'ils sont plus tranquilles, qu'il n'y a pas de risques. Euh, ils ont plus envie de me parler. »

Deux femmes pensent que la société porte un regard différent sur le vieillissement de l'homme et de la femme.

« Michèle : C'est rude la vie des femmes car c'est vraiment scandé par le biologique. Les mecs c'est plus doux.

Nicole : de ne pas faire comme si la femme ménopausée est finie. C'est drôle on fait toujours ça pour les femmes mais pas pour les hommes, les hommes aussi ont leur soucis. »

Une femme, Nicole, ne souhaite pas mêler la ménopause à la vieillesse mais plutôt comme une nouvelle étape à construire.

« Nicole : Oh 50 ans, la ménopause, on est une femme et alors c'est beau d'être une femme. Ne pas se voiler la face mais adopter sa vie autrement. Il n'y a rien qui change, c'est juste transformer, on a 50 ans et bien bravo. C'est une nouvelle page de vie qu'on va écrire comme à 30 ans, 40 ans, etc... »

4.2.1.5 Les effets secondaires et l'impact sur la santé

Dans le guide d'entretien, il n'y a pas de question portant précisément sur les troubles liés à la ménopause. Les questions sont plus d'ordre général, sur le vécu et les sentiments liés à la ménopause, le but n'étant pas de lister les effets secondaires mais plutôt de connaître les préoccupations des femmes à cette période.

Pourtant beaucoup d'effets secondaires sont cités par les femmes.

En tête de liste se trouvent les bouffées de chaleur. Il y a une véritable union entre ménopause et bouffées de chaleur. Elles sont citées rapidement après le constat de l'arrêt des règles. Même certaines femmes asymptomatiques les évoquent, comme Josiane, *« moi, des bouffées de chaleur je n'en ai jamais eu »*. La majorité des femmes interrogées déclare en avoir (eu), allant du simple constat à une véritable souffrance.

Nicole qui a plutôt bien accepté l'arrivée de la ménopause, a été peu gênée par les bouffées de chaleur.

« Nicole : Pendant quelques mois mais pas très longtemps, j'ai eu ces désagréments de la ménopause : bouffées de chaleur (...) j'ai eu ça 3-4 mois et puis plus rien. »

Par contre, Michèle et Christiane, les ont moins bien supportées.

« Michèle : Après j'ai été embêtée par les bouffées de chaleur, le fait que ça me réveille la nuit, j'avais chaud et aussi dans la journée, au cabinet, je savais l'heure qu'il était, vers 17h, quand je commençais à être fatiguée.

Christiane : Plus les bouffées de chaleur, je vis tout le temps les fenêtres ouvertes. »

Ces « vapeurs » sont aussi des marqueurs de la ménopause, visibles et reconnaissables par le monde extérieur.

« Nicole : J'avais une collègue, la pauvre, elle était gênée, elle devenait toute rouge et elle dégoulinait, là par contre, ça peut gêner. »

C'est aussi un des principaux symptômes qui pousse les femmes à suivre des traitements.

« Régine : J'ai pris un médicament juste contre les bouffées de chaleur.

Christiane : Moi j'ai essayé des produits naturels à base de soja quand je ne prenais plus de traitement (hormonal) mais ça ne me faisait rien.

Monique : (...) car avec le THM je n'avais pas de bouffées.»

Un des autres symptômes qui revient de façon fréquente au cours des entretiens est **une prise de poids**. Il est évoqué par la plupart des femmes interrogées même si pour 2 d'entre elles, il s'agit de préciser « *l'absence de prise de poids* » souvent corrélé à la ménopause dans la population féminine.

Pour Marie-Yvonne, elle dit simplement, « *j'ai pris du poids* », pour Sylvie, c'est le terme « *embonpoint* » et pour Régine c'est un changement de la « *silhouette* ».

De plus, certaines femmes nous ont fait part qu'elles avaient **des troubles du sommeil** depuis la ménopause, plutôt à type d'insomnies.

« Régine : insomnies, beaucoup d'insomnies. »

Vient ensuite, **les troubles de l'humeur ou la « déprime »** pour d'autres. Il s'agit d'un trouble plutôt surprenant pour les femmes qui l'ont subi, probablement par le fait que ce n'est pas un symptôme dont on parle facilement ou avec le recul nécessaire.

« Brigitte : J'ai eu un coup au moral. Je ne pensais pas que c'était par rapport à la ménopause mais j'ai eu un petit passage à vide.

Marie-Yvonne : Moi j'ai été étonnée par rapport aux idées noires car ce n'était pas mon tempérament. »

Avec parfois des fluctuations intra-personnelles qui peuvent altérer les rapports à autrui.

« Josiane : Mis à part sur l'humeur. Un peu plus de sensibilité ou un peu plus énervée. Ça dépend des jours.

Nicole : J'ai un mal être, pas de trouble de l'humeur, mais un agacement. Par moment, j'étouffe. »

Quelques femmes nous ont confié qu'elles avaient des **sécheresses vaginales** liées à l'atrophie urogénitale. Les femmes ont des difficultés à en parler autour d'elles, et notamment à leur médecin.

« Monique : Les seules personnes avec qui j'aborde ce sujet c'est mon mari ou mon gynécologue mais sinon ce ne sont pas des choses qui se racontent. »

Sont cités également : **le vieillissement cutané**, comme *« Michèle : Les membranes sont moins souples (...), j'ai les yeux secs, la peau sèche mais en bas ça va (rire). »* et *« Nicole : Je me suis aperçue d'une sécheresse cutanée et d'une pigmentation de la peau. »* et **les douleurs mammaires** *« à être obligé de dégrafer mon soutien-gorge. »*

D'autres symptômes sont évoqués par la description que leur ont fait leur médecin, comme Michèle, qui évoque ce que lui a raconté son gynécologue, en termes plutôt négatifs : *« elle m'avait raconté toutes les catastrophes : **l'ostéoporose**, vous allez faire pipi dans votre culotte, elle l'avait pas dit comme ça mais ça voulait dire ça. »*

Rare sont les femmes qui évoquent une amélioration de leur santé même si comme Martine, elles vivent la ménopause comme une « tranquillité », un bienfait. C'est le cas de Monique pour qui la ménopause a mis fin aux troubles liés aux règles.

Certaines femmes interrogées estiment que leur santé n'est pas ou peu affectée par la ménopause et considèrent plutôt celle-ci comme un phénomène biologique naturel (*« qui doit arriver normalement »*).

Ainsi, beaucoup d'effets secondaires sont cités par les femmes, qu'ils soient scientifiquement prouvés ou non. Mais nous notons que, à l'exception des bouffées de chaleur et de la prise de poids, l'évocation de ces derniers ne se fait que tardivement au cours de l'entretien. Les femmes ne considèrent donc pas la ménopause uniquement sur le plan médical.

4.2.1.6 La référence à la mère et aux femmes

Les premières représentations de la ménopause sont souvent les images véhiculées par les mères.

La majorité des femmes interviewées font référence à leur mère lorsqu'elles évoquent la ménopause. Les jeunes femmes, avant d'être concernées, observent la ménopause de leur mère et s'instruisent à partir de ce vécu. C'est le cas de Monique, qui à l'époque, avait été effrayé par la ménopause de sa mère :

« Monique : Oui avec ma mère car elle m'avait dit que c'était embêtant. (...) Moi je m'imaginai que c'était terrible car ma mère avait eu des bouffées de chaleur la pauvre et moi je n'ai jamais eu ça. (...) Ben j'avais peur par rapport à ma mère car je me suis dit si c'est ça la ménopause, je préfère avoir mes règles. »

Ou encore Josiane, qui a plus ou moins découvert la ménopause par le biais de sa mère, qui avait eu « *quelques soucis* » liés à cette période. Et Régine, pour qui, la ménopause évoque « un changement de silhouette » :

« Régine : J'ai surtout vu sur ma mère et mes tantes le changement de forme de leur corps, je trouvais que ça se voyait quand une femme était ménopausée. »

On constate d'ailleurs que celles qui n'ont pas eu de transmission, d'identification par rapport à ce « modèle » maternel, « vivent » moins paisiblement leur propre ménopause, comme Michèle qui parle de la ménopause comme quelque chose qui lui serait « *tombé dessus* » car il n'y avait eu aucune élaboration du sujet.

« Michèle : Ma mère est morte quand j'étais petite donc je n'ai pas eu de femmes ménopausées autour de moi, qui m'en ont parlé en tous les cas. (...)

AB : Vous n'appréhendiez pas la ménopause ?

Michèle : Après coup si. Avant coup non mais je me rends compte que c'est parce que ma mère ne m'en avait pas parlé. »

Christiane compense son manque d'identification à l'image maternelle, en parlant avec sa gynécologue « *comme si c'était sa mère* ».

Les autres femmes de l'entourage comme les sœurs, les tantes, les amies, peuvent-être aussi des figures d'identification. Ainsi Nicole raconte que voir sa sœur se mettre « *du gel sur les bras, les cuisses, depuis longtemps* », pour pallier aux effets indésirables de la ménopause, « *c'est catastrophique.* »

4.2.1.7 La ménopause dans le parcours de vie

Nombreuses sont les femmes qui racontent la ménopause comme une autre étape de la vie. Elle survient comme une suite logique : l'arrivée des règles, la fécondité puis la ménopause.

« *Brigitte : Elle nous a expliqué tout le cycle, la pilule, la ménopause.* »

Comme le souligne Nicole c'est naturel :

« *Brigitte : Je suis un peu simpliste mais si je dois être en ménopause et ben c'est comme ça.* »

Il s'agit d'une transition. Les interviewées parlent de « **cap** », « **d'étape** ». Une en parle de façon optimiste comme « une nouvelle page à écrire ». Deux femmes ont des propos plus radicaux et vont même jusqu'à parler de la « *dernière étape avant la mort* ». Nous prenons alors conscience de l'impact possible de la ménopause dans la vie d'une femme.

« Marie-Yvonne : (...) parce qu'au niveau psychologique en soi, c'est un cap à passer, un tournant de sa vie. (...) C'est des moments difficiles même si on en parle avant mais quand ça arrive c'est différent. »

Mais il faut toutefois souligner que cette période de la vie correspond aussi à une mutation de l'environnement familial et social :

- les enfants sont grands et prennent leur envol
- c'est aussi l'âge de la retraite pour certaines ou alors la ménopause leur évoque l'arrivée prochaine à la retraite, même si cela est énoncé par des sens contraires.

« Nicole : Sincèrement, je n'y pensais pas comme je ne pense pas à la retraite. »

- naissance des petits-enfants et passage au statut de grand-mère.

« Brigitte : J'ai eu mes enfants jeunes et maintenant j'ai 4 petits-enfants. »

Ces mutations engendrent donc un panel de sentiments.

Les représentations sont souvent confondues et entremêlées. Il est donc important de prendre en compte cet environnement.

4.2.1.8 La ménopause au sein de la société

Plusieurs femmes décrivent la ménopause comme pouvant être « *tabou* ». Elle est parfois comparée avec la puberté : les adolescentes ont été peu informées sur l'arrivée des règles.

« Christiane : On est une famille sicilienne donc on restait très pudique surtout sur ce qui était physique. Je n'ai ni parlé ménopause ni sexualité avec ma famille. »

Certaines femmes précisent que la ménopause n'était pas un sujet dont on discutait à « leur génération » surtout avec sa mère, mais la plupart constate une évolution positive dans ce domaine. Elles relient cela à un problème générationnel qui s'estompe progressivement.

« Christiane : Ah non, avec ma mère. On ne parlait pas de ces choses-là. Je vois mes sœurs avec leur fille, elles en parlent, il y a beaucoup d'amour. Moi je n'ai pas connu tout ça.

Marie-Yvonne : Ah non, c'est un sujet qu'on n'abordait jamais. Maintenant ça a beaucoup évolué dans le bon sens et je trouve cela bien. »

De plus, le sujet de la ménopause semble pouvoir être abordé avec les amies mais rarement celui de la sexualité.

« Monique : Les seules personnes avec qui j'aborde ce sujet c'est mon mari ou mon gynécologue mais sinon ce ne sont pas des choses qui se racontent. »

La ménopause n'est pas un sujet « de prédilection » dont les femmes aiment parler, a contrario de la grossesse, par exemple, comme le souligne Sylvie : « *Je ne trouve pas que ce soit un sujet, autant la grossesse on en parle autant la ménopause (...).* » mais elles s'accordent sur le fait qu'il ne faut pas que la ménopause reste un sujet tabou.

Enfin, il est parfois difficile d'aborder ces sujets avec le médecin. Nous développerons cette idée par la suite.

4.2.1.9 Les disparités des vécus de la ménopause

Nous remarquons dans le discours des femmes une grande disparité dans le vécu de la ménopause. Nous pouvons ainsi les catégoriser en quatre groupes :

- **Les positives**

Certaines femmes sont soulagées par l'arrivée de la ménopause surtout celles qui ont eu une pré-ménopause éprouvante (ou périménopause). Monique, 65 ans, apprécie alors l'aménorrhée.

« Monique : De ne plus avoir de règles je trouvais ça superbe car pendant 3 ou 4 ans j'ai eu des règles hémorragiques. »

- **Les neutres**

Quelques-unes ont un regard neutre sur la ménopause en racontant leur ménopause avec peu d'affects. On constate que ce sont celles qui n'ont pas subi ou très peu d'effets secondaires gênants. Elles relativisent cette période. C'est le cas de Martine, 56 ans, qui s'intéresse peu à sa ménopause et répond aux questions avec un certain détachement. Elle ne raconte pas d'effets secondaires.

- **Les négatives**

Qui expriment une accumulation d'effets néfastes. Christiane, 63 ans, ancienne assistante de direction, énumère au long de son interview ces points négatifs : prise de poids, relations sexuelles douloureuses, perte de féminité, dépression... Il y a donc un vrai constat de dévalorisation.

- **Les ambivalentes**

Elles représentent la plupart des femmes. Les sentiments sont ambigus, partagés par le confort procuré par l'arrêt des menstruations et à la fois par les quelques désagréments accompagnateurs. Nous percevons dans leur discours une envie d'être optimiste tout en ayant conscience qu'il y a eu un changement et qu'il faut essayer de s'en accommoder au mieux.

« Josiane : Chaque individu est différent donc je pense que c'est à soi, en fonction de ce qu'on ressent, de gérer par soi-même. »

4.2.2. Le suivi gynécologique préventif des femmes ménopausées

4.2.2.1. **La mammographie**

Toutes les femmes interviewées connaissent la mammographie. Elles en ont toutes déjà réalisé au moins une.

Date de leur dernière mammographie

La dernière mammographie remonte pour la majorité des femmes interviewées à 2 ans ou moins. Parmi les 2 autres femmes une dit en avoir fait une il y a au moins 3 ans et l'autre il y a 3-4 ans.

Rythme des mammographies

Lorsqu'on demande aux femmes « *A quel rythme est-il conseillé de faire les mammographies ?* » **la majorité s'accordent à répondre tous les 2 ans**, sans hésitation. 1 femme la fait et pense qu'elle est recommandée tous les ans et une pense qu'elle est recommandée tous les 2-3 ans. Michèle, elle, passe une mammographie tous les ans même si elle sait qu'elle est conseillée tous les 2 ans, en raison de ses antécédents familiaux.

Les limites d'âge

Par contre, concernant les limites d'âge auxquelles les mammographies sont préconisées dans la population générale, les réponses sont un peu plus vagues. La majorité des femmes sait que la mammographie est à réaliser à partir de 50 ans même si la plupart d'entre elles en ont eu une bien avant. Que ce soit pour des raisons médicales

fondées, comme Michèle, qui a perdu sa mère d'un cancer du sein à l'âge de 52 ans ou encore Monique et Josiane qui ont des « *poitrines fibromateuses* », des « *mastoses* », qui induisent un suivi plus précoce. Ou que ce soit sur avis personnel ou prescrit par le gynécologue, comme Marie-Yvonne et Brigitte.

« Marie-Yvonne : Ah oui j'en fais depuis longtemps, environ 40-45 ans.

Brigitte : Les premières c'était le gynécologue qui me faisait la prescription (...) et maintenant c'est la caisse de maladie qui m'envoie le papier tous les 2 ans donc je le fais. »

Pour la limite d'âge supérieure, les réponses sont incertaines, déductives ou non connues. Les réponses s'échelonnent de 65 à 75 ans (en passant par 67, 70, 72). Quelques femmes ne donnent pas de limite supérieure, comme Michèle : « *Je crois tous les 2 ans à partir de 60 ans* » et Nicole reconnaît ne pas savoir : « *A partir de 50 ans et après jusqu'à je ne sais pas.* »

Les femmes adaptent donc leur suivi mammographique en fonction de plusieurs arguments : leurs connaissances sur le sujet, les prescriptions de leur médecin et leurs antécédents personnels et/ou familiaux.

Les mesures incitatives

Toutes les femmes interrogées, évoquent spontanément, la lettre adressée par leur caisse d'assurance maladie les invitant à effectuer gratuitement une mammographie.

Les termes employés sont multiples : « *bilan par la sécurité sociale* » pour Josiane, « *les rappels que nous envoie prévention santé* » pour Régine, « *le truc du dépistage* » pour Michèle ou encore « *les tests de la sécurité sociale* » pour Martine.

Un peu plus de la moitié des femmes réalise les mammographies dans le cadre du DO, tous les 2 ans, à la suite de la réception de leur courrier, abandonnant pour certaines, leur DI mis en place auparavant. 1 femme fait également ses mammographies avec le DO mais à un rythme plus espacé (4 ans) et 2 autres connaissent le principe du DO mais continuent leur suivi individuel c'est-à-dire qu'elles utilisent les prescriptions de leur gynécologue pour réaliser leur mammographie, à un rythme plus rapproché que celui préconisé (1 an). Régine,

elle, a réalisé sa dernière mammographie il y a plus de 3 ans et ne les fait pas régulièrement :

« Régine : Non. Je l'ai faite parce que j'avais une grosseur. Je vais chez le docteur en cas d'urgence, là, c'était le cas. Mais finalement c'était bénin. »

La plupart des femmes apprécient ce fonctionnement.

Nicole ajoute que c'est « *très bien les courriers pour la mammographie* ». Cette lettre sert de rappel.

« Marie-Yvonne : J'y pense quand même mais en recevant ce papier on y repense »

Il s'agit d'un « *plus* » comme le souligne Josiane :

« Josiane : Si je crois que c'est un plus. Moi qui ai tendance à ne pas consulter les médecins ça me force un peu à y aller. »

Et Christiane rajoute que ça l'incite à poursuivre le dépistage :

« Christiane : Ah oui je trouve cela bien car je pense qu'au bout d'un moment on laisserait tomber. »

Pour d'autres, même si elles jugent cela positivement, **ce courrier fait émerger un sentiment de culpabilité**. Ce sentiment est perçu par celles qui ne suivent pas ou pas correctement le dépistage organisé.

« Régine : On reçoit un courrier nous informant que, on doit le faire, enfin que c'est mieux qu'on le fasse mais maintenant c'est vraiment du ressort personnel si on ne fait pas les examens.

Sylvie : Ben si c'est bien car on se sent obligé, on ressent un sentiment de culpabilité si on n'y va pas. »

D'autres ont fait part de quelques réserves concernant le dépistage organisé :

- Pour Monique, il était important de choisir **le lieu de l'examen**.

« Monique : Quand j'ai commencé à recevoir les papiers de la sécurité sociale (...) je trouve ça bien du moment où je pouvais aller où je voulais pour faire mes examens. »

- Quant à Marie-Yvonne, elle est inquiète par rapport au **nombre de clichés**, qu'elle trouve moins important que lorsqu'elle pratiquait le dépistage individuel.

« Marie-Yvonne : Par une prise en charge avec la sécurité sociale, j'ai l'impression qu'il y a moins de cliché après je pense que c'est sérieux. »

Les obstacles

Pour la majorité des femmes, réaliser une mammographie ne semble pas être un obstacle en soit. Martine répond qu'il n'y en a *« pas du tout »*. Les obstacles émis sont :

- Un examen **« désagréable »** mais *« pas dramatique »*. Brigitte insiste sur le caractère *« très »* désagréable du fait *« d'être compressée »*.
- La **« peur des résultats »** plus que l'examen en lui-même.
« Sylvie : Euh je déteste les examens car quand j'attends les résultats je suis dans un état pas possible (...) c'est les résultats moi.
Régine : Surtout la trouille du résultat. J'ai toujours eu très peur des résultats donc je préférerais ne rien faire que d'avoir de mauvais résultats. »

Pour d'autre cette obstacle peut au contraire être un moteur, comme pour Marie-Yvonne, qui reconnaît que le fait d'être *« anxieuse »* l'incite à faire les examens.

- La **« prise de rendez-vous »**
« Josiane : L'obstacle c'est la prise de rendez-vous puis d'y aller mais une fois qu'on a le rendez-vous en général on y va. »
- Le **« manque de temps »** qui ressort plus comme *« une excuse »* que comme un obstacle vrai.
« Nicole : Il n'y a pas d'obstacle mais c'est comme les papiers c'est toujours embêtant d'aller faire les examens et d'aller chez le médecin.
Régine : C'est juste quelque chose à fixer dans le planning. »

4.2.2.2. Le Frottis Cervico-Vaginal

Le FCV est également évoqué de façon assez spontanée dans l'interview. La totalité des femmes interviewées connaît l'examen et en a déjà eu plusieurs.

Date de leur dernier FCV

On constate une hétérogénéité des délais, dans la réalisation des FCV chez les femmes interviewées, même si la majorité des femmes interrogées ont eu leur dernier FCV il y a 2 ans ou moins avant l'entretien. Une femme le fait tous les ans sur conseils de son gynécologue. Monique le faisait également tous les ans mais depuis ses 60 ans, le gynécologue lui a dit « *que ce n'était plus la peine de le faire* » et donc son dernier FCV remonte à plus de 5 ans. 2 femmes ne réalisent plus de FCV suite à une intervention médicale : une hystérectomie. Régine, 55 ans et Nicole, 53 ans, qui ont toutes les deux subi cette intervention, respectivement il y a 6 ans et 2 ans (lors de l'interview). Cette date d'intervention marque la date de leur dernier FCV. Par contre, Nicole, le réalisait auparavant une à deux fois/an et Régine ne les faisait pas à un rythme régulier. Deux autres femmes, Josiane et Sylvie, reconnaissent que leur dernier FCV remonte à plus de 3 ans, avec pour Sylvie un rythme très irrégulier :

« Sylvie : 3-4 ans pareil mais avant, ma dernière mammographie et FCV remontent à 10 ans. Je n'ai rien fait entre les deux. »

Rythme des FCV

Lorsqu'on demande aux femmes quel est le délai préconisé entre la réalisation de deux FCV, **les réponses sont plus hésitantes**, a contrario de la mammographie, même si la plupart des femmes interviewées, s'accorde à répondre « *tous les 2 ans* ». Pour certaines, c'est « *tous les ans* ».

Les limites d'âge

Concernant les limites d'âge de réalisation des FCV recommandés, la totalité des femmes interviewées ne les connaissent pas. La majorité des femmes reconnaît d'ailleurs ne pas le savoir.

« Michèle : Non je ne sais pas.

Brigitte : A par contre là je ne sais pas. »

D'autres se hasardent à faire des propositions ou détournent la conversation :

« Marie-Yvonne : Je crois que c'est pareil que pour la mammo non ?

Martine : Je la fais depuis l'âge de 20 ans.

Régine : Quand on n'a pas d'antécédents familiaux tous les 2 ans. Quand on a eu des antécédents familiaux tous les ans. Jusqu'à je dirais 75 ans. »

Au total, aucune des 10 femmes interviewées ne connaît le rythme recommandé et les femmes « se rangent » aux conseils de leur gynécologue ou de leur médecin généraliste.

Les obstacles

La plupart des obstacles cités pour le FCV sont les mêmes que ceux énoncés pour la mammographie notamment :

- La « **peur des résultats** » ;
- La « **prise de rendez-vous** » ;
- Le « **manque de temps** ».

En effet, la plupart des femmes interrogées, lorsqu'on leur demande s'il y a des obstacles à la réalisation des examens, ne font pas de distinction entre le FCV et la mammographie.

Pour certaines femmes, en revanche, des différences émergent.

- Même si le caractère « **désagréable** » a déjà été évoqué pour la mammographie, cet obstacle semble encore plus prononcé pour le FCV. Ainsi Michèle précise que « *le frottis c'est désagréable* » ou encore Marie-Yvonne insiste sur le FCV :

« Marie-Yvonne : Je ne dis pas qu'on y va avec joie surtout le FCV. »

- Le FCV est un examen qui peut aussi être « **douloureux** » notamment avec la sécheresse vaginale liée à la ménopause. C'est ce qu'évoque Christiane, qui « *ne supporte plus qu'on la touche à cet endroit-là* » et pour qui le FCV est devenu un supplice malgré son désir de poursuivre son suivi gynécologique, sentiment également aggravé par son expérience passée.

« Christiane : Même la dernière fois où on m'a mis un spéculum j'ai eu très mal, même le plus petit soit-il et c'est cela qui me fait reculer. (...) Le FCV tous les 2 ans jusqu'à, mais ça devient difficile pour moi mais j'aimerais bien les faire jusqu'au bout. Je ne sais pas comment je vais faire. »

- Michèle, à l'évocation des obstacles, précise qu'elle ne va voir que des femmes, pour son suivi gynécologique. Un **médecin de sexe masculin** est donc un obstacle pour elle.

« Michèle : J'ai horreur de me faire ausculter par les hommes. Je n'ai pas un bon souvenir des hommes gynécologues. »

Pour une minorité de femmes, le FCV, ne présente pas d'obstacle. Ainsi Martine précise que « ça ne la gêne pas du tout » et Brigitte le compare à une prise de tension artérielle : « *puis le gynécologue, il discute en même temps. Ça se fait comme s'il prenait la tension* ».

Globalement, la perception du FCV par les femmes interrogées est un peu plus péjorative, en comparaison à la mammographie.

4.2.2.3. Les autres examens

Lors de nos interviews, nous avons voulu savoir si d'autres examens avaient été proposés aux femmes, en relation avec leur ménopause.

Bien que les **échographies mammaires** ne rentrent pas dans le cadre du DO du cancer du sein, certaines femmes associent spontanément l'échographie mammaire à la mammographie. Les autres femmes n'ont pas parlé de cet examen.

« Josiane : Mon gynécologue me prescrivait une écho et une mammo tous les 2 ans.

Michèle : Elle me prescrit une écho et une mammo que je fais 6 mois plus tard. »

Lorsqu'on demande aux femmes : « *Vous a-t-on proposé d'autres examens depuis votre ménopause ?* », la réponse la plus fréquente est **l'ostéodensitométrie**. L'examen est rarement désigné sous ce terme, il est plutôt nommé sous le nom « *d'examen pour les os* » ou « *d'examen pour l'ostéoporose* ». Beaucoup de femmes interviewées en parlent mais seulement quelques-unes le citent de façon spontanée. Certaines s'en rappellent lorsqu'on leur demande si elles ont déjà eu une ostéodensitométrie. Une minorité en a déjà fait au moins 1 et certaines femmes en ont eu une de prescrite mais non réalisée. Parmi ces ostéodensitométries, la plupart, ont été prescrites par un gynécologue.

« Brigitte : Ah oui c'est vrai j'ai passé l'année dernière un examen pour l'ostéoporose. C'est le gynécologue qui me l'a prescrit. »

Monique est la seule des femmes interviewées à avoir eu cet examen avant la ménopause.

« Monique : Oui tous les 2 ans mais pas depuis le début de ma ménopause. »

Les autres examens, réalisés par les femmes, qui pourraient avoir un lien, selon elles avec la ménopause sont :

- Des « **analyses de sang** » selon Josiane.
- Des « **examens hormonaux** » pour Christiane.

Brigitte, elle, précise avoir des bilans mais en rapport avec ses traitements habituels contre le cholestérol et l'HTA, donc sans lien avec la ménopause.

4.2.2.4. Le suivi préventif

Le suivi préventif, en ces termes, ne « parle » pas aux femmes. Elles ont plutôt une réponse interrogative.

« Régine : Préventif ?

Michèle : Qu'est-ce que vous voulez dire ? »

Mais lorsqu'on leur précise à quoi servent pour elles la mammographie, le FCV, **les réponses vont toutes dans le même sens, à savoir le dépistage d'une maladie, des cancers, parfois avant d'avoir des symptômes.**

« Josiane : Le fait d'être suivi régulièrement n'empêche pas d'avoir un cancer ou une autre maladie mais ça peut aussi déceler une maladie avant qu'on en est les symptômes.

Christiane : Oui par rapport aux cancers.

Monique : Oui, pour savoir si on n'a pas le cancer. »

Pour quelques femmes, le suivi est corrélé à l'âge de la femme. Régine pense qu'il faut un suivi, « *plus même que quand on est jeune* ». Pour Monique, le « *cancer de l'utérus c'est plus chez les jeunes* ».

Pour certaines, cette notion du dépistage est transmise à leurs filles. Martine « *emmène* » ses filles chez le gynécologue même si c'est « *très dur* » de les décider et

Marie- Yvonne « *parle aussi à ses filles* » de la mammographie car elle « *trouve qu'on entend beaucoup parler de cancer du sein chez des femmes jeunes* ».

On constate que même si en parole, il est difficile de définir leur suivi préventif, les femmes interviewées l'appliquent, plus ou moins de la façon recommandée et le transmettent.

4.2.2.5. Avant/Après ménopause

Pour la majorité des femmes rencontrées, la ménopause a induit un changement dans la périodicité des consultations pour leur suivi gynécologique. En effet, beaucoup de femmes ont allongé leur délai entre 2 rendez-vous gynécologiques, qu'elles soient suivies par un gynécologue ou un médecin généraliste. L'une d'entre elles, Régine, qui a subi une hystérectomie, a même arrêté totalement son suivi, essentiellement en termes de consultation, estimant qu'elle n'en a plus besoin. Sentiment renforcé par son intervention.

« Régine : ça a changé par le fait que je ne vais plus chez le gynécologue comme je n'ai plus besoin à mon avis. »

Le délai entre deux consultations a été multiplié entre 2 et 4. C'est-à-dire qu'en moyenne, les femmes consultaient leur gynécologue tous les 6 mois à 1 an, ce qui correspondait aux consultations de renouvellement de la contraception pour la plupart ou le suivi « classique » et que ce délai est passé de 1 à 2-3 ans.

Pour la majorité des femmes rencontrées, la consultation gynécologique à la ménopause, s'associe à la réalisation des examens de prévention (mammographie, FCV).

« Marie-Yvonne : Je vais vous dire sincèrement tous les 2 ans quand je dois faire le FCV. Pour moi, je fais le FCV et la mammo, en dehors de ça, je n'en ressens pas le besoin. (...) Je continue à faire les examens mais j'y vais moins régulièrement.

Brigitte (53 ans) : Ben comme je ne prends plus la pilule j'y vais tous les 2 ans maintenant. C'est tout nouveau. »

Rare sont celles qui consultent le gynécologue « juste » pour un examen clinique. **Souvent la consultation fait suite à un problème perçu par la patiente.**

« Nicole : J'ai reconsulté 2 fois après l'intervention dans les suites car on a besoin d'être rassurée et depuis je n'y suis pas allée. Et là je vais y aller car j'ai ce problème-là. »

On constate aussi que les femmes qui consultent tous les ans sont celles qui ont pris un THM.

Quelques femmes ont continué leur suivi gynécologique de façon identique depuis leur ménopause. C'est le cas de Christiane, qui insiste sur ce fait, en répondant et répétant trois fois « *non* », lorsqu'on lui demande si son suivi a changé depuis sa ménopause et de Martine qui consulte tous les 6 mois son gynécologue, en précisant spontanément qu'elle « *n'a pas espacé les consultations* ». Sylvie avait déjà un suivi gynécologique un peu anarchique avant sa ménopause et n'évoque donc de ce fait aucun changement. Pour cette dernière, son interruption de suivi depuis quelques années provient d'un déménagement dans un endroit inconnu pour elle, médicalement parlant.

« Sylvie : Je faisais les examens mais quand je suis partie de ma ville (...), comme je ne connaissais pas de médecin là-bas, j'ai arrêté mon suivi. Donc cela n'a rien à voir avec la ménopause. »

4.2.2.6. THM et suivi gynécologique

Le THM et les femmes ménopausées

Pour la plupart des femmes rencontrées, le THM a un impact sur le suivi gynécologique, dans le sens où la femme a une « obligation » d'y aller par rapport au renouvellement d'ordonnance. Il s'agit d'une réponse quasi-unanime, que les femmes aient pris ou non un THM. On constate la redondance dans les réponses des femmes du terme « *obliger* » qui indique une contrainte.

« Josiane : Je pense que quand on a un THM on est un peu obligé de consulter si on veut le continuer, de voir un médecin pour avoir une ordonnance.

Monique : Ah ben oui ça s'est sûr parce que comme on est obligé de renouveler tous les 6 mois ben automatiquement, on va voir le gynécologue et je trouve ça pas mal. »

D'autres femmes ont des réponses plus contrastées.

Le niveau socio-économique peut apparaître comme un facteur de suivi. Michèle évoque, avec une certaine retenue, le fait que plus une femme à un niveau socio-économique élevé, plus elle a de connaissances et plus elle accède aux soins :

« Michèle : Je pense oui, je pense que les femmes prenant un THM, c'est peut-être une grosse bêtise, mais je pense que ce sont des femmes avec un niveau un peu plus élevé socialement et donc elles se font plus suivre. Je pense que les connaissances et l'accès aux soins sont corrélés avec le niveau social voilà. »

Martine, pense qu'au contraire, « **elles ne se font pas suivre** ». Cependant cette réponse est à nuancer par rapport à son manque d'intérêt pour le THM.

« Martine : Oui j'en ai entendu parler mais pas l'application en elle-même. (...) Oh la vaguement. Je n'en ai pas eu besoin et je n'ai pas été assez curieuse. »

Pour Sylvie, il n'y a pas de lien entre la prise de THM et le suivi, il s'agit plus d'une question de « **caractère** » individuel.

Les utilisatrices du THM

Le THM, chez les femmes interrogées, a été pris sur une durée variant de 3 à 10 ans, certaines n'ont pas souhaité en prendre un (dont 2 à qui on l'avait proposé voir prescrit) et d'autres avaient une contre-indication (antécédent de thrombose veineuse profonde pour Régine et poitrine fibromateuse avec calcifications pour Josiane).

Les femmes ayant pris un THM ont été satisfaites. Pour la majorité des utilisatrices du THM, il leur a apporté un sentiment de bien-être et les a aidées à passer une période parfois difficile liée aux désagréments de la ménopause. Pour Christiane, le THM est décrit comme un sauveur et elle emploie un vocabulaire très fort pour le décrire puisqu'elle dit qu'avec le THM elle jouissait d'un « *bien-être total* » (ce qui renvoie à la définition de la santé par l'OMS) (71) et qu'elle était « *revenue normale* ». Pour Michèle, le THM a été pris sur les conseils de

son gynécologue, qui à l'époque de sa ménopause, lui a expliqué qu'il pallierait à toutes les « catastrophes » de la ménopause. La prescription du THM, pour les femmes qui en ont pris un, a été faite par un gynécologue.

Parmi les utilisatrices, une l'a interrompu suite à la survenue d'une contre-indication (Christiane a eu un SCA avec pose de stent) et les autres l'ont arrêté au moment de la « polémique sur le cancer du sein », après discussion avec leur gynécologue. Effectivement, Michèle et Marie-Yvonne avaient déjà plus ou moins l'envie de l'interrompre mais cette information sur le THM a accéléré leur prise de décision sur son arrêt.

« Michèle : (...) puis tous ces débats sur le cancer du sein, franchement moi, ça m'a fait un peu flippé.

Monique : J'ai arrêté au moment de la polémique à la télévision.

Marie-Yvonne : Moi, le THM, heureusement que je l'ai pris mais au bout de 5-6 ans c'est comme si mon corps ne le voulait plus donc j'en ai parlé avec mon gynécologue et j'avais entendu qu'il y avait un risque de cancer du sein. (...) après ça m'a un peu perturbé avec tout ce qu'on entend. »

Depuis l'arrêt de leur prise de THM, ces femmes reconnaissent avoir espacé leur rythme de consultation chez un gynécologue devant l'absence de nécessité de renouvellement d'ordonnance lié au THM, ce qui induit une modification de leur suivi gynécologique.

4.2.3. L'information des femmes ménopausées

Les représentations des femmes ménopausées sur leur ménopause ainsi que leurs connaissances sur leur suivi gynécologique est d'origine multifactoriel.

Il semble intéressant d'étudier les différentes sources d'informations des femmes ménopausées.

Les sources d'informations médicales citées spontanément par les femmes interviewées

sont :

- **Le médecin** (cité 10 fois) est la source d'information majoritairement nommée. Pour certaines c'est la source d'information principale.

« *Christiane* : Non je préfère parler directement au médecin. »

Avec comme corollaire :

- **La sécurité sociale** (cité 10 fois) évoquée par toutes les femmes interviewées à l'évocation de la mammographie. Les courriers émis par l'assurance maladie sont donc devenus une véritable source d'information à part entière, au moins pour la mammographie.

- **Les amies** (citées 8 fois) : souvent, même si le médecin est la source d'information principale, il n'est pas forcément cité en premier et n'arrive qu'après les amies.

Josiane, Régine, Michèle, Martine, Christiane, Marie-Yvonne, Brigitte, Nicole

- **Les journaux, les magazines** (cités 6 fois) : les journaux de santé, les journaux d'information générale (*Le Monde*), la presse féminine. Il s'agit d'abonnements et de journaux achetés ou consultés occasionnellement.

Josiane, Régine, Michèle, Marie-Yvonne, Brigitte, Nicole

- **La famille** (citée 6 fois) peut-être aussi une source d'information, que ce soit la mère, les sœurs, les tantes. Dans la famille, on retrouve quelque fois le mari.

Josiane, Régine, Christiane, Monique, Marie-Yvonne, Nicole

- **Internet** (cité 5 fois) : ce média n'est pas toujours bien maîtrisé par les interviewées. Souvent internet est cité après les autres médias, les femmes n'ayant pas encore ce réflexe ou ne voulant pas l'avoir.

Martine, Marie-Yvonne, Sylvie, Brigitte, Nicole

- **Les collègues** (citées 3 fois).

Josiane, Brigitte, Nicole

- **Les livres** (cités 1 fois).

« Michèle : Oui je connaissais le sujet. Il y a des trucs que je trouvais « couillon ». J'ai lu 2 livres dessus. Je me suis dit en tant que psychanalyste ça pouvait être intéressant d'interviewer des femmes, faire un article, mais je n'ai jamais rien fait. »

Michèle

- **La radio** (citée 1 fois).

« Josiane : on en entend parler à la radio... »

Josiane

- **La télévision** (citée 1 fois).

Monique

4.2.3.1. L'entourage

Notons que les amies et la famille sont souvent citées comme source d'information et sont omniprésentes durant les entretiens. Mais les informations délivrées par l'entourage sont souvent des informations obtenues de façon passive, difficilement mesurables et reconnaissables.

« Monique : J'étais un peu au courant et j'ai des amies plus âgées donc quand on se retrouvait entre femmes on en parlait. »

Aussi, il semble difficile d'en mesurer l'impact même si parfois il semble significatif surtout lorsqu'on aborde le sujet du THM. On ressent parfois une certaine pression de l'entourage.

« Monique : Oui, elles ont toutes les mêmes symptômes ce n'est pas tabou. Elles ont eu les bouffées de chaleur mais elles n'ont pas voulu de THM tandis que moi j'en ai voulu. »

De plus, nous avons remarqué que les femmes de l'entourage semblent être une source de comparaison et par conséquent de réassurance. Les femmes partageant ainsi leur expérience mutuelle se rendent compte qu'elles ne sont pas seules à subir certains désagréments et rentrent dans une certaine « normalité ».

« Michèle : C'est plus quand on a été ménopausée qu'on en a parlé entre amies, les inconvénients, zut ce n'est pas marrant ce truc-là, les relations intimes ça marche plus parce que ça fait mal etc... »

Certaines femmes interviewées évoquent aussi leur mari, pas en tant que source d'information au sens propre du terme mais en tant que personne de soutien moral.

« Marie-Yvonne : On en parlait un petit peu. Avec mon mari j'en parlais. Moi, à l'intérieur, je commençais à ressentir que ça approchait, les hormones. »

Pour une, en revanche, la famille n'est pas une source d'information appropriée.

« Sylvie : Non, je n'y ai même pas pensé. Je ne trouve pas que ce soit un sujet. »

4.2.3.2. Les médias

Les médias occupent une place importante dans l'information des patientes. Les médias, tout type confondus, sont nommés par la quasi-totalité des femmes interviewées. Même si elles ne s'étendent pas sur le sujet, elles y trouvent des informations intéressantes à leurs yeux.

« Régine : (...) par la lecture aussi, dans les magazines de santé ou des choses comme ça, j'étais quand même au courant. Dans les magazines je trouve qu'il y a de bonnes infos, que c'est bien expliqué. »

Les informations émises par les médias interloquent les patientes même si ce sont des informations éphémères, souvent lues ou entendues de façon hasardeuse.

La majorité des critiques porte sur Internet. Certaines, considèrent qu'internet est un moyen d'accès facile aux informations :

« Brigitte : (...) maintenant avec internet c'est quand même plus facile pour tout le monde de se renseigner.

Sylvie : Ben je ne me suis pas informée. On les connaît les symptômes plus ou moins. Mais j'ai regardé sur internet car j'avais mal au ventre comme si j'allais avoir mes règles et je me demandais si c'était normal. »

Mais la plupart des femmes interrogées qui évoquent internet émettent une réserve concernant la grande diversité des sources d'information, parfois douteuse, pas toujours adaptées au lecteur.

« Nicole : ça m'est arrivé de regarder internet comme tout le monde fait, mais je crois que le médecin est le plus approprié à répondre aux questions car sur internet, il y a des témoignages, ça ne m'intéresse pas.

Martine : Internet je suis un peu réticente. Les avis des gens je m'en méfie. »

Et parfois ce peut être une source d'angoisse supplémentaire :

« Marie-Yvonne : Pas internet car en plus je suis anxieuse. »

4.2.3.3. Les médecins

La majorité des femmes sont satisfaites des informations données par leur médecin et ce dernier représente leur « référence » en matière d'informations.

« Nicole : (...) mais je crois que le mieux en référence c'est son médecin.

Régine : (...) si j'ai vraiment une question c'est à mon médecin que je la pose, j'ai plus confiance. »

La relation médecin-patiente a un rôle fondamental et on constate que les femmes consultant le même médecin depuis des années discutent plus facilement avec lui.

« Martine : Oui il n'y a pas de souci. C'est un médecin de famille que je connais depuis très longtemps.

Brigitte : Non ça fait 20 ans que je suis suivie par le même. »

Monique, précise d'ailleurs, que la discussion « dépend du médecin avec qui on est ».

Pour la plupart des femmes, le dialogue sur le thème de la ménopause est ouvert, facile et elles semblent avoir été bien informées sur la ménopause.

« Michèle : J'ai l'impression que ça s'est fait dans un échange très naturellement.

Brigitte : Ben on parle c'est une discussion ouverte. C'est un échange. »

Quelques femmes racontent une relation un peu plus difficile avec leur médecin soit :

- **par rapport à des termes employés**, comme Michèle, avec la gynécologue qui l'appelait « *jeune fille* » et qui s'était « *fichu d'elle* » au moment de la ménopause.
- **par l'absence d'approche du sujet de la ménopause par le médecin**. Ces femmes auraient aimé que le médecin aborde de lui-même le sujet de la ménopause ou de certains désagréments de la ménopause au cours de la consultation (notamment le thème des relations intimes avec la sécheresse vaginale).

« Marie-Yvonne : il faudrait que les médecins posent plus de questions. Après il ne faut pas que tout ça soit des sujets tabous et je trouve que d'en parler ça peut apporter pour la personne. »

Christiane : Non le médecin vous en parle que si vous en parlez. »

Effectivement, le médecin tient un rôle important, sur la ménopause en général et sur la sexualité plus spécifiquement car si le médecin n'aborde pas le sujet de lui-même au cours de la consultation, certaines patientes n'oseront pas le faire d'elles-mêmes.

Deux femmes évoquent des difficultés à dialoguer au sein de la consultation médicale, en fonction du sexe féminin ou masculin, du médecin.

« Martine : Oui on peut parler plus librement avec des femmes. »

Christiane, n'a pas eu de véritable difficulté avec les médecins hommes mais elle reconnaît avoir eu un dialogue plus libre lorsqu'elle a eu sa gynécologue femme :

« Christiane : J'ai eu beaucoup de gynécologues hommes mais quand j'ai eu cette femme ça a vraiment été une ouverture pour moi, je n'avais plus aucune gêne. »

Sylvie, fait une distinction, non pas au niveau du sexe du médecin mais au niveau de la spécialité du médecin. Pour elle, le médecin généraliste n'est pas là pour parler de la ménopause : « *chacun son truc. Il n'est pas gynéco* ».

Les femmes suivies par un gynécologue n'abordent pas le sujet de la ménopause avec leur médecin généraliste. Souvent elles se contentent de dire qu'elles sont suivies par un gynécologue et qu'elles ont fait leur mammographie et leur FCV si ce dernier aborde le sujet.

« Marie-Yvonne : Il me demande par rapport aux mammographies sinon pas spécialement. Avec mon MT on ne parle pas de la ménopause. Il n'aborde pas le sujet et comme je suis suivie par un gynécologue je ne ressens pas le besoin de lui en parler.

Michèle : oui, oui, oui. Elle m'a demandé, pas la ménopause mais si j'étais suivie d'un point de vue gynécologique. »

Le manque de temps, au cours de la consultation médicale, empêche l'information.

« Christiane : Oui mais maintenant ils n'ont pas le temps. Je vois je passe déjà une heure après l'heure de mon RDV et je pense qu'ils n'ont pas le temps donc on discute du motif pourquoi on vient uniquement. Je pense qu'on en parlera si j'en parle. Ce serait bien qu'il y ait un peu plus de communication sur ces choses-là pour les autres femmes. »

Après avoir vu toutes les sources d'informations émises par les patientes, nous allons voir comment elles envisagent une amélioration de l'information sur la ménopause et le suivi préventif.

4.2.4. Comment améliorer l'information et le dépistage des femmes ménopausées ?

4.2.4.1. La perception de l'information

Même si les femmes sont globalement satisfaites de l'information reçue, certaines émettent des réserves. La plupart des objections porte sur l'absence d'initiation de la discussion par le médecin.

« Josiane : (...) mon gynéco si je lui pose des questions il me répond mais pour la ménopause, il ne m'en a pas forcément parlé.

Marie-Yvonne : Avec le gynécologue c'est moi qui ait abordé le sujet avec les symptômes. »

Christiane regrette que les médecins n'aient pas abordé précisément le thème de la sexualité à la ménopause :

« Christiane : Sur la sexualité, on ne m'en a pas assez parlé. »

Concernant les examens de dépistage, toutes les femmes interviewées suivent les indications de leur médecin et ne se plaignent pas d'un manque d'information. Elles font confiance à leur médecin sur le rythme des examens et attendent les papiers d'invitation de la sécurité sociale concernant la mammographie pour la majorité.

4.2.4.2. L'évolution de l'information

Quand on demande à ces femmes si on pourrait améliorer l'information, quelques-unes répondent non. Pourtant, parmi elles, aucune ne se trouvait pleinement satisfaite de l'information qu'elle avait reçue, même si une précise que l'information *« s'est beaucoup améliorée »*.

Ces femmes évoquent une volonté, un choix personnel à adapter en fonction des individus :

« Josiane : Je pense que chaque personne réagit différemment.

Régine : (...) maintenant c'est vraiment du ressort personnel.

Sylvie : Pour moi je pense que c'est à nous de faire la démarche, on n'a pas besoin d'être assisté comme cela. Si on a besoin on demande à son médecin tout simplement. »

Sylvie emploie un mot fort et tranchant à ce sujet qui est celui *« d'assistance »*.

D'ailleurs, lorsqu'on demande à Sylvie ce qu'elle pense d'une consultation dédiée à la ménopause, elle répond : *« moi, ça me ferait suer »*.

Pour les autres femmes, l'amélioration est envisageable par divers moyens :

- **Une consultation dédiée pour les femmes ménopausées chez le médecin traitant et/ou le gynécologue** comme le propose spontanément Michèle. Elle précise cependant l'importance de l'interlocuteur. Ce dernier doit s'adapter à la patiente car la ménopause reste un sujet dont *« on n'a pas forcément envie de parler à tout le monde »* d'où l'importance de la relation patient/médecin. Ce sentiment est partagé par d'autres femmes, qui reconnaissent, que ce serait une

bonne chose pour les femmes « *timides* » qui « *n'osent pas parler* » de la ménopause à leur médecin.

« Brigitte : Oui ça serait pas mal car il y a quand même des femmes qui n'osent pas parler à leur gynécologue, à leur médecin donc peut-être oui ça serait bien. »

Monique : Ben je trouverais ça rudement bien. Justement quand on est un peu timide et que l'on n'ose pas en parler. »

- **Le rôle du médecin généraliste** : beaucoup de femmes considèrent que le médecin généraliste a un rôle important à jouer concernant la délivrance de l'information à la ménopause. Une seule des femmes parle, indifféremment, du médecin généraliste ou du gynécologue sinon toutes les autres évoquent spécifiquement le médecin généraliste :

« Michèle : Je ne sais pas. Je pense que c'est le rôle du médecin généraliste. »

Christiane : Oh oui par le MT, par le gynécologue. »

Monique : Le généraliste pourrait en parler car certaines personnes vivent mal la ménopause, ne l'acceptent pas. »

Marie-Yvonne : Il faudrait que les médecins posent plus de questions (...) je trouve que d'en parler ça peut apporter pour la personne. »

Nicole : Certaines femmes sont gênées et je pense que peut-être le médecin à son petit rôle au niveau psychologique à avoir et de se dire peut-être je vais en parler avec elle. »

- **Des dépliants ou des « prospectus »** à remettre aux femmes ménopausées, proposés par Martine et Monique, ce qui leur permettrait de connaître les « *signes évocateurs* » de la ménopause, les examens à réaliser.

« Martine : Oui. Peut-être on pourrait donner tous les ans un dépliant aux femmes pour leur donner la procédure à suivre, les signes évocateurs. »

Monique : Je pense qu'on pourrait envisager des prospectus pour informer les femmes car j'ai plein d'amies qui ne savaient pas ce qui leur arrivait. »

- **La publicité, la télévision.** Christiane et Monique considèrent ces derniers comme une source d'information potentielle, au même titre que les publicités déjà visibles, sur les moyens de remédier aux inconforts de la ménopause.

« Christiane : Peut-être pourquoi pas par la publicité puisqu'on fait des pubs pour les couches, les fuites urinaires... »

Monique : Je trouve déjà qu'à la télévision on vous parle des médicaments pour un confort quand on est en ménopause... »

- **Des groupes de parole, du « coaching ».** Cette idée a été proposée par Nicole qui insiste sur l'importance des termes employés pour s'adresser aux femmes. Elle insiste bien sur le terme « dédramatiser », en employant des formulations plus légères pour s'adresser aux femmes ménopausées.

« Nicole : Peut-être pas forcément rappeler à la personne qu'elle a 50 balais, qu'elle a la ménopause, ça va peut-être pas lui plaire donc déjà dans la formule mais peut-être faire comme des réunions (...) dans un cabinet médical (...) en envoyant un courrier en disant on va parler de ça ça et ça, telles personnes sont concernées. Plus un groupe de parole pour échanger. (...) rester un peu moins dans le truc protocolaire. (...) Quelque chose qui soit assez léger mais en prenant les choses sérieusement bien évidemment. »

- **Des courriers d'invitation pour la réalisation des FCV.** Spontanément aucune femme n'a évoqué que le fait de recevoir des courriers de rappel ou d'invitation à la réalisation des FCV (comme ils existent déjà pour la mammographie) pourrait être bénéfique mais si on leur parle de cette proposition, toutes trouvent cela positif.

« Christiane : Ah oui car je connais plein de femmes qui ne se préoccupent plus de cela. »

Même Sylvie, plutôt en opposition avec l'information imposée en général, trouve que les courriers *« c'est bien car on se sent obligé, on ressent un sentiment de culpabilité si on y va pas »*.

On constate que les femmes interviewées ne sont pas en manque d'inspiration concernant les moyens potentiels de favoriser l'information sur la ménopause et son suivi préventif.

5. Discussion

5.1. A propos de cette étude

5.1.1. Une étude originale

5.1.1.1. Par le sujet et la population étudiée

Beaucoup d'études ont évalué l'impact de la publication des résultats de l'étude WHI en termes de consommation ou de prescription du THM, à l'aide d'enquêtes par questionnaires. Beaucoup de rapports, d'enquêtes, baromètres santé, de notes de cadrage, de mesures existent sur le dépistage des cancers gynécologiques et sur la réalisation des mammographies et des FCV. Même si la ménopause est un sujet médiatisé, la question des représentations que l'on en a, ainsi, que celles du suivi gynécologique chez les femmes ménopausées reste peu traitée en médecine. Certaines études qualitatives se sont intéressées aux représentations de la ménopause chez les femmes ménopausées. Mais, peu d'enquêteurs ont interviewé les femmes ménopausées elles-mêmes, afin d'appréhender leur ressenti sur leur suivi gynécologique depuis leur ménopause.

5.1.1.2. Par le type d'étude réalisé

Nous avons choisi d'étudier, de manière qualitative, les représentations et le vécu des femmes ménopausées face à la ménopause et à leur suivi gynécologique. Ce type d'étude, considéré au départ comme irrecevable d'un point de vue scientifique, est jugé comme étant indispensable pour recueillir certaines informations notamment pour comprendre le rapport du sujet au fait plus que le fait lui-même (69). Il y a donc pour nous un enjeu à nous appuyer sur cette méthode adaptée au sujet que nous avons choisi.

5.1.1.3. Par la richesse des données recueillies

Les femmes interviewées ont été choisies pour répondre aux caractéristiques que nous avons déterminées au préalable pour la constitution de notre échantillon, mais également de manière aléatoire. Ainsi, nous avons eu accès à une diversité de situations, de vécus et de

représentations. Le guide d'entretien nous a permis d'aborder plusieurs thèmes ayant trait à notre sujet.

5.1.2. Les limites et les biais de cette étude

« La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. » (65)

5.1.2.1. **Biais liés au mode d'échantillonnage**

Un des biais est lié au recrutement des patientes. Les femmes interviewées ont été recrutées par des médecins généralistes du département du Val d'Oise uniquement. En effet, ces femmes sont urbaines, actives professionnellement ou retraitées (ces deux catégories représentent respectivement environ 2/3 et 1/3 de notre échantillon). Elles sont donc plus enclines à adopter une démarche préventive et ont une accessibilité à une prise en charge médicale plus importante. De plus, les femmes acceptant de participer à cet étude se sentent concernées par leur santé.

5.1.2.2. **Biais liés à l'interviewée**

Nous pouvons identifier certains biais qui diminuent la qualité de l'information recueillie. Il s'agit (70) :

- *De la capacité ou non d'extraversion des femmes interrogées* : pour certaines, le manque de disponibilité a pu limiter la production d'un discours plus personnel. C'est le cas par exemple de Martine, secrétaire médicale, qui nous a reçue sur son lieu de travail, à sa pause déjeuner. Par contre, pour les femmes rencontrées à leur domicile, même si leur mari était présent, ces derniers étaient dans une autre pièce du domicile, sans intervention de leur part, ce qui n'a pas limité les discours les plus intimes.
- *De la capacité à rester dans le sujet de la recherche* : ce biais a pu être limité par le caractère semi-dirigé des entretiens.

- *De la participation psychologique ou non des propos* : certaines femmes interrogées ont eu des difficultés à parler de leur propre expérience, de leur propre ressenti, de leur intimité. Elles sont alors restées à des généralités.

5.1.2.3. Biais liés à l'interviewer

Le fait que le chercheur soit médecin pourrait limiter les confidences des femmes interrogées notamment sur les possibles insatisfactions qu'elles ont à l'encontre de leur médecin en matière de communication et d'information. De plus, on peut imaginer que cela a poussé les femmes à avoir un discours plus « médicalisé » de leur ménopause. Mais le fait de se présenter comme étudiante en médecine et de rencontrer les femmes à leur domicile ou sur le lieu de leur choix, et non au cabinet de leur médecin, a limité ce biais, évitant alors la transposition à une consultation médicale ou à un contrôle des connaissances.

La présence de l'interviewer, même si elle permet une meilleure précision de certaines réponses, peut aussi les limiter en considérant l'interlocuteur comme un étranger auquel tout ne peut être confié. Le sexe féminin de l'interviewer a probablement atténué cet effet, en créant un climat plus confidentiel car plus « féminin ».

5.1.2.4. Biais liés à la technique de l'étude

Nous avons tenté de limiter les biais liés à la méthode :

- Les femmes ont été interviewées par le même enquêteur.
- Les entretiens ont tous été retranscrits par l'enquêteur.
- La triangulation des résultats : la division en unités thématiques des entretiens a été réalisée par l'enquêteur et une tierce personne, extérieure au milieu médical, qui n'était pas présente lors des entretiens.
- Le découpage sémantique et l'analyse des données ont été faits par l'enquêteur.

Il existe malgré tout un biais méthodologique qui est l'utilisation de données récoltées sur un mode déclaratif sans possibilité de vérification. Concernant le recueil de pratiques médicales, on s'expose au risque d'oubli et d'incertitude sur les dates ou les durées de traitement.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. La ménopause

5.2.1.1. La disparité des représentations

La ménopause est une définition biologique, porteuse d'une charge symbolique, qui en fait une définition sociale.

Nous avons vu précédemment que la ménopause forme un continuum s'étendant sur un large registre, allant d'un constat négatif à une étape positive. Le plus souvent nous constatons une instabilité des représentations et des affects c'est-à-dire que la ménopause est vécue avec ambivalence entre la peur de vieillir et un certain sentiment de libération. D.Delanoë fait le même constat. Comme nous l'avons exposé dans la partie contexte-historique, dans son étude de 1999, 39% des femmes interrogées ont des représentations plutôt négatives de la ménopause, 17% des représentations positives et 44% ont des représentations neutres (17). Toutefois, de nombreuses représentations intermédiaires existent combinant des impacts plus nuancés dans chaque domaine, que l'on peut réunir sous le terme des ambivalentes. Cela correspond à nos résultats en termes de représentations même si notre étude qualitative n'a aucune prétention statistique.

Par ailleurs, dans notre étude, les femmes font référence au modèle médical de la ménopause, à travers le processus biologique qui est l'arrêt des règles et ce qui s'y associe parfois, les troubles climatériques. Mais, dans leur discours, la ménopause est devenu aussi un « fait social ». En effet, la ménopause est racontée par les femmes comme une étape de la vie qui se confond avec une transformation des rôles et de la valeur sociale des femmes (le passage à la retraite, au statut de grand-mère...). Nous constatons donc un décalage entre la définition médicale de la ménopause et la définition par les femmes elles-mêmes. On peut alors émettre l'hypothèse que ce décalage, s'il n'est pas pris en compte, peut engendrer au sein de la consultation médicale une difficulté de compréhension mutuelle et donc, de prise en charge.

5.2.1.2. La référence à la mère

La mère est un personnage central, dans ce tournant de la vie féminine, parfois relayée par des figures féminines, tandis que le médecin est un accompagnateur. Les hommes sont peu présents.

Concernant la ménopause, les femmes ont peu de personnes à qui se référer. Comme nous l'avons vu dans notre étude, la mère est très souvent citée au cours des interviews. Il existe une dominance de la référence à la mère tant dans le ressenti, dans les représentations, que dans les symptômes de la ménopause. La mère semble être une figure d'identification et de repère (72). Toutefois, les femmes disent peu parler de leurs soucis au sujet de ce phénomène biologique. Les paroles entre mère et fille circulent dans peu de cas. Elles ont reçu l'expérience de leur mère, malgré elles, par la vue, notamment des symptômes externes tels que les bouffées de chaleur. C'est le cas de Monique dont les représentations ont été conditionnées par la manière dont sa mère a vécu la ménopause :

« Monique : Moi je m'imaginai que c'était terrible car ma mère avait eu des bouffées de chaleur la pauvre et moi je n'ai jamais eu ça. »

Celles qui ont perdu leur mère expriment le silence qui entoure ce moment, parfois la solitude. D'autres femmes peuvent être présentes comme initiatrices ou accompagnatrices : une sœur aînée, une tante, les amies mais les hommes apparaissent peu présents au cours de cet événement.

Le médecin, devient alors, comme le désigne Laznik (73), le principal « passeur » de cette étape de l'existence féminine.

5.2.1.3. La sexualité

La sexualité à la ménopause est un sujet en évolution mais encore fragile.

Dans notre étude le sujet de la sexualité a été peu abordé. En effet, c'est un sujet très intime, difficile à exprimer pour les femmes, notamment de façon abrupte, au cours d'un seul entretien. Cependant, les craintes de perte de la féminité et de la fragilisation de la séduction ont été évoquées. En effet, pour certaines, la ménopause est une période de transition

difficile à accepter : modification de l'apparence physique, possibles troubles de la sexualité.

Pour illustrer cela reprenons les propos de Christiane :

« Christiane : La fin de ma féminité (rire), c'est vraiment ma féminité (...) je me suis mise à grossir. Je n'ai jamais été très menue mais une fois la ménopause, je grossissais à vue d'œil en faisant les mêmes choses (...). Et puis aussi par rapport aux relations sexuelles, j'en ai beaucoup moins envie. Depuis la ménopause, vraiment, ça a changé ma vie. »

Pourtant, comme l'explique Madeleine Gueydan (74), psychanalyste, les représentations ont considérablement changé depuis quelques années grâce à la possibilité de pouvoir dissocier trois concepts : fécondité, sexualité et féminité. Cela s'opère grâce à la professionnalisation, l'indépendance des femmes et l'augmentation de la durée de vie. Mais aussi, l'habitude de la contraception efficace a dissocié sexualité et maternité pour les générations qui arrivent maintenant à la ménopause. La contraception a permis de préparer les femmes ménopausées à s'accepter comme femme sans pour cela être mère. Puis le THM a autorisé, toujours selon cette psychanalyste, le fait de mieux vivre et plus longtemps sa féminité et par conséquent sa sexualité. Il a aussi permis de développer les consultations chez le gynécologue ou le médecin généraliste et de parler avec eux de l'intimité de la sexualité, d'améliorer les connaissances à ce sujet et de modifier par conséquent les représentations. Ainsi, pour M. Gueydan, la ménopause est une autre féminité.

Dans notre étude, on retrouve les prémices de cette théorie. Les femmes parlent surtout de préjugés quant aux craintes de la perte de féminité, qui finalement à l'arrivée de la ménopause ne s'avère pas juste. Concernant la sexualité, les femmes abordent le sujet avec leur médecin mais encore avec parcimonie, peut-être car il existe encore un manque d'information sur les changements effectifs et leur impact ne facilite pas une approche sereine de ces questions (mais nous aborderons cela un peu plus loin dans notre discussion). Dans notre étude, on constate que certaines femmes, comme Nicole, 53 ans (la plus jeune des femmes interviewées), arrivent à percer cette théorie. Nicole parle « d'adopter sa vie autrement » même si elle évoque malgré tout un changement dans sa sexualité :

« Nicole : On perd quelque chose quand même, on n'a pas la même libido avant et après. »

On peut alors émettre l'hypothèse que ces femmes appartiennent à une génération intermédiaire pour laquelle ces nouvelles représentations émergent depuis peu et sont encore fragiles.

5.2.1.4. Le vieillissement : une idée prépondérante

Le vieillissement est un symbole persistant de la ménopause.

De par nos résultats, nous constatons que le vieillissement est un des thèmes les plus abordés. Il reste préoccupant pour les femmes interrogées. La majorité des femmes interviewées citent ce thème à l'évocation de la ménopause. Il est abordé sous divers aspects. Il peut être évoqué d'une façon détournée ou, au contraire, avec une certaine angoisse. Il peut être cité comme un simple préjugé véhiculé par la société. Rarement, les femmes évoquent un aspect positif qui se traduit par l'impression d'être plus respectées.

Bien que l'on puisse espérer vivre encore 30 ans après la ménopause, celle-ci est encore perçue comme le début de la vieillesse. Ceci peut être expliqué par le fait que la vieillesse est une des représentations dominantes de la ménopause dans notre société. De nombreux préjugés négatifs persistent à l'égard du vieillissement en général et des femmes vieillissantes en particulier. Dans un tel contexte, accepter son corps, le voir se transformer et montrer des signes de vieillissement peuvent s'avérer difficile. Ces femmes risquent alors de développer des attitudes négatives envers la ménopause, une étape de la vie, marquant le début de la vieillesse pour un grand nombre d'entre elles, comme on le constate dans notre étude. Comme l'explique D. Delanoë (14), chaque femme est confrontée, de façon plus ou moins consciente, à ce stéréotype et développe plus ou moins une mise à distance de cette représentation. Ainsi les représentations des femmes sont le résultat de la confrontation des représentations liées à leur expérience personnelle avec les représentations véhiculées par la société.

Pour reprendre les propos de Jaspard et Massari (75): « historiquement, les femmes ont acquis le droit à la scolarisation, le droit de vote, le droit à la libre disposition de leurs corps, les droits matrimoniaux, le droit au travail mais il leur reste à conquérir le plus difficile, le droit de vieillir. »

Mais pourquoi une telle idée dominante alors que les représentations des femmes ménopausées elles-mêmes ne sont pas si négatives ?

5.2.1.5. La médicalisation comme pathologisation

La ménopause est une étape biologique assimilée à une pathologie.

Dans le contexte français, le traitement social de la ménopause se caractérise par sa médicalisation. La médecine, qui possède « le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé et la maladie, et de soigner » (76), constitue la source d'énonciation majeure sur la question de la ménopause (14). Le discours médical sur la ménopause repose sur un système de quatre champs lexicaux qui construit la ménopause comme une pathologie. Les quatre champs lexicaux sont :

- Celui de la déficience (aux femmes ménopausées sont associés « carence hormonale », « déficit ovarien »).
- Celui du symptôme (« bouffées de chaleur », « sécheresse vaginale »).
- Celui du risque (« risque osseux », « risque cardiovasculaire »).
- Celui de la maladie (ostéoporose et cancers sont associés, en tant que conséquence de la ménopause).

C'est en ce sens et dans ces termes que la ménopause est appréhendée dans notre contexte social. On note que ce discours est largement relayé par le discours médiatique. Cela correspond aux résultats de notre étude, où la ménopause est vécue par les femmes interrogées par le biais du symptôme. Les femmes interviewées évaluent la manière de vivre la ménopause en fonction du nombre de symptômes qu'elles éprouvent, de leur sévérité, de leur durée. Pour illustrer cela reprenons les propos de Nicole :

« Nicole : Pendant quelques mois mais pas très longtemps, j'ai eu ces désagréments de la ménopause : bouffées de chaleur (...) j'ai eu ça 3-4 mois et puis plus rien. »

Ces discours ont donc participé à la construction de l'idée dominante de vieillissement et de dévalorisation à la ménopause. Ils constituent ainsi une des explications de ce stéréotype dominant dans notre culture. Comme le souligne Cécile Charlap, sociologue (77), « les

difficultés des françaises nous semblent traduire celles de leur contexte social à penser le féminin hors de la fécondité autrement que par le prisme du manque. »

5.2.1.6. La ménopause au sein d'autres cultures

Ce tableau symptomatologique donné chez les françaises n'est pas un invariant : il relève d'une construction sociale, différente d'une culture à une autre.

Pour étayer notre propos nous nous appuyerons tout d'abord sur la dualité ménopause/vieillesse au Burkina Faso. Nous poursuivrons, dans un second temps, avec les représentations de la ménopause chez les femmes de la tribu Beti au Cameroun (78).

Prenons tout d'abord l'exemple des **Mooses du Burkina Faso**. Selon Virginie Vinel (79), la définition que les Moose donnent à la vieillesse est différente de la nôtre et paraît moins déterminée par la physiologie que par une interprétation sociale. Les caractéristiques de la vieillesse sont :

- Ne plus avoir de force : *ce n'est pas un constat physiologique mais une reconnaissance sociale de leur possibilité de se soustraire aux travaux collectifs.*
- Ne plus avoir d'enfant : *cela n'est pas imputé à une infertilité mais au fait que la femme Moose ne doit plus avoir d'enfant à partir du moment où elle a un fils marié. L'arrêt de la procréation des femmes Moose est une caractéristique de la vieille femme et ne peut donc se réduire à la ménopause.*
- La fin des relations sexuelles : *elle ne doit plus avoir de relations sexuelles lorsque le fils a eu son premier enfant.*

La ménopause n'apparaît donc pas comme un marqueur essentiel du passage à l'âge de vieille femme chez les Moose.

Ailleurs, notamment au sein de **la tribu Beti au Cameroun**, l'anthropologue Jeanne-Françoise Vincent (78), explique qu'aucune femme beti ne lui a décrit les malaises qui sont associés à la ménopause par les françaises. Pour les femmes beti, la ménopause renvoie à deux éléments fondamentaux :

- La fin de la soumission d'ordre sexuel : *toute épouse n'ayant plus ses règles arrête de coucher avec son mari auquel elle réclame une chambre ou au moins un lit séparé. Cette situation doit être acceptée par le mari.*
- L'accès à un statut social supérieur : *la ménopause marque le début d'une période nouvelle durant laquelle les femmes peuvent exercer un pouvoir qui les valorise et leur permet de devenir les égales des hommes.*

Quelque chose se joue lors de la ménopause pour la femme et l'espace social : celui-ci prend en charge cette période, il en institue une réalité et en construit une forme d'expérience corporelle et sociale.

5.2.2. Le dépistage des femmes ménopausées

5.2.2.1. **Le dépistage du cancer du sein**

La mammographie est l'examen référent pour les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du sein. En revanche, l'examen clinique est absent de ce dépistage.

L'existence d'un dépistage du cancer du sein est largement connue du grand public (99% des femmes de 50 à 74 ans) (80). C'est aussi le dépistage pour lequel les femmes identifient le mieux l'examen : 87% des femmes de 50 à 74 ans évoquent spontanément la mammographie. L'échographie arrive en deuxième position avec 17% et la palpation en troisième position avec 10% (figure n°9). Ce niveau de connaissance est à mettre en lien avec une pratique importante du dépistage : 91% des femmes de 50 à 74 ans déclarent avoir fait au moins une fois un dépistage au cours de leur vie.

Les connaissances des femmes sur la mammographie sont relativement importantes notamment la périodicité de réalisation.

La majorité des femmes de 50 à 74 ans ont, de plus, bien intégré le message de la régularité du dépistage (72% citent tous les deux ans comme étant la fréquence conseillée). L'âge à partir duquel le dépistage doit être réalisé est, en revanche, moins connu. Seules 30% des femmes de 50 à 74 ans citent 50 ans comme l'âge à partir duquel il est recommandé de se faire dépister. Pour l'Institut National du Cancer (INCa) (80), la pratique fréquente du

dépistage individuel avant 50 ans explique certainement ces hésitations sur l'âge recommandé.

Cela correspond à nos résultats pour la quasi-totalité des items abordés, même si notre étude qualitative n'a aucune prétention statistique. Les différences constatées sont, que dans notre étude, les femmes connaissent plutôt bien l'âge à partir duquel le DO doit être réalisé mais peu connaissent la limite d'âge à partir duquel il n'est plus recommandé. Par ailleurs, dans notre étude, l'échographie a été évoquée mais jamais la palpation des seins n'a été spécifiée pour le dépistage du cancer du sein.

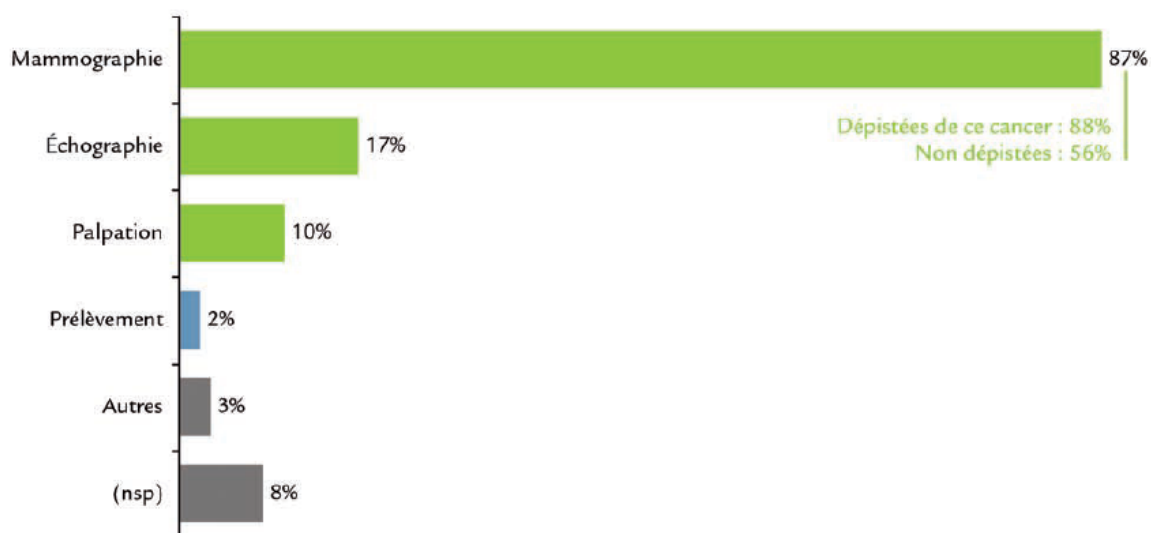


Figure 9 - En quoi consiste, selon vous, l'examen de dépistage du cancer du sein ? Base : Femmes de 50-74 ans sachant qu'il existe 1 dépistage du cancer du sein (question ouverte-réponses spontanées) d'après l'INCa (2009)

Le DO est reconnu et plébiscité par les femmes.

Concernant le DO du cancer du sein, dans notre étude, toutes les femmes se souviennent du courrier d'invitation et un peu plus de la moitié des femmes déclare avoir réalisé l'examen au sein du DO. Pour les autres, soit elles continuent leur DI soit elles ne l'ont pas fait. La totalité des femmes de notre étude perçoive le DO de façon positive mis à part quelques réserves sur le fonctionnement du dépistage (lieu, nombre de clichés) et non sur l'intérêt du DO. Aucune des femmes de notre étude n'a abordé le thème du coût de l'examen, dû à la

gratuité du DO. Ceci corrobore ce qui a été mis en évidence dans la pratique du dépistage des cancers féminins en France (81), à savoir l'absence de rôle important des facteurs socio-économiques dans la pratique de la mammographie, ceci en rapport avec la généralisation du DO du cancer du sein.

Nos résultats, bien que n'ayant pas de prétention quantitative, sont similaires au focus fait par l'INCa, en 2009, concernant le DO du cancer du sein (80) qui met en évidence que :

- 91% des femmes de 50 à 74 ans déclarent avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années dont la majorité (57%) dans le cadre du DO.
- quasiment toutes les femmes se rappellent du courrier d'invitation (94%) et que suite à ce courrier 61% des femmes déclarent avoir réalisé l'examen dans le cadre du DO.
- quasiment aucune femme ne déclare que le DO ne sert à rien ou encore qu'il est inutile en l'absence de symptômes.

Par contre, ce qui n'est pas ressorti au sein de notre étude, c'est le fait que 63% des femmes jugent le DO de « meilleure qualité » que les dépistages prescrits directement par un gynécologue ou un médecin généraliste et que le DO semble parfois davantage relever d'une politique sociale puisque 65% des femmes concernées jugent qu'il « concerne les personnes qui n'ont pas les moyens ».

Peu d'obstacles sont émis par les femmes à la réalisation de la mammographie. Bien que jugée désagréable, le critère temps semble être un des freins principaux.

Lors de nos résultats, nous avons constaté que les freins à la réalisation de la mammographie, mis en évidence sont :

- le caractère « désagréable » de l'examen ;
- la « peur des résultats » qui traduit l'angoisse de la maladie ;
- la « prise de rendez-vous » ;
- le « manque de temps ».

Les deux principales raisons invoquées à la non réalisation récente d'une mammographie, qui ressortent dans le baromètre Cancer 2005 (82), que les femmes aient déjà effectué une mammographie ou non, chez des femmes de 50 à 74 ans, sont le fait de n'avoir aucun symptôme ou de n'avoir pas pris le temps. Dans un document réalisé par l'INCa, à

destination du médecin traitant (47), dans les raisons pour lesquelles, les patientes de 50 à 74 ans, n'ont pas fait le dépistage, on retrouve à 44% le fait de n'avoir aucun symptôme puis à 20% le fait de ne pas être concernée, 13% le fait que le médecin n'en ai pas parlé puis en plus petite proportion avec respectivement 4% et 2% le fait de trop appréhender l'examen et le fait de ne pas avoir le temps. Cela démontre qu'une confusion importante persiste entre « dépistage » et « diagnostic ».

Si nous comparons nos résultats à ces enquêtes, nous nous apercevons que le frein principal énoncé, à savoir le fait de ne pas avoir de symptôme, n'apparaît pas dans notre étude. Est-ce lié à la population interviewée ? Effectivement, notre étude est réalisée uniquement auprès de femmes ménopausées et pas uniquement auprès de femmes de plus de 50 ans qui ne sont pas encore toutes ménopausées. Peut-on en déduire que le fait d'être ménopausée expose la femme à une démarche préventive plus que diagnostic. Est-ce que le fait d'être ménopausée est associé à la réalisation des mammographies plus que l'âge recommandé lui-même ?

5.2.2.2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Les professionnels de santé restent les principaux acteurs, d'un dépistage du cancer du col de l'utérus approprié, du fait des nombreuses ignorances des femmes ménopausées concernant le FCV.

Le FCV comme modalité de pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus est connu par 65% de la population des femmes de 25-65 ans. Il faut noter que la connaissance de cet examen auprès des femmes concernées n'atteint pas celle de la mammographie (80). Concernant notre étude, toutes les femmes interviewées connaissent le FCV, en sachant que notre population ne comprend que des femmes ménopausées, contrairement à la tranche d'âge concernée par le dépistage du cancer du col de l'utérus, ce qui explique cette connaissance plus élevée. Effectivement se sont des femmes matures, avec un passé gynécologique certain et qui ont toutes déjà eu l'expérience de la réalisation d'au moins un FCV.

Les femmes de 25 à 65 ans ne connaissent pas bien l'âge à partir duquel ce dépistage est préconisé et la fréquence de ce dépistage est par ailleurs surestimé par ces dernières : 51% d'entre elles déclarent que le FCV doit être réalisé une fois par an et pour 31% une fois tous les deux ans (80). Lorsqu'on compare cette étude à la nôtre, nous constatons que les connaissances chez les femmes ménopausées de notre étude ne sont pas plus importantes : aucune des femmes interviewées ne connaît les limites d'âge recommandées et concernant le rythme des frottis, la majorité des femmes interviewées a répondu deux ans avec hésitation et beaucoup ont reconnu ne pas savoir. Nous sommes étonnés de cette méconnaissance des femmes, et en particulier des femmes interviewées ménopausées, qui comme nous l'avons expliqué ci-dessus, sont des femmes qui de par leur âge, ont un parcours gynécologique et une exposition aux professionnels de santé plus abondants que la moyenne des femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette méconnaissance peut s'expliquer par une pratique habituelle de prescription des professionnels de santé, qui préconisent un suivi annuel et également, par le rôle fondamental que joue les professionnels de santé dans l'incitation au dépistage et en particulier pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (80% déclarent avoir été incitées par le médecin) (80). Les femmes interrogées dans notre étude, se conforment aux conseils de leur gynécologue ou leur médecin généraliste et s'appuient sur la pratique de leur propre professionnel de santé lorsqu'elles évoquent le rythme conseillé pour le dépistage.

Dans l'analyse du baromètre cancer 2005 (82), il a été montré que quel que soit l'âge, le fait d'avoir eu au moins une consultation chez un gynécologue dans les deux ans est lié fortement à la réalisation d'un FCV dans les trois ans. Dans notre étude, parmi les 10 femmes interviewées, la moitié a eu un FCV dans les moins de trois ans, 2 ont un FCV qui date de plus de trois ans et la dernière a eu son dernier FCV il y a cinq ans lors de ses soixante ans car son gynécologue, qui la suivait, lui a expliqué qu'elle n'en avait plus besoin : *« Monique : C'était vers 60 ans car le gynéco que j'ai vu m'a dit que ce n'était plus la peine de les faire. »*

Les 2 femmes qui ont un FCV datant de plus de trois ans n'ont pas consulté de gynécologue depuis plus de deux ans ce qui va dans le sens de l'analyse baromètre cancer 2005.

Mais quels sont les freins à la réalisation du FCV ?

L'INCa a relaté les nombreux freins à la réalisation régulière du FCV par toutes les femmes concernées (25-65 ans) en se basant sur des études réalisées dans le contexte français (83). Si on les compare à nos résultats, on retrouve beaucoup de similitudes malgré une tranche d'âge différente au sein de notre étude. Les difficultés mises en évidence sont :

- Les problèmes d'information sur le cancer du col et son dépistage (méconnaissance de l'organe, méconnaissance du cancer du col moins médiatisé que celui du sein, absence de lien perçu entre surveillance par FCV et recherche cancer du col). Dans notre étude il n'y a eu aucune élaboration de ce thème. Probablement car il s'agit d'un thème difficile à analyser par la femme elle-même.

- Les problèmes en lien avec la situation dans la sphère gynécologique et sexuelle (pathologies du col assimilées aux IST donc à des pathologies vécues comme honteuses, caractère intrusif et gênant de l'examen majoré si le professionnel de santé est un homme). Dans notre étude, le FCV est exprimé comme un examen « désagréable » et « douloureux » surtout quand s'y associe une sécheresse vaginale et une atrophie des muqueuses. Cela peut être une réelle cause d'arrêt du suivi comme l'exprime Christiane :

« Ça devient difficile pour moi mais j'aimerais bien les faire jusqu'au bout, je ne sais pas comment je vais faire. »

Le fait d'avoir un professionnel de santé homme est un obstacle pour certaines.

- Les problèmes liés à l'anxiété de la maladie. Exprimés dans notre étude comme la « peur des résultats » qui traduit une anxiété pouvant générer un frein à la participation.

- Les problèmes matériels d'accès (pour certaines populations en lien avec la démographie médicale, les coûts). Ces problèmes n'ont pas été évoqués dans notre étude probablement dû à la population étudiée et au lieu d'étude (population urbaine et sur le département du Val d'Oise).

Deux autres freins ont émergé de notre étude à savoir le « manque de temps » et « la prise de rendez-vous » mais pas dans le sens de l'accessibilité aux soins mais dans le sens de faire la démarche de prendre un rendez-vous.

Un examen clinique oublié à la ménopause et un accroissement de la périodicité des consultations.

Si les freins à la réalisation du FCV sont similaires dans ces deux populations étudiées, pourquoi après 55 ans, on constate le plus faible taux de pratique du FCV, comme nous l'avons décrit dans la partie contexte-historique de notre thèse ?

Cette chute est parallèle en France à une chute des consultations gynécologiques après la ménopause (82). Dans notre étude, on retrouve effectivement, un allongement dans la périodicité des consultations à visée gynécologique pour plus de la moitié des femmes. Ces dernières précisent que ce changement a été induit par la ménopause. Une femme a même complètement arrêté son suivi gynécologique estimant « qu'elle n'en a plus besoin ». Pour ces femmes, le délai entre deux consultations varie entre un an et trois ans. Pour la plupart des femmes interrogées ce délai est choisi par rapport au délai recommandé de réalisation des examens de dépistage (mammographie et FCV) malgré tout. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans notre étude, il existe pour la comparaison des résultats un biais qui est celui de l'âge moyen de la population étudiée à savoir 58,8 ans c'est-à-dire des « jeunes » ménopausées qui n'ont pas encore trop espacé les délais entre deux consultations et qui n'est pas représentatif de la tranche d'âge plus de 55 ans.

Nous constatons également que l'examen gynécologique (à savoir la palpation des seins et l'examen du col par un professionnel recommandés une fois par an) ne représente pas une nécessité pour les femmes ménopausées de notre étude. Est-ce par méconnaissance ? Cependant, le fait de consulter un professionnel de santé uniquement dans l'idée de réaliser les examens de dépistage, peut-être une porte d'entrée à un espacement plus important des délais de consultation voir un abandon par la suite.

5.2.2.3. La consultation gynécologique et le THM depuis l'étude WHI

Par le biais de notre étude, nous voulions savoir quelles étaient les perceptions des femmes ménopausées concernant leur suivi gynécologique depuis l'étude WHI. Pour la totalité des femmes interviewées **le THM est perçu comme un instigateur au suivi.**

Le fait est, qu'avec l'étude WHI, la consultation à la ménopause n'est plus centrée sur le traitement. Une enquête réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais, sur la prescription du THM, depuis 2002 (84), observe plutôt une nouvelle tendance de prescription du THM basée sur l'évaluation des bénéfices et des risques, transformant ainsi la consultation de la ménopause. D'un simple renouvellement d'ordonnance, cette consultation devient un lieu de prise en charge globale de la femme ménopausée et notamment du dépistage qui s'y rapporte. Or ce renouvellement d'ordonnance du THM est cité, dans notre étude, pour la plupart des femmes interviewées, à une incitation à la consultation gynécologique.

Les femmes interviewées ne connaissent pas l'étude WHI en ces termes. Elles en ont une notion, involontairement, en évoquant la « polémique », les « débats », les « risques sur le cancer du sein » essentiellement. On constate dans notre étude, que ces discussions sur le THM, ont abouti, à une remise en question, par les femmes ménopausées, du bien-fondé de la prise de ce dernier, avec :

- pour les utilisatrices du THM : un arrêt de la prise, avec une échéance plus ou moins longue ;
- pour les non-utilisatrices : l'absence d'envie de se renseigner, sur ce traitement, auprès d'un professionnel de santé ;
- pour les non-ménopausées au moment de l'étude WHI : l'absence de thérapeutique « fiable » pour soulager les éventuels effets secondaires de la ménopause.

Comme nous l'avons vu précédemment, la ménopause au sein de notre contexte social est appréhendée par la médicalisation donc pourquoi les femmes ménopausées doivent consulter si elles ne prennent pas de THM et si elles n'ont pas de symptômes.

L'absence de renouvellement d'ordonnance du THM implique un espacement du rythme des consultations gynécologiques chez les femmes ménopausées. Cette disparition de motif de consultation, à la ménopause, est un frein à la mise en place des examens de dépistage, même si la réalisation de ces derniers, apparaît être, dans notre étude, un des seuls motifs, en dehors d'un problème perçu par la femme ménopausée, à réaliser une consultation gynécologique.

L'étude WHI, par la chute des ventes de THM qu'elle a provoquée (comme nous l'avons détaillé dans la partie contexte-historique de notre travail), **a plus induit un changement dans l'approche de la ménopause que dans le suivi gynécologique des femmes ménopausées.**

Dans notre étude, la ménopause en tant que phénomène biologique, apparaît être le principal facteur modifiant l'attitude des femmes ménopausées vis-à-vis de leur suivi préventif gynécologique. D'où l'importance de recentrer cette période de la ménopause vers une promotion de la santé et du dépistage. Nous détaillerons, dans la suite de notre discussion, quelles peuvent être les possibilités pour y parvenir.

5.2.2.4. Les autres examens et la ménopause

Nos résultats rendent compte que **la ménopause est un diagnostic clinique**, lié à la constatation d'une aménorrhée supérieure ou égale à un an, dans le sens où une seule femme, Michèle, a eu confirmation de son statut ménopausique par une prise de sang :

« Michèle : (...) avec la prise de sang elle m'a dit que j'étais en cours de ménopause. »

Une autre femme, Christiane, parle elle *« d'examens hormonaux »* mais sans détail.

L'ostéodensitométrie est très souvent associée à la ménopause par les femmes.

En ce qui concerne les autres examens, en lien avec la ménopause, selon les femmes interrogées, l'ostéodensitométrie est l'examen le plus souvent cité. Cependant on constate, qu'il est rarement cité de façon spontanée mais plus sur évocation et en termes vagues, comme nous l'avons détaillé dans notre partie résultats de notre travail. Les connaissances des femmes interrogées sur cet examen et par conséquent sur l'ostéoporose semblent être limitées. D'après le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), en 2000, 20 à 30% des femmes ménopausées soit 2 à 3 millions de françaises seraient atteintes d'ostéoporose (85). L'ostéodensitométrie n'est pas un examen recommandé en systématique chez la femme ménopausée mais des indications supplémentaires à ceux de la population générale existent dans cette population d'après les recommandations de la HAS en 2006 (86). L'ostéoporose, dont l'incidence augmente chez la femme ménopausée, en raison de la privation hormonale, est un problème reconnu de santé publique. Cela confirme la nécessité d'informer les

femmes ménopausées. La consultation de la ménopause, semble être un moment privilégié, pour renforcer l'information sur l'ostéoporose et les mesures préventives qui s'y rapportent notamment les règles hygiéno-diététiques.

5.2.3. L'information des femmes ménopausées

Nous avons constaté dans notre étude, que l'information des femmes concernant les dépistages gynécologiques, semble être parfois erronée ou imprécise notamment sur les limites d'âge et la périodicité. Il est alors intéressant de discuter de leurs sources d'information ainsi que de comparer et compléter nos résultats grâce aux données de la littérature.

5.2.3.1. La pluralité des sources d'information

L'information délivrée par le médecin est mise en avant, malgré de multiples sources d'informations. Les courriers d'invitation de l'assurance maladie ont un retentissement positif sur l'information et la réalisation du dépistage.

Dans notre étude, les sources d'information citées par les interviewées sont très nombreuses. La plupart apprécie la facilité d'accès à l'information. Mais certaines d'entre elles ont un regard assez critique et gardent une certaine distance par rapport aux renseignements donnés surtout vis-à-vis d'internet. Les médecins sont également cités par la totalité des femmes bien que parfois plus tardivement. Les femmes leur témoignent souvent une grande confiance et ils restent la référence en matière d'information. Il faut également souligner l'impact des courriers d'invitation à la réalisation de la mammographie par l'assurance maladie. En revanche, l'impact des femmes de l'entourage est plus difficile à évaluer, même si elles sont omniprésentes.

Dans une enquête de l'AFFM (Association Française des Femmes Médecins) (87), réalisée auprès de 500 femmes en France, de 48 à 55 ans, on constate que 54% des femmes parle facilement de la ménopause. Elles en parlent à 79% avec des ami(e)s et à 55% avec leur médecin. Dans cette même enquête, le médecin est « plébiscité » par les femmes :

- 98% estiment que le médecin est à leur écoute et sait répondre à leurs questions.
- 90% estiment que le médecin leur a expliqué la ménopause, son mécanisme et ses conséquences.
- 95% leur font entièrement confiance pour prendre en charge leur ménopause.

Ces résultats confirment nos données, bien que notre étude qualitative ne permette pas de formuler des extrapolations quant aux chiffres obtenus.

Bien que les amies et les médias semblent être quantitativement des sources importantes d'informations, l'information donnée par les médecins semble garder, qualitativement, une place primordiale. Nous le constatons dans notre étude où les femmes, même si elles ne connaissent pas la périodicité des examens de dépistage, suivent l'avis de leur médecin pour les réaliser et ont suivi leurs conseils pour la plupart.

5.2.3.2. Interaction médecin/patiente

Les femmes ménopausées sont désireuses d'un médecin initiateur d'une discussion ouverte sur la ménopause. Elles aimeraient un discours plus explicatif que médicalisé, avec un effort à faire sur le thème de la sexualité.

Dans notre étude, les dialogues autour de la ménopause, en dehors de la consultation médicale, sont assez pauvres et se font avec les sœurs, les collègues et surtout les amies. Les mères n'apparaissent pas comme une source principale d'information une fois la ménopause installée, étant donné l'absence de discussion et la transformation de la prise en charge médicamenteuse.

Par contre, la consultation médicale semble être un lieu de discussion adapté. On pourrait penser que le médecin pallie à cette absence de discussion avec les amies ou la famille. Or dans notre étude, même si globalement les femmes semblent être satisfaites de la relation qu'elles ont avec leur médecin, certaines rapportent un manque d'information reçue sur la ménopause lorsque celle-ci débutait. En effet, elles expriment la nécessité de savoir comment la ménopause va se dérouler, quand il faut réaliser les examens.

« Josiane : Mon gynéco ne m'a pas informé. Il compte que je vienne régulièrement tous les ans. »

Tout d'abord certaines expriment ce malaise par le fait qu'elles n'osent pas aborder ce sujet avec leur médecin. Si le médecin n'aborde pas spontanément le sujet, la patiente ne le fera pas non plus. C'est le cas de Monique ou Christiane, qui expliquent qu'elles auraient aimé que ce soit le médecin qui aborde le thème de la sexualité.

« Monique : Non on ne me l'a pas demandé mais j'aurais préféré que ce soit le médecin qui l'aborde plutôt que moi car c'est un peu gênant. »

Christiane : Sur la sexualité, on ne m'en a pas assez parlé. C'est moi qui ai abordé le sujet. »

Ou encore Marie-Yvonne qui confirme *« qu'il faudrait que les médecins posent plus de questions »* pour éviter que qu'il y ait *« des sujets tabous »*. D'ailleurs l'étude de l'AFEM (1992) (88), révélait que, parmi les femmes qui avaient déjà discuté de la ménopause avec leur médecin, c'était plutôt les femmes elles-mêmes (85%) qui en parlaient avec leur médecin. En effet, le médecin n'avait abordé le sujet que pour 30% d'entre elles. De même, dans l'étude de l'AFFM (2006) (87), 30% des femmes se sentent obligées d'en parler à leur médecin sinon il ne leur en parle pas. Ainsi, la ménopause ou du moins certains thèmes de la ménopause et à fortiori le thème de la sexualité (et de la sécheresse vaginale qui peut s'y associer), sont encore racontés comme pouvant être des sujets tabous.

De plus, lorsque le sujet de la ménopause est abordé, les discours des médecins semblent être parfois inadaptés aux attentes des femmes. Selon V. Vinel (89), *on pourrait penser que le corps médical prend le relais de cette faiblesse de l'encadrement familial, mais son intervention se réduit à une réponse technique. Dans le lieu et le temps de la consultation, les femmes évoquent des symptômes et reçoivent en retour des préconisations médicales et les inscrivent dans un parcours médicalisé.*

M.S.Hunter (90) décrivait, en 1997 dans son étude qualitative, que les femmes consultaient leur médecin d'abord pour obtenir des informations sur la ménopause, puis sur une éventuelle médication. Mais les praticiens pouvaient interpréter cela comme une visite indiquant un désir de THM. Il émet alors l'hypothèse que la prescription du THM pourrait être plus facile que de s'engager sur une discussion complexe sur la ménopause. De plus, les médecins auraient plus tendance à conceptualiser la ménopause en termes de maladie alors que les femmes la considèrent plutôt comme une étape de la vie. Cela peut expliquer

pourquoi les femmes espacent leur consultation à la ménopause et pourquoi certaines consultent que pour réaliser des examens. Elles attendent plus un échange, une discussion ouverte.

Une action combinée du gynécologue et du médecin généraliste dans la prise en charge de la ménopause est nécessaire.

On constate que cet échange autour de la ménopause, est renforcé, dans notre étude, lorsque la femme connaît son interlocuteur depuis plusieurs années et que le temps a permis de forger une relation, permettant aux deux acteurs de dépasser les éventuels tabous ou des situations pouvant paraître inconfortables.

« Michèle : (...) Je pense que ça dépend qui est le médecin généraliste. Je n'aurais pas envie d'en parler à tout le monde. »

Martine : Oui il n'y a pas de souci. C'est un médecin de famille que je connais depuis très longtemps. »

Sylvie, reconnaît que ne connaissant pas de médecin lors de son déménagement, elle a arrêté son suivi.

Dans notre étude, il ressort également que les femmes consultant un gynécologue ne parlent quasiment pas de la ménopause avec leur médecin traitant. Dans ce cas la discussion s'arrête uniquement sur le suivi préventif à savoir si la patiente est suivie sur le plan gynécologique. Certains médecins demandent de quand date leur dernière mammographie ou FCV mais certains ne le demandent pas.

« Marie-Yvonne : Il me demande par rapport aux mammographies sinon non pas spécialement. »

Pour Sylvie, le médecin généraliste n'a pas forcément les aptitudes pour parler de la ménopause et du suivi préventif :

« Sylvie : Non chacun son truc. Il n'est pas gynéco. »

Dans l'étude de l'AFFM (2006) (87), 76% des femmes interrogées pensent que le gynécologue est plus compétent que le médecin généraliste pour parler de la ménopause et de ses traitements. Il paraît important de repositionner le rôle du médecin généraliste dans le

cadre de la ménopause au sens large et nous verrons dans la suite de notre travail par quels moyens.

Un médecin disponible, en termes de temps, est compatible avec une discussion qualitativement acceptable par les patientes.

Un point important et qui est finalement peu ressorti dans nos résultats est le facteur « temps » accordé à la consultation. Une consultation, où l'information doit primer nécessite du temps. Or, au vu de la démographie médicale actuelle, les médecins manquent souvent de temps. Une femme, Christiane, souligne d'ailleurs ce handicap dans la prise en charge :

« Oui mais maintenant ils n'ont pas le temps. Je vois je passe déjà une heure après l'heure de mon RDV et je pense qu'ils n'ont pas le temps donc on discute du motif pourquoi on vient uniquement. »

Nous pouvons conclure que l'interaction médecin-patiente reste au centre des préoccupations afin de favoriser et de renforcer la diffusion d'informations sur la ménopause et son suivi préventif. Cette interaction, pour être la plus efficiente possible, doit être dynamique et évoluer par le biais de remises en questions de la part de celui qui apporte l'information c'est-à-dire le médecin et par extrapolation du milieu médical.

5.2.4. Propositions d'ouverture

Les représentations de la ménopause ont diverses origines. Elles sont le fruit d'un héritage culturel lié à l'histoire qui forme le socle de notre inconscient. Mais celles-ci sont souvent confrontées à des représentations actuelles plus modernes. Même si les tabous tendent à disparaître, les discussions entre profanes se résument souvent à une conversation assez technique. Avant l'étude WHI et la réactualisation des connaissances concernant le THM, la prise en charge thérapeutique de la ménopause était un point d'accroche, qui permettait d'assurer le suivi préventif des femmes ménopausées. Nous avons vu que ce motif de consultation à la ménopause n'était plus d'actualité. Il est donc nécessaire de développer nos moyens de communication avec les femmes ménopausées. Des moyens qui ont pour objectifs de recentrer la ménopause en tant que période de la vie (comme la puberté, la fécondité) et non comme une maladie. Une période de la vie, longue, vécue avec optimisme

grâce à l'information que nous délivrerons. C'est également par cette information, appropriée à notre société et aux demandes actuelles des femmes ménopausées, que nous arriverons au mieux à inciter les femmes à se faire dépister.

Nous pensons, au vu de nos résultats, que certaines informations sont primordiales à communiquer, à savoir :

- Comment s'installe la ménopause, quand est-ce qu'on peut dire qu'une femme est ménopausée.
- Prendre les « devants » en expliquant les éventuels effets, parfois désagréables de la ménopause mais non systématique, en soulignant aux femmes que le médecin sera disponible pour en discuter et trouver des solutions pour les vivre au mieux.
- Expliquer aux femmes ménopausées que cette période de la vie ne signifie pas une perte mais une évolution de la féminité et aborder systématiquement le thème de la sexualité avec elles, en des termes clairs, sans contournement. Plus la femme sentira le médecin à l'aise pour aborder le sujet plus la patiente se confiera. Après, libre choix à la femme d'échanger ou pas sur ce sujet.
- Expliciter les modalités de suivi en terme d'exams de dépistage (notamment mammographie et FCV, parfois une DMO) c'est-à-dire leur énoncer à quoi servent ces exams, comment ils sont réalisés, par qui, à quel rythme car nous avons constaté un manque d'information dans ce domaine chez les femmes ménopausées interviewées et notamment en ce qui concerne le FCV.
- Et surtout un temps de libre parole en demandant à la femme si elle a des questions en ce qui concerne cette période et tout ce qui s'y rapporte.

Tout ceci pourrait être abordé au sein d'une consultation dédiée à la ménopause.

D'après le HCSP (91), l'approche par tranche d'âge est considérée comme peu adaptée. En revanche, il pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains « évènements » de vie correspondant à des ruptures de différentes natures. Ainsi le thème de la ménopause ne serait pas parasité par d'autre motif de consultation et le facteur « temps » ne serait plus une entrave à une discussion appropriée. Cette consultation pourrait être proposée par le biais d'un courrier d'invitation, adressée par l'assurance maladie, à

toutes les femmes à partir de 50 ans. Pourquoi 50 ans alors que toutes les femmes de 50 ans ne sont pas ménopausées ? 50 ans car c'est à partir de cette âge que les mammographies sont recommandées et même si les femmes ne sont pas encore ménopausées elles peuvent commencer à s'informer. De plus, elles savent qu'un interlocuteur est apte à leur répondre au moment souhaité. Par ailleurs, cette invitation pourrait s'associer à la lettre d'invitation du DO du cancer du sein. Cela permettrait d'éviter, d'une part, à l'assurance maladie d'engager des frais supplémentaires et d'autre part, « d'engorger » les femmes avec une multiplication des courriers. Cette consultation, pour favoriser l'adhésion de toutes les femmes concernées, quel que soit leur niveau socio-culturel, pourrait être remboursée à 100% par l'assurance maladie et avoir lieu avec un gynécologue ou leur médecin traitant.

On voit également, dans certains départements, que des mesures ont été mises en place ces dernières années, pour favoriser la pratique du FCV chez les femmes ménopausées.

Ainsi d'après une actualisation en 2008 des données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus (92), le « DO » du cancer du col de l'utérus, présent dans trois structures de gestion (qui regroupent quatre départements : l'Isère, l'Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin) et la Martinique), a montré une augmentation de la couverture globale nette chez les plus de 50 ans. En ce sens, la HAS, en juillet 2010 (93), a émis des recommandations en faveur du DO du cancer du col de l'utérus en France avec notamment émission de courrier d'invitation à la réalisation du FCV. Nous avons pu constater, dans le département de notre étude, le Val d'Oise, mais après la période de notre étude, des femmes venir en consultation suite à un courrier d'invitation de l'assurance maladie du Val d'Oise leur proposant de réaliser un frottis de dépistage. Cela rend compte de la volonté du système de santé à promouvoir le dépistage.

Pour favoriser l'information sur la périodicité des examens de dépistage, **un calendrier personnalisé**, rappelant les recommandations aux femmes pourraient être une idée intéressante (en prenant exemple sur les calendriers personnalisés des examens de l'enfant pour sa surveillance médicale jusqu'à ses trois ans délivrés par l'assurance maladie).

Rappelons qu'il existe de multiples sources d'informations déjà disponibles par le biais d'internet, d'affiches et de dépliants sur la ménopause et ses dépistages pouvant être mis à disposition dans les cabinets médicaux des professionnels de santé (94).

Cependant, on sait que l'information écrite doit être renforcée par l'information orale. Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité et de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Une information individuelle adaptée, en expliquant les bénéfices d'un dépistage précoce, pourrait permettre de diminuer la crainte liée aux résultats des examens.

L'information est donc un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient. C'est cette information qui contribuera à la participation active de ce dernier aux examens de dépistage (95).

Le médecin généraliste, voit son rôle, notamment dans les actions de prévention et de dépistage, renforcé dans cette période de vie que représente la ménopause.

6. Conclusion

La ménopause est envisagée, à la fois comme un problème de santé individuel et, par les facteurs sociaux et économiques qu'elle implique sa prise en charge, comme un enjeu de santé publique. Jusqu'à récemment, cette prise en charge passait principalement par le THM.

Le THM, par la contrainte d'un suivi gynécologique régulier et le renouvellement d'ordonnance qu'il implique, permettait une mise en place des différents dépistages féminins recommandés au cours de la ménopause.

Ces dépistages féminins qui restent insuffisamment réalisés par les femmes ménopausées. Ces dernières années les taux de réalisation des mammographies dans le cadre du DO stagnent autour de 52-53% alors qu'il existe une chute de réalisation des FCV après 55 ans.

Les représentations de la ménopause sont à la fois riches et ambivalentes. Les femmes rencontrées sont globalement tiraillées entre l'impression de libération procurée par l'arrêt des règles et des sentiments plus sombres de vieillissement et de dévalorisation.

Elles font tout d'abord référence au modèle médical de la ménopause avec l'arrêt des règles et la présence d'effets secondaires. Mais la ménopause acquiert aussi une définition sociale, un tournant majeur du déroulement de la vie. Elle se confond souvent avec l'âge qui avance. Ces propos plutôt négatifs l'emportent, bien que les représentations des femmes forment un continuum s'étendant sur un large répertoire allant d'un pôle négatif où les femmes sont attristées et abattues à un pôle positif où les femmes sont sereines et soulagées. Ce discours dominant est probablement, en grande partie, l'héritage de stéréotypes inépuisablement repris. Pour autant, affirmer que les femmes ne sont plus femmes et sont vieilles à partir de la ménopause relève d'une construction de faits socialement et culturellement définis. C'est ce que D. Delanoë (19) et E. Freidson (76) appellent la *médicalisation comme pathologisation*.

Le suivi gynécologique des femmes ménopausées est étroitement lié, à leurs représentations de la ménopause et à l'approche de celle-ci lors de la consultation. De ce

fait, nous voyons que les femmes ménopausées interviewées, espacent leur rythme de consultations gynécologiques. Depuis l'étude WHI, la consultation médicale centrée sur le traitement de la ménopause, ne répond plus aux attentes de ces dernières, qui souhaitent avoir un meilleur échange sur ce sujet. Cela explique aussi pourquoi le thème de la sexualité à la ménopause reste encore un sujet tabou. Malgré tout, on constate que les femmes interviewées, connaissent les examens de dépistage recommandés à la ménopause. Elles émettent peu d'obstacles vis-à-vis des examens. C'est d'ailleurs la réalisation de ces examens qui les incitent à poursuivre leur consultation gynécologique. Rares sont celles qui, à la ménopause, poursuivent leur consultation gynécologique annuelle afin d'avoir un examen gynécologique par un professionnel (palpation des seins et examen du col) si elles n'ont ni symptômes ni besoin d'un renouvellement d'ordonnance de THM. Cependant, on constate un réel manque de connaissances des femmes interviewées sur les limites d'âge ainsi que la périodicité recommandée de réalisation des examens surtout en ce qui concerne le FCV. Probablement par le fait que la mammographie est incluse dans un DO (toutes ont évoqué le courrier d'invitation de l'assurance maladie), ce qui n'est pas le cas du FCV.

L'information donnée par les médecins a une place primordiale. Malgré les multiples sources d'information évoquées par les interviewées, le médecin reste la référence en matière d'information. Depuis l'étude WHI, l'approche de la ménopause a évolué. Elle n'est plus centrée sur le traitement mais sur un ensemble d'informations et nécessite une prise en charge globale des femmes ménopausées. Les interviewées ont formulé le souhait d'avoir un investissement plus important de la part des médecins. Elles aimeraient que ce soit eux qui abordent la ménopause, en particulier, le sujet de la sexualité. Certaines souffrent d'avoir à faire cette démarche elles-mêmes. Elles aimeraient également que la ménopause soit abordée comme un « évènement » de vie et pas comme une maladie afin de « dédramatiser » cette période et d'éviter les tabous. Il est possible, qu'une plus grande sensibilisation des médecins sur les représentations des femmes ménopausées, puisse améliorer la qualité du dialogue au cours des consultations et la formulation de conseils

mieux adaptés au vécu de chacune et par conséquent un suivi plus optimum en matière de prévention.

Il apparaît alors essentiel :

- d'améliorer la diffusion des informations. Notamment par les médecins généralistes qui sont les premiers interlocuteurs des femmes ménopausées, mais aussi par l'Assurance Maladie en poursuivant l'envoi de courrier d'invitation.
- D'instaurer un espace de dialogue entre médecin et patiente, sous forme par exemple, d'une consultation dédiée à la ménopause et à son suivi préventif.

Cette étude a permis d'appréhender le positionnement des femmes vis-à-vis de leur ménopause, de leur suivi préventif et de faire ressortir les points posant problème afin d'optimiser la prise en charge de cette période.

On pourrait donc imaginer une étude dans l'avenir sur le même sujet, en interviewant cette fois-ci, les médecins, afin de connaître si ces derniers rencontrent ou non des difficultés dans l'approche des femmes ménopausées.

7. Bibliographie

1. Le Dictionnaire - Définition ménopause et traduction [Internet]. [cité 14 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=m%E9nopause>
2. Azoulay Catherine. Menopause in 2004: « hormone replacement therapy » is not what it used to be anymore. nov 2004;25(11):806-815.
3. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy, April 14, 2004, 291 (14): 1701 — JAMA [Internet]. [cité 29 nov 2011]. Disponible sur: <http://jama.ama-assn.org/content/291/14/1701.full>
4. Traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) - AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [Internet]. [cité 2 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Letres-aux-professionnels-de-sante/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause-THS>
5. Traitement hormonal de la ménopause : actualisation des recommandations et de l'information à destination des femmes - AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [Internet]. [cité 2 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communique-Points-presse/Traitement-hormonal-de-la-menopause-actualisation-des-recommandations-et-de-l-information-a-destination-des-femmes>
6. Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) - AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [Internet]. [cité 2 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communique-Points-presse/Traitement-Hormonal-de-la-Menopause-THM>
7. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause: orientations générales, conclusions et recommandations. [Internet]. 2004 [cité 2 mai 2011]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25__15_41_5_415.pdf
8. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause: 12 messages clés à destination des femmes [Internet]. 2004 [cité 2 mai 2011]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_messages_cles.pdf
9. Baromètre cancer 2005 [Internet]. [cité 24 janv 2012]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
10. Gynécologie et santé des femmes. Ménopause 1 [Internet]. [cité 28 nov 2011]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_14.htm
11. De Gardanne Charles Pierre Louis. Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique. Paris: Gabon; 1816.
12. Tillier Annick. Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles. Clio Histoire, femmes et sociétés [Internet]. 2005 [cité 2 avr 2012];(21). Disponible sur: <http://clio.revues.org/pdf/1471>
13. Wilson Robert A. Feminine Forever. New York: M.Evans; 1966.

14. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ psychosomatique*. 2001;24(4):57-67.
15. La ménopause comme phénomène culturel - Cairn.info [Internet]. [cité 24 oct 2011]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-4-page-57.htm>
16. Doumont D, Libion Fr. Quelles sont les attitudes et les représentations des femmes face à la ménopause et aux traitements hormonaux de substitution? [Internet]. 1999 [cité 6 juin 2011]. Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos5.PDF>
17. Delanoë D. Critique de l'âge critique : usages et représentations de la ménopause [Thèse de doctorat]. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2001.
18. Delanoë Daniel. *Histoires de la ménopause d'ici et d'ailleurs*. Paris: Masson; 2003.
19. Delanoë Daniel. *Sexe, croyances et ménopause*. Paris: Hachette littératures; 2006.
20. Doumont Dominique, Libion France, Houeto David. Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause? [Internet]. 2006 [cité 2 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos42.pdf>
21. Lepoutre Bruno, El Amrani K. Ménopause à travers les temps et les cultures. Première partie : Faits et représentations. *Vie professionnelle*. Janv 2010;6(1):41-4.
22. SOFRES, Groupe de recherche Servier. Dossier de presse: 50 ans la vie devant soi. 2002;43.
23. OMS. Recherche sur la ménopause: bilan de la décennie 90: rapport d'un groupe d'étude scientifique [Internet]. 1996 p. 90. Report No.: 866. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_fre.pdf
24. El Amrani K. Les facteurs socio-économiques et culturels influencent-ils la prise du traitement hormonal substitutif de la ménopause? : Enquête auprès d'une population de femmes âgées de 40 à 70 ans et fréquentant des cabinets de médecine générale d'Ile de France [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7; 2006.
25. Gindre Jeanne. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal. [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard; 2009.
26. Bercier Sandrine. Qualité de vie, caractéristiques socio-démographiques et réalisation d'examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS. Enquête épidémiologique d'une population de femmes ménopausées fréquentant le même cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Paris: Université de Créteil - Paris 12; 2003.
27. De Beauvoir Simone. *Le deuxième sexe*. Paris; 1976.
28. Bienvenue sur le site de l'IRIPS: comprendre le vieillissement: la ménopause une influence culturelle? [Internet]. [cité 14 févr 2011]. Disponible sur: http://www.irips.org/UPLOAD/rubrique/pages/200/200_rubrique.php
29. Lepoutre Bruno, El Amrani Khadija. Ménopause à travers le temps et les cultures Deuxième partie: un bon indicateur de la place de la femme dans la société. *Vie professionnelle*. Févr 2010;6(2):91-4.

30. Devereux George. The psychology of feminine genital bleeding. an analysis of Mohave Indians puberty and menstrual rites. *The International Journal of Psycho-analysis*. 1950;31.
31. Guessous Soumaya. Printemps et automne sexuel: Puberté, ménopause, andropause au Maroc [Internet]. *Autres Temps*. Eddif; 2000 [cité 6 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.bibliomonde.com/livre/printemps-automne-sexuel-63.html>
32. Hormonothérapie substitutive à la ménopause: sa petite histoire et les interrelations entre les divers groupes d'acteurs. [Internet]. [cité 6 mai 2012]. Disponible sur: http://geirso.uqam.ca/cahiers/pdf/CahierGEIRSO_2005_12_vol1num9.pdf
33. Chanson P. Historical perspective of hormone replacement therapy. *La Revue du praticien*. 2005;55(4):369-375.
34. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*. 11 oct 1997;350(9084):1047-1059.
35. Grady D, Herrington D, Bittner V, Blumenthal R, Davidson M, Hlatky M, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA*. 3 juill 2002;288(1):49-57.
36. Hormothérapie substitutive de la ménopause. *Revue Prescrire*. janv 2004;24(246):25-28.
37. Dodin sylvie. La ménopause revisitée par l'approche intégrée. [Internet]. [cité 15 mars 2011]. Disponible sur: <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/031-039DreDodin0108.pdf>
38. The Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 14 avr 2004;291(14):1701-1712.
39. Vanleeuwen F, Rookus M. Breast cancer and hormone-replacement therapy: the Million Women Study. *The Lancet*. 18 oct 2003;362(9392):1330-1330.
40. Rozenbaum Henri. *La Ménopause*. ESKA; 2008.
41. Fournier Agnès, Berrino Franco, Riboli Elio, Avenel Valérie, Clavel-Chapelon française. THS et risque de cancer du sein : Résultats de la cohorte E3N. *Reproduction humaine et hormones*. 2005;18(5):186-193.
42. Tamborini A. Ménopause, THS et ostéoporose post-ménopausique: quoi de neuf? *Réalités en gynécologie-obstétrique* [Internet]. mai 2008 [cité 10 janv 2012];(130). Disponible sur: <http://www.performances-medicales.com/gyneco/encours/130/01.pdf>
43. Tamborini A. Ménopause, THS et ostéoporose post-ménopausique aujourd'hui: aspects pratiques. *Réalités en gynécologie-obstétrique* [Internet]. juin 2010 [cité 10 janv 2012]; Disponible sur: <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/146/01.pdf>
44. Wilson J, Junger G. *Principes et pratique du dépistage des maladies*. [Internet]. Genève; 1970. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf

45. Guignon Nathalie, Lydié Nathalie, Makdessi-Raynaud Yara. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. Données sociales-La société française [Internet]. 2006 [cité 2 mai 2011]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zk.pdf
46. Lastier Dimitri, Salines Emmanuelle, Danzon Arlette. Programme de dépistage du cancer du sein en France: résultats 2007-2008, évolutions depuis 2004 [Internet]. 2011 [cité 14 mai 2012]. Disponible sur: http://archives.invs.sante.fr/publications/2011/programme_depistage_cancer_sein/plaquette_depistage_cancer_sein.pdf
47. Le médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer du sein. [Internet]. 2009 [cité 21 mai 2012]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/5767-le-medecin-traitant-dans-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-octobre-rose-2010
48. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Pratique du dépistage des cancers féminins en France. Analyse de l'enquête décennale santé 2003. [Internet]. [cité 24 oct 2011]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2008/jvs_2008/40_poster_duport.pdf
49. Dépistage organisé du cancer du sein : les chiffres de participation 2011 - Toutes les actualités - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 6 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/235/6978-depistage-organise-du-cancer-du-sein-les-chiffres-de-participation-2011>
50. Duport Nicolas. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus: Etat des connaissances. [Internet]. [cité 24 oct 2011]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_col_uterus__connaissances.pdf
51. Duport Nicolas. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus: Etat des connaissances-Actualisation 2008 [Internet]. [cité 24 oct 2011]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243
52. Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. Recommandations. J Gynécol Obstét Biol Reprod. 5 sept 1990;(19):1-16.
53. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal: actualisation 2002: recommandations [Internet]. 2002 [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
54. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus. [Internet]. 2004 [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPV_synth.pdf
55. Duport Nicolas, Bloch Juliette. Les pratiques de dépistage des cancers: cancer du col de l'utérus. Saint-Denis: Inpes; 2006 p. 128-136.
56. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations. Juillet 2010. [Internet]. 2010 [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf

57. Note de cadrage. Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. [Internet]. [cité 24 oct 2011]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage.pdf
58. Haute Autorité de Santé - Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national [Internet]. [cité 7 mars 2011]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/cancer-du-col-de-luterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national
59. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122010/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
60. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010 [Internet]. 2010 [cité 13 mai 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
61. Plan cancer 2009-2013: synthèses [Internet]. [cité 24 janv 2012]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_plan_cancer_2009_2013.pdf
62. Kaufmann Jean-Claude. L'enquête et ses méthodes: l'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2011.
63. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie [Internet]. juin 2001 [cité 7 févr 2012];32(2). Disponible sur: http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/recherche_quali_com.pdf
64. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés? Bibliomed [Internet]. 20 févr 2003 [cité 7 févr 2012];(294). Disponible sur: http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/travaux/Bibliomed_294.pdf
65. Blanchet Alain, Gotman Anne. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005.
66. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 22 juill 1995;311(6999):251-253.
67. Mays N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. BMJ. 8 juill 1995;311(6997):109-112.
68. Guillemette François. L'approche de la Grounded Theory: pour innover? Recherches Qualitatives. 2006;26(1):32-50.
69. Vilatte J. L'entretien comme outil d'évaluation [Internet]. 2007 [cité 18 sept 2012]. Disponible sur: http://www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=48
70. Monloubou D. Les médecins généralistes et la démence: vécu et représentations. [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard; 2007.
71. Organisation mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. [Internet]. 1946 [cité 11 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
72. Héritier F, Xanthakou M. Corps et affects. Paris: O. Jacob; 2004.

73. Laznik-Penot M-C. L'impensable désir, féminité et sexualité au prisme de la ménopause. Paris: Denoël; 2003.
74. Gueydan M. Discours et représentations de la ménopause, influence sur la sexualité à cette nouvelle temporalité. 2007;20(192):40-51.
75. Jaspard M, Massari M. Rapport de sexe et vieillesse. Une lecture possible. Cahier du genre. 2001;(31).
76. Freidson E. La profession médicale. Paris: Payot; 1984.
77. Charlap C. La marque du social dans la chair: l'expérience corporelle à la ménopause comme traduction de représentations sociales à l'œuvre. Antropo [Internet]. 2012 [cité 27 mai 2013]. p. 9-14. Disponible sur: <http://www.didac.ehu.es/antropo/27/27-2/Charlap.pdf>
78. Vincent J-F. La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes beti du Sud-Cameroun. Journal des africanistes 73. 2003;121-136.
79. Vinel V. Ménopause et andropause à la lumière du « dispositif de sexualité » [Internet]. Le Portique,13-14; 2004 [cité 27 mai 2013]. Disponible sur: <http://leportique.revues.org/pdf/628>
80. Institut national du cancer. Les français face au dépistage des cancers. [Internet]. 2009 [cité 27 mai 2013]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9399-les-francais-face-au-depistage
81. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Pratique du dépistage des cancers féminins en France. Analyse de l'enquête décennale santé 2003. [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2008/jvs_2008/40_poster_duport.pdf
82. Baromètre cancer 2005 [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
83. Institut national du cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. [Internet]. 2007 sept. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9412-etat-des-lieux-du-depistage-du-cancer-du-col-uterin-en-france
84. Duriez M, Dubois N, Brabant G. La prescription de traitement hormonal de la ménopause dans le Nord-Pas-de-Calais: quels changements depuis 2002? mt médecine de la reproduction [Internet]. févr 2006 [cité 3 juin 2013];8(1). Disponible sur: http://www.jle.com/e-docs/00/04/15/85/vers_alt/VersionPDF.pdf
85. Haut Comité de santé publique. Les grandes lignes du rapport du Haut Comité de santé publique sur la mise en place d'une politique nutritionnelle. [Internet]. 2000 juin. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-grandes-lignes-du-rapport.html>
86. HAS. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. [Internet]. 2006 [cité 3 juin 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf
87. Lympelopoulou A. 1ère journée de la santé de la femme: 50 ans et alors! Subir ou agir. « Ménopause, les véritables attentes des femmes. » [Internet]. 2006 [cité 3 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.gyneweb.fr/Sources/menopause/AFFM06.pdf>

88. Drapier-faure E. L'observance du traitement hormonal substitutif de la ménopause. *La revue du praticien de médecine générale*. 1994;8(258):17-22.
89. Vinel V. Ricordi di sangue: trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana. *La Ricerca Folklorika, linee di sangue*. oct 2008;(58):79-81.
90. Dufort F. Hormonothérapie substitutive à la ménopause: Sa petite histoire et les interrelations entre les divers groupes d'acteurs. *Les Cahiers du GEIRSO* [Internet]. déc 2005 [cité 4 juin 2013];1(9). Disponible sur: http://www.geirso.uqam.ca/cahiers/pdf/CahierGEIRSO_2005_12_vol1num9.pdf
91. Haut Conseil de la santé publique. Consultations de prévention: constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. [Internet]. 2009 [cité 10 juin 2013]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf
92. Duport Nicolas. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus: Etat des connaissances-Actualisation 2008 [Internet]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243
93. Haute Autorité de Santé - Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/cancer-du-col-de-luterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national
94. Institut National Du Cancer. www.e-cancer.fr.
95. ANAES. Information des patients: recommandations destinées aux médecins. [Internet]. 2000 [cité 4 juin 2013]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc_info_pts_extrait.pdf

8. Annexes

ANNEXE N°1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Age, situation familiale et professionnelle, nombre d'enfants

Age de début de la ménopause

Prise du THM ou d'un autre traitement

Présence d'un suivi médical régulier sur le plan gynécologique

Thématique autour de la ménopause : vécu et représentations

- Que signifie la ménopause pour vous ? sentiments et vécu face à la ménopause (représentations)
- La ménopause a-t-elle créée des changements dans votre vie et lesquels ? (familial, professionnel, société, vie privée), dans votre vie de tous les jours ? (relance)

Thématique autour du THM

- Qu'est-ce que le THM pour vous ? A quoi cela sert-il ?
- Quels sont les inconvénients ?

Thématique autour du suivi préventif : vécu et représentations

- Votre dernière mammographie date de quand ? Par quel biais ? Savez-vous à quel rythme est-il conseillé de réaliser une mammographie ?
- Votre dernier Frottis cervico-vaginal (FCV) date de quand ? Par qui : gynécologue ou Médecin généraliste ? Depuis votre ménopause, la réalisation de vos FCV a-t-il évolué (si oui : plus, moins) ? Oui pourquoi ? Non pourquoi ? (relance) Jusqu'à quel âge pensez-vous qu'il est nécessaire ou recommander de faire des FCV ?
- Vous a-t-on proposé d'autres examens depuis votre ménopause ? (ostéodensitométrie...)
- Aborder vous facilement ce sujet avec votre médecin (gynécologue ou médecin généraliste) ou attendez-vous qu'il vous en parle ?

Thématique autour de la communication sur la ménopause et son suivi préventif

- Que signifie pour vous le suivi préventif ? A-t-il changé depuis votre ménopause ? Et si oui comment ?
- Pensez-vous que les femmes prenant un THM ont un suivi particulier ? font-elles plus facilement les examens de prévention ?
- Quels sont les obstacles à leur réalisation ? Pensez-vous que s'il existait un dépistage de masse vous le feriez plus facilement ?
- Y-a-t-il discussion sur ce sujet lors de la consultation médicale ? Qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous été suffisamment informée ?
- Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer la communication sur le sujet de la ménopause et de son suivi préventif ? Quel support aimeriez-vous avoir (une consultation dédiée, des brochures d'informations, des courriers adressés par la sécurité sociale...) ?

ANNEXE N°2 : LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX MEDECINS

Baligout Aurélie
Mon adresse
Mon numéro de portable
Mon adresse mail

Chère future consœur, cher futur confrère,

Je réalise actuellement, en collaboration avec le département de médecine générale de l'université Paris 7 Denis Diderot, une thèse sur l'information-santé ainsi que sur la prévention des patients en étudiant les représentations et les connaissances en termes de prévention gynécologique de la ménopause par les patientes, notamment depuis la parution de l'étude WHI (**W**omen **h**ealth **i**nitiative) concernant le traitement hormonal de la ménopause (THM).

Notre hypothèse se base sur le fait que les femmes ménopausées ne font plus de suivi préventif lorsqu'elles n'ont pas besoin de THM ou lorsqu'elles n'ont pas de suivi pour une cause gynécologique particulière, en sachant que le recours au THM a été partiellement remis en cause depuis l'étude WHI.

Cette étude consistera à interroger les patientes sur leurs connaissances dans le cadre du suivi préventif gynécologique ainsi que sur leurs représentations de la ménopause depuis les études sur le THM ainsi que sur leurs moyens d'accès à l'information en matière de santé.

Les entretiens enregistrés et anonymes, dureront environ 30 minutes et s'effectueront au domicile des patientes (ou dans votre cabinet si possible).

La population étudiée correspond, ainsi, à des femmes âgées de 45 à 70 ans, traitées ou non par THM, ménopausées, parlant correctement le français.

Pour la réalisation de cette étude, si vous êtes d'accord, vous serait-il possible de me donner les coordonnées d'au moins 2 patientes volontaires (et plus si possible) afin que je puisse les rencontrer ?

Une lettre qui est adressée à la patiente vous sera transmise afin de vous aider à obtenir son accord.

Si vous souhaitez d'autres informations avant de me donner votre réponse, vous pouvez me contacter par courriel à l'adresse : baligout.aurelie@gmail.com

Je vous remercie par avance de votre aide dans mon travail de thèse et vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Mlle Baligout Aurélie

Merci de noter les nom et prénom de la patiente, sa date de naissance, son adresse et ses coordonnées téléphoniques (adresse électronique si la patiente le souhaite).

ANNEXE N°3 : LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES

Baligout Aurélie
Mon numéro de portable

Madame,

Je me permets de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin, pour solliciter votre participation à un travail de recherche que je mène dans le cadre de mes études de médecine.

Pour aboutir dans mon travail, je réalise des entretiens bénévoles auprès des femmes âgées de 45 à 70 ans. Ces entretiens sont, en fait, des discussions de 30 minutes environ, qui se dérouleront soit au domicile des personnes volontaires soit au cabinet médical de votre médecin (mais qui peuvent également avoir lieu ailleurs).

Ces entretiens sont enregistrés puis rendus anonymes pour garantir la vie privée des personnes qui ont la gentillesse de participer.

Mon travail consiste ensuite à analyser les différentes conversations puis à rédiger ma thèse. L'enregistrement de ces entretiens ne sera pas non plus communiqué aux médecins qui suivent les participantes.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir participer à ce travail de recherche dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des patientes en médecine générale.

Si vous êtes intéressée, votre médecin me donnera vos coordonnées et je vous appellerai pour fixer un rendez-vous.

Si vous aviez la moindre question, n'hésitez pas à me contacter aux coordonnées ci-dessus.

Dans l'attente de vos réponses, qui je l'espère seront positives, je vous prie de recevoir, madame, mes salutations distinguées.

Mlle Baligout Aurélie

ANNEXE N° 4: RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Entretien avec Josiane : (durée=20min)

Age : 56 ans

Situation familiale : mariée, deux enfants (32 et 29 ans)

Profession : conseillère de vente

Ménopausée à l'âge 50-51 ans

Prise de THM : non

Suivi gynécologique par un gynécologue

AB : Bonjour, Madame. Je suis étudiante en médecine et je suis actuellement en train de réaliser une étude sur la ménopause. Et c'est pourquoi j'interroge des femmes ménopausées. Si vous le voulez bien, l'entretien sera enregistré. Cela me permettra de travailler sur vos propos. Tout ce que vous me direz restera confidentiel dans le sens où votre nom n'apparaîtra jamais dans ma thèse et votre médecin ne saura pas ce que vous m'avez dit. Êtes-vous d'accord ?

Josiane : Oui

AB : Pour vous, que signifie la ménopause ?

Josiane : L'arrêt des règles, l'arrêt total des règles.

AB : Pensiez-vous déjà la même chose avant d'être ménopausée ?

Josiane : Oui

AB : La ménopause a-t-elle créé des changements dans votre vie ?

Josiane : Euh oui parce qu'avant l'arrêt de mes règles je dormais moins bien. En fait c'est sur le sommeil que ça a beaucoup agit.

AB : Y-a-t-il eu d'autres changements ?

Josiane : Non. Non mis à part sur l'humeur. Un peu plus de sensibilité ou un peu plus énervée. Ça dépend des jours.

AB : Pensez-vous que le regard des autres a changé sur vous depuis que vous êtes ménopausée ?

Josiane : Non je ne pense pas.

AB : Est-ce que vous avez déjà entendu parler du traitement hormonal de la ménopause (THM) ?

Josiane : Oui, en fait, mon gynécologue m'en avait parlé mais comme j'ai des calcifications au niveau des seins et une poitrine fibromateuse, il m'a conseillé d'éviter de prendre un traitement. En plus, à mon époque, il y avait du pour et du contre, on ne savait pas trop ce que ça donnait, ça pouvait favoriser certains cancers. Mon gynécologue m'ayant conseillé de ne rien prendre je n'ai rien pris. Voilà, et j'ai subi un peu les fluctuations. Mes règles ont toujours été normales et du jour au lendemain, je n'ai plus eu de règles. Au bout de quelques mois j'ai été voir mon gynécologue. Comme j'avais un stérilet, il me l'a enlevé car il m'a dit que j'étais en ménopause. Ma ménopause s'est passée entre 50 et 51 ans.

AB : Est-ce qu'on vous avait parlé de la ménopause ?

Josiane : Non. C'est ma maman qui m'en avait parlé parce qu'au moment de sa ménopause, elle a eu quelques soucis. C'est plus par elle que j'en ai entendu parler sinon non.

AB : Est-ce que vous-même, vous en aviez parlé avec votre médecin ? Est-ce que ce sujet a été abordé par votre médecin ?

Josiane : Non jamais.

AB : En avez-vous ressenti le besoin ?

Josiane : Non parce que, bon, comme je lisais des magazines, on en entend parler à la radio, tout ça, entre collègues...

AB : Sur quels types de support vous renseignez-vous ?

Josiane : On entend beaucoup parler des désagréments de la ménopause c'est surtout ça. Mais bon, en fait, heureusement, on n'a pas toutes ces désagréments. Chaque individu est différent donc je pense que c'est à soi, en fonction de ce qu'on ressent de gérer par soi-même. Par exemple, moi, des bouffées de chaleur je n'en ai jamais eu.

AB : La ménopause ne vous a pas trop changé votre mode de vie à priori ?

Josiane : Non c'est juste l'humeur et le sommeil. Sinon je n'ai pas eu plus faim, ni plus chaud. Pendant cette période je n'ai pas eu spécialement de gênes.

AB : Vous attendiez-vous à autre chose avant d'être ménopausée ?

Josiane : Ben je pensais que j'aurais plus de désagréments, parce qu'on entend les gens dire qu'ils ont pris du poids. Surtout des personnes qui prenaient un traitement hormonal et qui justement les faisaient grossir. Moi, je n'ai pas eu trop le choix comme on m'avait conseillé de ne rien prendre et au niveau du poids je n'ai pas bougé finalement.

AB : Vous faites-vous suivre par rapport à la ménopause ?

Josiane : Non j'ai rien fait de spécial, je continue mes activités comme avant.

AB : Et au niveau médical ?

Josiane : Non j'ai arrêté de me faire suivre au niveau gynécologique. C'est vrai qu'avant j'y allais tous les ans et là ça fait un petit bout de temps que je n'y suis pas allée.

AB : c'est-à-dire combien de temps ?

Josiane : 2-3 ans.

AB : Vous n'en éprouvez pas le besoin ?

Josiane : Je sais que je devrais me faire suivre tous les ans mais comme je n'ai pas de problème.

AB : Avez-vous entendu parler d'examen recommandés pendant la ménopause ?

Josiane : Mon gynéco m'avait conseillé de venir tous les ans et de faire des frottis tous les 2 ans comme je faisais avant. C'est pour ça que malgré ma ménopause, il faudrait que je consulte pour faire un petit bilan.

AB : Concernant les mammographies, savez-vous ce que sais et (question coupée par la patiente)

Josiane : Par contre, au niveau des « mammo », je suis suivie tous les 2 ans. Comme j'ai plus de 55 ans, je reçois un bilan par la sécurité sociale donc ça je le fais régulièrement et avant, mon gynécologue me prescrivait pour ma poitrine fibromateuse, une échographie et une mammographie tous les 2 ans et puis un test, euh, un frottis tous les 2 ans aussi.

AB : Recevoir les invitations par la sécurité sociale vous aide-t-il à réaliser les examens ?

Josiane : si je crois que c'est un plus. Moi qui ai tendance à ne pas consulter les médecins ça me force un peu à y aller. Enfin, je pense que si j'avais des problèmes de santé j'irais consulter mon médecin traitant (MT) mais bon, des fois, on ne ressent pas de symptômes et quand on les ressent c'est un peu trop tard. Cela permet de prendre conscience.

AB : Concernant les frottis, avant d'être ménopausée, vous les faisiez régulièrement ?

Josiane : Oui, mon gynéco me le faisait tous les 2 ans mais là, ça fait 2-3 ans que je n'y suis pas allée.

AB : Savez-vous jusqu'à quel âge il est recommandé de faire des FCV ?

Josiane : Non.

AB : Vous a-t'on déjà proposé d'autres examens depuis votre ménopause ?

Josiane : oui, au niveau des analyses de sang, le cholestérol etc...

AB : Rien d'autre ?

Josiane : Non

AB : Que vous évoque le terme suivi préventif ?

Josiane : cela évite euh, le fait d'être suivi régulièrement n'empêche pas d'avoir un cancer ou une autre maladie mais ça peut aussi déceler une maladie avant qu'on en est les symptômes.

AB : Pensez-vous que les femmes ayant un THM se font plus facilement suivre au niveau médical ?

Josiane : Je pense que quand on a un THM on est un peu obligé de consulter si on veut le continuer, de voir un médecin pour avoir une ordonnance.

AB : Concernant la mammographie et le FCV, quels sont les obstacles pour vous à leur réalisation ?

Josiane : L'obstacle c'est de prendre le RDV puis d'y aller mais une fois qu'on a le RDV en général on y va.

AB : Pensez-vous avoir été assez informé sur les examens recommandés au cours de la ménopause ?

Josiane : Non. Mon gynéco ne m'a pas informé. Il compte que je vienne régulièrement tous les ans.

AB : Et vous, vous êtes-vous renseignés ?

Josiane : Non pas forcément, je lis certaines choses mais bon...

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer la réalisation de ces examens ? Et si oui par quels moyens ?

Josiane : Non je ne pense pas. Je pense que chaque personne réagit différemment.

AB : Pensez-vous que l'information soit bien diffusée ? Et si non, par quels biais pourrait-on la diffuser ?

Josiane : Personnellement, mon gynéco si je lui pose des questions il me répond mais pour la ménopause, il ne m'en a pas forcément parlé.

AB : ça vous a manqué ?

Josiane : Non pas forcément car on en parle entre femmes, de bouche à oreille.

AB : Et avec votre entourage ?

Josiane : Non.

Entretien avec Régine (durée=18 min)

Age : 55 ans

Situation familiale : divorcée, vit en couple, 3 enfants (32, 26 et 18 ans)

Profession : secrétaire médicale
 Hystérectomie avec conservation des ovaires en 2006
 Prise de THM : non en raison de CI (TVP)
 Suivi gynécologique par un MG (avait un gynécologue auparavant)

AB : que représente pour vous la ménopause ?

Régine : Ménopause euh au niveau médical ou ?

AB : Oui par exemple mais aussi au niveau personnel, familial etc...

Régine : Je n'étais peut-être pas très bien informée mais pour moi ça voulait dire arrêt des règles. J'ai surtout vu sur ma mère et mes tantes le changement de la forme de leur corps. Je trouvais que ça se voyait quand une femme était ménopausée, elle n'avait plus la même silhouette.

AB : Plus le changement physique alors ?

Régine : Oui j'appréhendais un peu.

AB : La ménopause a-t-elle créée des changements dans votre vie ?

Régine : Non pas du tout. Ça s'est passé beaucoup mieux que ce que je pensais en fait.

AB : Vous vous attendiez à quoi ?

Régine : Ben je m'attendais à des sautes d'humeur, un passage difficile, à des choses comme ça, à ... mais je n'ai pas eu tout ça.

AB : Pas de symptômes ?

Régine : Si des perturbations dans le sommeil mais je ne sais pas si c'est du à la ménopause.

AB : Des perturbations de quel type ?

Régine : insomnies, beaucoup d'insomnies.

AB : Et le regard des autres sur vous ?

Régine : Non pas de changement.

AB : Savez-vous ce qu'est le THM ?

Régine : Alors, j'en ai entendu parler par des amies euh certaines étaient pour, certaines étaient contre. Moi j'étais très tentée mais quand j'en ai parlé à ma généraliste elle m'a dit que ce n'était pas pour moi car j'ai eu des problèmes de phlébite.

AB : Vous savez à quoi il sert ?

Régine : Ben j'espérais que ça servait à vieillir moins vite (*rire*). C'est pour ça qu'il m'intéressait beaucoup.

AB : Pour vous ménopause allait avec vieillesse ?

Régine : Oui.

AB : De quand date votre dernière mammographie ?

Régine : Au moins 3 ans.

AB : Vous les faites régulièrement ?

Régine : Non. Je l'ai faite parce que j'avais une grosseur. Je vais chez le docteur en cas d'urgence, là, c'était le cas. Mais finalement c'était bénin.

AB : Savez-vous à quel rythme il est conseillé de faire les mammographies ?

Régine : Tous les 2 ans.

AB : Et jusqu'à quel âge ?

Régine : 75 ans.

AB : A partir de quel âge ?

Régine : Je dirais, à partir de 50 ans, c'est bien de se faire suivre régulièrement.

AB : Concernant les frottis ?

Régine : Je n'en ai plus à cause de mon hystérectomie.

AB : Avant d'être opérée, faisiez-vous régulièrement les frottis ?

Régine : Pas vraiment.

AB : Savez-vous à quel rythme ils sont conseillés ?

Régine : Tous les 2 ans.

AB : jusqu'à quel âge ?

Régine : Non. Quand on n'a pas d'antécédents familiaux tous les 2 ans. Quand on a eu des antécédents familiaux tous les ans. Jusqu'à je dirais 75 ans.

AB : Auparavant quels étaient les inconvénients sur la réalisation des frottis ?

Régine : Le manque de temps peut-être mais surtout la truille du résultat. J'ai toujours eu très peur des résultats donc je préférais ne rien faire que d'avoir de mauvais résultats.

AB : Et concernant l'examen en lui-même ?

Régine : Non pas du tout. J'ai toujours eu des docteurs très compétents et très professionnels. Je n'ai jamais eu de soucis.

AB : Vous a-t-on proposé d'autres examens suite à votre ménopause ?

Régine : Non pas du tout.

AB : Aviez-vous abordé le thème de la ménopause avec votre médecin ?

Régine : C'est moi qui en ai parlé car j'avais beaucoup de bouffées de chaleur donc j'ai fait la démarche car je pensais que ça avait un rapport avec la ménopause et c'est là que j'ai su que je n'avais pas le droit à un traitement et j'ai pris un médicament juste contre les bouffées de chaleur.

AB : Le médecin en avait-il parlé avec vous ?

Régine : Non.

AB : Lors de votre hystérectomie ?

Régine : Non car c'était trop tôt par rapport à la ménopause.

AB : Avez-vous eu des informations sur la ménopause ?

Régine : Oui en parlant avec des amies et par la lecture aussi, dans des magazines de santé ou des choses comme ça, j'étais quand même au courant. Dans les magazines je trouve qu'il y a des bonnes infos, que c'est bien expliqué.

AB : Avez-vous demandé des compléments à votre médecin ?

Régine : Ce que je lisais c'était bien mais si j'ai vraiment une question c'est à mon médecin que je les pose, j'ai plus confiance.

AB : Est-ce que le mot suivi préventif vous parle-t-il ?

Régine : Préventif ?

AB : Y a-t-il besoin de se faire suivre sur le plan gynécologique lorsqu'on est ménopausée selon vous ?

Régine : il faut un suivi, plus même que quand on est jeune je dirais.

AB : Votre suivi a-t-il changé depuis votre ménopause ?

Régine : ça a changé par le fait que je ne vais plus chez le gynécologue comme je n'ai plus besoin à mon avis.

AB : Pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?

Régine : Oui, déjà à cause du renouvellement, il faut une ordonnance.

AB : Quels sont les obstacles pour vous à la réalisation des examens ?

Régine : Non c'est juste quelque chose à fixer dans le planning.

AB : Selon vous, avez-vous été suffisamment informée sur la ménopause ?

Régine : Moyen ça pourrait être mieux. C'est surtout dans les magazines que j'ai appris ce que c'était.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer certaines choses et comment ?

Régine : Je trouve que ça c'est beaucoup amélioré avec les rappels que nous envoie prévention santé car régulièrement si on n'a pas fait pas les examens, on reçoit un courrier nous informant que... on doit le faire, enfin que c'est mieux qu'on le fasse mais maintenant c'est vraiment du ressort personnel quand on ne fait pas les examens.

AB : Les courriers vous incitent à faire les examens ?

Régine : Normalement oui mais je ne les ai pas fait. Ils sont toujours sur mon bureau.

AB : Avez-vous d'autres choses à dire sur le sujet ?

Régine : Non pas vraiment.

AB : Merci.

Entretien avec Michèle (durée= 42 min)

Age : 61 ans

Situation familiale : mariée, 3 enfants (32, 25 et un décédé à 2 jours de vie, né prématuré suite à un placenta prævia)

Profession : psychologue

Age ménopause : ne sait pas

Prise de THM : oui pendant 5-6 ans mais durée approximative

Suivi gynécologique par un gynécologue

AB : Que représente pour vous la ménopause ?

Michèle : Au début, rien du tout, je n'y avais pas pensé. D'autant plus, ma mère est morte quand j'étais petite donc je n'ai pas eu de femmes ménopausées autour de moi, qui m'en ont parlé en tous les cas. Quand ça m'est tombé dessus, c'est la gynéco, je m'en rappelle très bien, qui m'a dit vous devez être ou en train d'être ménopausée donc elle m'a dit on va faire 1 test pour évaluer les hormones.

AB : Une prise de sang ?

Michèle : Une prise de sang et avec la prise de sang elle m'a dit que j'étais en cours de ménopause. J'ai fait plein de rêves comme qui j'étais enceinte à ce moment-là.

AB : Et votre sentiment, votre vécu ?

Michèle : A ce moment-là pas grand-chose. Après j'ai été embêté par les bouffées de chaleur, le fait que ça me réveille la nuit, j'avais chaud et aussi dans la journée, au cabinet, je savais l'heure, vers 17h00 quand je commençais à être fatiguée. Ça s'est passé mais j'en ai encore la nuit. Et puis dans

ma tête, ça me faisait bizarre de ne plus pouvoir avoir d'enfant. Surtout le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant, j'en voulais plus mais bon.

AB : Et l'arrêt des règles ?

Michèle : L'arrêt des règles (silence) comment ça s'est fait cette histoire-là ? Ça ne m'a pas traumatisé car je ne m'en rappelle pas vraiment. Avec la pilule j'avais pas mal, pas de sensation et ça s'est tranquillement arrêté. C'est plus les bouffées de chaleur, les insomnies.

AB : Et l'instauration du THM ?

Michèle : J'ai toujours pris la pilule et la gynéco qui me suivait à l'époque m'a dit il faut prendre le THM parce que sinon elle m'avait raconté toutes les catastrophes : l'ostéoporose, vous allez faire pipi dans la culotte, elle l'avait pas dit comme ça mais ça voulait dire ça. Donc j'avais écouté j'avais pris le THM. J'ai été dans un centre de la ménopause de la MGEN. La gynéco qui m'a reçu m'a dit vous n'avez pas assez d'hormone donc elle m'a changé le truc et je me suis retrouvée hyper mal, j'avais les seins comme des ballons. J'ai été voir une gynéco qu'une amie m'avait recommandé, très sympa, qui m'a tout de suite diminué. L'autre gynéco était assez énervante, elle m'appelait jeune fille et je n'aimais pas son contact. Elle manquait (pause) c'était désagréable « bonjour jeune fille » à chaque fois. C'était faussement familier et en fait un peu maltraitant. Donc j'avais décidé de ne plus aller la voir. L'autre donc m'a diminué et entre temps, il y a eu tous ces débats sur « est-ce que les hormones donnent le cancer du sein ? ». Moi, j'ai une lourde hérédité de cancer dans la famille et de cancer du sein, j'ai commencé à me dire que ça me cassait les pieds cette ménopause. En plus, j'avais toujours faim, les hormones ça me donnait vraiment faim, il fallait toujours que je me restreigne sinon j'aurais pris 20 kg.

AB : c'est vous qui avait arrêté le THM ?

Michèle : Non, non avec la gynéco, je lui ai dit que je voulais arrêter le traitement. Elle m'a dit pourquoi pas. J'en avais marre de prendre la pilule tout le temps.

AB : C'était par rapport à la polémique ?

Michèle : C'était au moment. Moi j'ai lu tous les articles du monde. Personne n'était d'accord. Je ne sais pas où ça en est maintenant mais donc (euh) j'ai décidé d'arrêter et qu'on verrait bien. Et ben je m'en porte bien mieux. Le plus pénible de ces THM c'est que j'avais tout le temps faim, des crampes d'estomac et puis tous ces débats sur le cancer du sein, franchement moi, ça m'a fait un peu flippé et puis j'en avais marre d'avalier tout le temps des trucs.

AB : Dans la représentation c'est surtout le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant qui a été le plus dur pour vous ?

Michèle : le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant car dans la relation avec mon mari ça n'a pas changé les choses. Je rêvais beaucoup que j'allais avoir des bébés.

AB : Une sensation de perte de féminité ?

Michèle : Non pas de perte de féminité, de ma capacité à faire des bébés.

AB : Sinon le regard des autres, votre mari ?

Michèle : Pas de changement.

AB : Avant la ménopause aviez-vous un suivi régulier ?

Michèle : Tous les 6 mois avant. Depuis la ménopause, j'ai changé de gynéco car celle que j'aimais bien a changé de cabinet, elle est loin et elle ne travaille plus que 2 matinées par semaine et je ne peux jamais aller la voir donc j'en ai une autre. Celle-là, je vais la voir, en fait, je me suis très bien organisée : je vais la voir autour de l'été, elle me prescrit une écho et une mammo que je fais 6 mois plus tard c'est-à-dire en janvier et je retourne la voir l'été d'après.

AB : Une écho et une mammo tous les combien ?

Michèle : Tous les ans.

AB : Et les frottis ?

Michèle : Tous les 2 ans elle me les fait.

AB : Et avant d'être ménopausée c'était le même rythme ?

Michèle : Avant j'allais voir la gynéco tous les 6 mois, en plus des échos et des mammo et le frottis je ne m'en rappelle plus, peut-être tous les ans, je ne sais pas mais régulièrement.

AB : A partir de quel âge avez-vous eu écho et mammo ?

Michèle : Très tôt. C'est par rapport à ma mère. Ma mère est morte d'un cancer du sein à 52 ans et elle a été malade 6 à 7 ans donc très jeune donc j'ai eu des mammo et échos très jeune mais je ne sais pas à partir de quel âge mais ce n'était pas les mêmes examens que maintenant. Je suis vieille.

AB : Savez-vous à quel rythme il est recommandé de réaliser les examens ? Et à partir de quel âge ?

Michèle : Oui parce que je reçois le truc du dépistage. Je crois au-delà de 60 ans tous les 2 ans. C'est ça ?

AB : A partir de 50 ans tous les 2 ans.

Michèle : Moi j'en fais tous les ans.

AB : Et le frottis, savez-vous jusqu'à quel âge il est recommandé ?

Michèle : Non je ne sais pas.

AB : 65 ans.

Michèle : Je crois que le gynéco me le fait tous les 2 ans. C'est ça je crois le rythme.

AB : Y-a-t-il des barrières, des obstacles à la réalisation des examens ?

Michèle : Le frottis c'est désagréable. Ça fait pas mal mais c'est désagréable. Une mammographie ce n'est pas agréable mais ce n'est pas un examen dramatique. Une écho ça fait pas mal.

AB : Y-a-t-il eu des obstacles pour aller consulter ?

Michèle : Moi je vais voir que des femmes, j'ai horreur de me faire ausculter par les hommes. Je n'ai pas un bon souvenir des hommes gynécologues.

AB : Vous avez toujours été régulièrement faire votre suivi ?

Michèle : Oui toujours.

AB : Par qui avez-vous été conseillé pour votre suivi ?

Michèle : Par ma gynécologue. J'ai toujours été la voir régulièrement. J'ai toujours fait tout ce qu'elle m'a dit. A l'époque il y avait des frottis mais pas encore de mammo c'était l'auscultation.

AB : Vous a-t-on proposé d'autres examens depuis votre ménopause ?

Michèle : Non. Qu'est-ce qu'on aurait pu me proposer d'autre ?

AB : Une ostéodensitométrie, un (question coupée par interviewée)

Michèle : Ah oui oui oui. J'en ai déjà fait 2 et elles sont bonnes. Je suis bien suivie (rire)

AB : C'est votre gynécologue ou votre MT ?

Michèle : C'est moi parce que je trouve que je vieillis (rire). Je crois que c'était la gynéco car elle a voulu me donner un traitement qui agit sur l'ostéoporose et qui aurait un lien dans la prévention du cancer du sein.

AB : Avez-vous abordé facilement le sujet de la ménopause avec votre gynécologue ? Avant d'être ménopausée y avez-vous pensé ?

Michèle : Non je n'y avais pas pensé c'est quand elle m'a parlé de vérifier le taux d'hormones, que je me suis dit ah oui, j'ai l'âge mais je n'y avais pas pensé du tout moi.

AB : Vous n'appréhendiez pas la ménopause ?

Michèle : Après coup si. Avant coup non mais je me rends compte que c'est parce que ma mère ne m'en avait pas parlé.

AB : Vous étiez-vous renseigné ?

Michèle : Oui je connaissais le sujet (rire). Il y a des trucs que je trouvais « couillon ». J'ai lu 2 livres dessus. Je me suis dit qu'en tant que psychanalyste ça pouvait être intéressant d'interviewer des femmes, faire un article, mais je n'ai jamais rien fait.

AB : Et le suivi préventif ça vous parle ?

Michèle : Qu'est-ce que vous voulez dire ?

AB : Les examens de dépistage : FCV, mammo, saviez-vous qu'il était conseillé de les poursuivre à la ménopause ? Votre suivi a-t-il changé depuis votre ménopause ?

Michèle : Oui il y a un changement dans la mesure où avant j'allais voir la gynéco 2 fois/an et maintenant 1 fois/an.

AB : Pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?

Michèle : Je pense oui. Je pense que les femmes prenant un THM, c'est peut-être une grosse bêtise, mais je pense que ce sont des femmes avec un niveau un peu plus élevé socialement et donc elles se font plus suivre.

AB : Niveau social plus que les connaissances, l'accès aux soins ?

Michèle : Je pense que les connaissances et l'accès aux soins sont corrélés avec le niveau social voilà.

AB : Avez-vous un MT ?

Michèle : oui

AB : A-t-il abordé le sujet de la ménopause ?

Michèle : oui, oui, oui. Elle m'a demandé, c'est une femme mon MT, pas la ménopause mais si j'étais bien suivi d'un point de vue gynécologique et elle me le demande à chaque fois.

AB : Au niveau vie intime, le MT ou le gynécologue a-t-il abordé le sujet ?

Michèle : Oui. Je ne sais plus très bien. On en a parlé car les membranes sont moins souples mais moi c'est le seul endroit où ça va un peu près. J'ai les yeux secs, la peau sèche mais en bas ça va (rire).

AB : Pensez-vous avoir été bien informé par le milieu médical sur la ménopause ? Avez-vous eu des réponses à vos questions ?

Michèle : J'ai l'impression que ça s'est fait dans un échange très naturellement sauf la gynéco qui m'appelait jeune fille. Je l'ai appelé car j'avais dans l'idée que quand on était en pré-ménopause tu pouvais tomber enceinte et je me suis inquiétée, je l'ai appelé car je lui ai dit je n'ai pas mes règles j'espère que je ne suis pas enceinte et elle s'est fichu de moi. « A votre âge si vous êtes enceinte j'écris un article ». ça m'a franchement déçu.

A part cette fois-là sinon je n'ai jamais eu de soucis.

AB : Par rapport aux feuilles de dépistage pour la mammographie qu'en pensez-vous ?

Michèle : Moi j'y réponds toujours pour dire que je suis suivie mais je n'y vais pas car j'ai mon suivi à moi mais je pense que c'est bien. Je trouve que c'est drôlement bien car il y a plein de femmes qui ne sont pas informées.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait mieux informer les femmes ?

Michèle : Je ne sais pas. Je pense que c'est le rôle du médecin généraliste.

AB : Par quels moyens ?

Michèle : Je pense qu'une proposition de consultation chez le MT pour les femmes ménopausées se serait bien. Je pense que ça dépend qui est le médecin généraliste. Je n'aurais pas envie d'en parler à tout le monde. On n'a pas forcément envie de parler de ça à tout le monde.

AB : Parlez-vous de la ménopause avec d'autres personnes ?

Michèle : Non. C'est plus quand on a été ménopausée qu'on en a parlé entre amies, les inconvénients, zut ce n'est pas marrant ce truc-là, les relations intimes ça marche plus parce que ça fait mal etc...

AB : Avez-vous pris cela comme une étape de la vie ?

Michèle : Ah ben oui. C'est quand même la dernière étape avant la mort même si je le dis en rigolant. C'est rude la vie des femmes car c'est vraiment scandé par la biologique. Les mecs c'est plus doux.

AB : Pensez-vous que la société pose un regard différent sur les femmes ménopausées ?

Michèle : Ah oui. Moi je reçois beaucoup plus d'hommes depuis que je suis vieille car je pense qu'ils sont plus tranquilles, qu'il n'y a pas de risques. Euh, ils ont plus envie de me parler.

AB : Et les femmes ?

Michèle : Non j'en ai toujours beaucoup eu en consultations. Les femmes consultent beaucoup.

AB : et bien merci.

Michèle : C'est tout. Ce n'était pas bien méchant.

Entretien avec Martine (durée= 17 min)

Age : 56 ans

Situation familiale : mariée, 2 enfants (2 filles de 30 et 23 ans)

Profession : secrétaire médical

Age ménopause : octobre 2007 soit 51 ans

Prise de THM : non

Suivi gynécologique par un gynécologue

AB : Que représente pour vous la ménopause ?

Martine : Une tranquillité (rit aux éclats). Non je n'ai pas eu de soucis, de problème. Pour moi ça c'est très bien passé, tout en douceur. C'est du jour au lendemain, j'ai eu une grosse hémorragie puis plus rien. Tranquille.

AB : Y-a-t-il eu des répercussions sur votre vie familiale ? Professionnelle ?

Martine : Je n'ai pas eu de retour de plaintes (rire)

AB : Pas de symptômes particuliers ?

Martine : Non pas de prise de poids ou autre. Tout comme avant.

AB : Y-a-t-il eu des changements sur les représentations des autres par rapport à vous ?

Martine : Je ne pense pas.

AB : Avez-vous un suivi par rapport à votre ménopause ? Que faites-vous ?

Martine : j'ai un suivi gynécologique. Je suis bien placée pour être suivie.

AB : A quel rythme voyez-vous votre gynécologue ?

Martine : Tous les 6 mois.

AB : Faites-vous des examens ?

Martine : Frottis et mammographie tous les ans.

AB : Tous les ans ?

Martine : Oui.

AB : Savez-vous à partir de quel âge il est conseillé de faire des mammographies ?

Martine : 50 ans.

AB : Jusqu'à quel âge ?

Martine : 65 ans.

AB : Et le frottis ?

Martine : Je le fais depuis l'âge de 20 ans.

AB : Savez-vous jusqu'à quel âge il est recommandé ?

Martine : Non.

AB : Savez-vous à quoi servent ces examens ?

Martine : Oui bien sûr.

AB : Est-ce que votre suivi a changé depuis votre ménopause ?

Martine : Non pas du tout. Je vois toujours mon gynécologue tous les 6 mois. Je n'ai pas espacé les consultations et je reçois les tests de la sécurité sociale.

AB : Vous faites les mammographies avec la sécurité sociale ?

Martine : Non. C'est mon gynécologue qui me les prescrit.

AB : Y-a-t-il des obstacles à réaliser les examens ?

Martine : Non pas du tout. J'ai un bon radiologue donc les RDV sont faciles à prendre. Ils sont très sympas.

AB : Et le FCV ? L'examen en lui-même ?

Martine : ça ne me gêne pas du tout.

AB : Concernant la ménopause, saviez-vous ce que c'était ? En aviez-vous parlé autour de vous ? Avec votre mère ?

Martine : Oui oui bien sûr. J'en ai parlé avec mon médecin, et puis, c'est l'éducation. On était une génération qui n'en parlait pas beaucoup mais j'avais une maman très libre.

AB : Y-a-t-il eu un changement de représentations avant/après ménopause ?

Martine : Non aucun.

AB : Comment avez-vous été informée ?

Martine : Après ma grosse hémorragie mon gynécologue m'a dit ça ne va plus revenir.

AB : Avez-vous eu besoin de poser des questions ?

Martine : Non.

AB : Vous-a-t-on prescrit d'autre examen depuis votre ménopause ?

Martine : Non.

AB : Connaissez-vous le THM ?

Martine : Oui j'en ai entendu parler mais pas l'application en elle-même.

AB : Savez-vous à quoi sert-il ?

Martine : Oh la vaguement. Je n'en ai pas eu besoin et je n'ai pas été assez curieuse.

AB : Abordez-vous facilement le sujet de la ménopause avec votre MT ? A-t-il abordé le sujet ?

Martine : Oui il n'y a pas de souci. C'est un médecin de famille que je connais depuis très longtemps.

AB : Pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?

Martine : Je pense qu'elles ne se font pas suivre. Je vois déjà mes filles pour les emmener chez le gynécologue c'est très dur. Moi mon amie est gynécologue donc elle me renseigne bien.

AB : Pensez-vous que les feuilles envoyées par la sécurité sociale aident les femmes ?

Martine : Moi je les ai reçu et étant dans le milieu médical ça m'a permis d'être plus tentée d'y aller.

AB : ça n'a pas changé votre suivi ?

Martine : Non pas du tout.

AB : Avez-vous été assez informé sur la ménopause selon vous ? Sur le suivi ?

Martine : Oui.

AB : Avez-vous eu besoin d'aller chercher des informations : journaux, internet etc... ?

Martine : Non. Internet je suis un peu réticente. Les avis des gens je m'en méfie.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer l'information des femmes ménopausées et comment ?

Martine : Oui. Peut-être on pourrait donner tous les ans un dépliant aux femmes pour leur donner la procédure à suivre, les signes évocateurs.

AB : Pensez-vous qu'une consultation dédiée à la ménopause pourrait aider ?

Martine : Ah oui, que dédiée à la ménopause. Répéter un protocole où chaque médecin pourrait informer la patiente.

AB : Au niveau de votre vie intime y-a-t-il eu des changements ?

Martine : Non.

AB : Le sujet a-t-il été abordé ?

Martine : Oui.

AB : Pensez-vous que vous iriez voir plus facilement des femmes médecins que des hommes pour parler de la ménopause ?

Martine : Oui. On peut parler plus librement avec des femmes. Même ici au niveau des médecins généralistes, la femme généraliste a plus de femmes. Je le ressens comme ça.

AB : Avez-vous d'autre chose à ajouter sur la ménopause ?

Martine : Non.

AB : Merci.

Entretien avec Christiane (durée=44 min)

Age : 63 ans

Situation familiale : mariée, sans enfant

Profession : assistante de direction

Age ménopause : 55-56 ans

Prise de THM : Oui de 55 à 58 ans, interrompu car SCA avec pose de stent.
Suivi gynécologique par un gynécologue pendant des années puis MT depuis 3-4 ans

AB : Que signifie pour vous la ménopause ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

Christiane : La fin de la féminité (*rire*), c'est vraiment ma féminité. En même temps, j'étais contente de ne plus avoir de règle car j'ai toujours trouvé ça pénible et désagréable. Je me sentais toujours sale, je me lavais 36 fois par jour, j'avais toujours peur de faire des dégâts. C'était vraiment des périodes difficiles à vivre quand ça m'arrivait. A la ménopause je me suis sentie vieillir.

AB : Par rapport à vous-même ou par rapport aux autres ?

Christiane : Non par rapport à moi-même. Je me suis mise à grossir. J'ai jamais été très menue mais une fois la ménopause, je grossissais à vue d'œil en faisant les mêmes choses, plus les bouffées de chaleur, je vis tout le temps les fenêtres ouvertes. Et puis aussi par rapport aux relations sexuelles, j'en ai beaucoup moins envie. Depuis la ménopause, vraiment, ça a changé ma vie.

AB : Il y a une sécheresse (*fin de question interrompue par Christiane*)

Christiane : Ah oui c'est très nette. Les relations sexuelles ne me sont plus agréables voir douloureuses quelque fois.

AB : ça a changé votre vie de couple ?

Christiane : Oui heureusement que j'ai un mari pas trop porté la dessus, qui me fiche la paix, quand je lui dis non c'est non. Bon mais ça a changé ma vie à ce niveau-là.

AB : Vous en avez discuté avec lui ?

Christiane : Oui j'en ai discuté, il ne comprend pas trop, il dit que ce n'est pas normal, que c'est dans la tête. Bon maintenant c'est comme ça, c'est un fait acquis, j'ai beaucoup moins de désir. Je m'occupe plus de lui que de moi et moi ça ne me préoccupe plus du tout. C'est vraiment depuis la ménopause. Et puis aussi peut-être parce que j'ai grossit, que je n'aime plus mon corps, que je ne le trouve plus désirable donc ça a changé beaucoup de choses. Puis il y a aussi quelque chose de très important c'est que depuis que j'ai été opéré des seins, j'ai eu une réduction mammaire, je n'ai plus du tous les mêmes sensations. C'est vrai que mon mari ça ne l'a pas gêné mais moi ça a tout changé.

AB : Par rapport à vous-même ?

Christiane : Oui par les sens on ressent beaucoup de choses et là rien.

AB : Par rapport à ce problème de relations intimes en avez-vous parlé ?

Christiane : Oui à mon MT qui m'a donné des crèmes, tout un tas de choses. Elle m'a aussi donné les coordonnées d'un confrère mais je ne l'ai pas encore contacté, il faudrait que je le fasse mais je le fais à reculons.

AB : Par peur des traitements ou ? (*interrompue par patiente*)

Christiane : C'est surtout ce qu'elle va me faire car je ne supporte plus qu'on me touche maintenant à cet endroit-là. Même la dernière fois où on m'a mis un spéculum j'ai eu très mal, même le plus petit soit-il et c'est cela qui me fait reculer.

AB : ça ne vous gêne pas d'en parler ?

Christiane : Ah non je n'ai aucune pudeur à ce niveau-là. C'est cela qui est surprenant car quand j'étais jeune, j'étais quelqu'un de très libérée au niveau sexuel, au niveau de tout, je parlais de cela très facilement mais maintenant j'ai presque honte de ce que je suis devenue donc c'est devenu tabou.

AB : Vous en parlez autour de vous ?

Christiane : Très peu, très très peu.

AB : Vous vous sentez isolée ?

Christiane : Oui je pense qu'il y a d'autres femmes qui ne doivent rien dire. En plus, j'ai des amies qui sont veuves donc je me dis qu'on est presque dans la même situation. Pas tout à fait car j'ai beaucoup de tendresse de la part de mon mari et même s'il lui arrivait qu'il me trompe, à la limite, je crois que je ne lui en voudrais pas tellement car c'est normal. A la rigueur, si c'est juste pour le plaisir sexuel pourquoi pas, je lui souhaiterais presque même si ça me ferait de la peine.

AB : ça a changé dans votre vie intime et dans votre vie professionnelle, dans votre entourage ?

Christiane : Non dans ma vie professionnelle je n'avais pas encore ce problème. Après la ménopause, vers 55 ans, j'ai quitté mon travail à 57 ans, je n'avais pas encore de souci pour avoir des relations sexuelles. C'est après mon problème cardiaque, ce n'est pas tout de suite le lien avec la ménopause. J'avais moins de désir ça c'est un fait mais c'est vraiment après mon problème cardiaque que là il n'y avait plus de pénétration possible. C'était trop douloureux. Je crois que c'est à l'arrêt de mon THM suite à mon problème cardiaque.

AB : Qu'est-ce que le THM a représenté pour vous ?

Christiane : ça c'est fait avec ma gynécologue. C'était une dame formidable. Je parlais avec elle comme si c'était ma mère, elle m'a suivie pendant des années.

AB : Avant d'être ménopausée, saviez-vous ce que c'était ? En aviez-vous déjà parlé ? Avec votre mère par exemple ?

Christiane : Ah non avec ma mère non. On ne parlait jamais de ces choses-là. Avec ma mère non. On est une famille d'origine Sicilienne donc on restait très pudique surtout sur ce qui était physique. Je n'ai ni parlé ménopause ni sexualité avec ma famille. Je vois mes sœurs avec leur fille, elles en parlent, il y a beaucoup d'amour. Moi je n'ai pas connu tout ça.

AB : La ménopause, c'est la gynécologue qui vous en a parlé ?

Christiane : Oui elle m'en a parlé avant que cela n'arrive car je commençais à avoir des règles de plus en plus rares donc elle m'a donné des comprimés pour que ça arrive mieux et que j'ai moins mal aux seins car j'avais une sensibilité extrême des seins. Avec ces médicaments c'était beaucoup plus supportable.

AB : vous en aviez-entendu parler de la ménopause ?

Christiane : Je n'y pensais pas plus que cela. Je savais que c'était l'arrêt des règles et le début des bouffées de chaleur car j'ai une sœur aînée qui en a beaucoup souffert et le fait de ne plus avoir d'enfant. Moi je me suis mariée à 44 ans et mon mari en désirait vraiment un. Je me suis dit c'est le moment avec un homme que j'aime et puis cela ne s'est pas fait. Mais je n'ai pas voulu suivre de traitement pour m'aider à avoir un enfant et mon mari m'a dit cela sera naturel ou rien du tout.

AB : qu'est-ce que représente le THM pour vous ?

Christiane : Sans penser à tout ce qu'on peut entendre sur le cancer et tout ça, pour moi, ça représentait un bien-être total car pendant que j'avais ce traitement j'ai pu avoir encore une sexualité normale, j'ai quand même moins souffert des bouffées de chaleur, j'étais redevenue « normale ».

AB : Vous vous voyez comme anormale ?

Christiane : Plus trop maintenant car à 63 ans je m'en fiche un peu mais ce que je ne trouve pas normal chez moi c'est ce surpoids (*rire*), après le reste maintenant ça m'est un peu indifférent.

AB : Y-a-t-il eu des inconvénients par rapport au THM ?

Christiane : Non je le supportais plutôt bien.

AB : Par rapport à la polémique concernant le cancer du sein, cela vous avez perturbé ?

Christiane : Non parce qu'on en parlait beaucoup avec ma gynécologue et puis comme elle me disait que par rapport aux femmes des Etats-Unis, je ne sais plus trop ce qu'elle m'avait dit mais que je n'avais pas à m'inquiéter.

AB : Vous lui faisiez confiance ?

Christiane : Oui je lui faisais totalement confiance. On parlait très librement. J'ai eu beaucoup de gynéco homme mais quand j'ai eu cette femme ça a vraiment été une ouverture pour moi, je n'avais plus aucune gêne.

AB : Parce qu'avec les hommes ?

Christiane : Ben je les ai connus quand ça allait bien.

AB : Votre dernière mammographie date de quand ?

Christiane : Il y a 3 semaines.

AB : Vous savez à partir de quel âge vous avez commencé à les faire ?

Christiane : Déjà je reçois depuis longtemps la mammographie à faire par la sécurité sociale et la gynécologue me faisait faire mammo et FCV tous les 2 ans.

AB : Depuis votre ménopause votre suivi a-t-il changé ?

Christiane : Non non non.

AB : Vous savez à quoi servent la mammographie et le FCV ?

Christiane : Oui par rapport aux cancers.

AB : Quand vous avez été ménopausée, est-ce que cela vous a paru naturel de continuer le suivi ?

Christiane : Ah oui je ne suis pas spécialement hypocondriaque mais j'aime bien que tout soit clean.

AB : Et c'est la gynéco qui vous a proposé les examens ou c'est depuis la sécurité sociale ?

Christiane : Non je faisais les mammo avant et maintenant c'est par la sécurité sociale.

AB : Vous n'en faites pas en plus ?

Christiane : Non je les fais tous les 2 ans par la sécurité sociale.

AB : Savez-vous de quel âge à quel âge est-il conseillé de faire les mammo et les FCV ?

Christiane : La mammo j'ai entendu jusqu'à 67 ans un peu près et puis le FCV tous les 2 ans jusqu'à, mais ça devient difficile pour moi mais j'aimerais bien les faire jusqu'au bout, je ne sais pas comment je vais faire.

AB : vous-a-t-on proposé d'autre examen depuis votre ménopause ?

Christiane : Oui l'examen pour les os

AB : L'ostéodensitométrie ?

Christiane : Oui et des examens hormonaux. Je crois que j'avais une bonne gynécologue.

AB : Avez-vous toujours abordé le sujet facilement ? C'est la gynécologue ? C'est vous ?

Christiane : Ben c'est elle tous les ans qui me disait on recommence depuis le début : vous êtes venus depuis tel année, tout l'historique et puis elle me disait, il va falloir faire ça ou ça. J'étais vraiment tranquille.

AB : Que représente le suivi préventif pour vous ?

Christiane : Par rapport aux cancers ?

AB : Par rapport à la ménopause ?

Christiane : Ben c'est important car quand on commence à avoir des règles irrégulières, on commence à être mal donc c'est important d'avoir un suivi pré-ménopause et parce que déjà ça a amélioré les choses. Moi je trouve que c'est très bien.

AB : Il n'y a pas eu avant/après ménopause par rapport à votre suivi ?

Christiane : Non.

AB : Pensez-vous que les femmes ménopausées prenant un THM se font plus facilement suivre ?

Christiane : Non je pense que les femmes qui suivent un THM tant qu'elles peuvent le suivre le font mais il y a des femmes qui ne supportent aucun traitement comme ma sœur refuse tout traitement y compris ceux pour la ménopause. Moi j'ai essayé des produits naturels à base de soja quand je ne prenais plus de traitement mais ça ne me faisait rien.

AB : Est-ce que pour vous la discussion autour de la ménopause, dans une consultation (MT ou gynécologue) a été facilement abordée par vous ou par les médecins ?

Christiane : ça se passe très facilement, je n'avais pas de tabou, c'était un échange.

AB : Et votre MT ?

Christiane : Oui je lui ai dit que j'étais suivie et que je désirais qu'elle me suive maintenant.

AB : Pensez-vous avoir été assez informé sur la ménopause (suivi, symptômes, ...) ?

Christiane : Sur la sexualité, on ne m'en a pas assez parlé. C'est moi qui est abordé le sujet car ça devenait douloureux. On m'a dit c'est normal, il faut mettre du gel mais même avec le gel.

AB : On ne vous a pas posé la question directement sur la sexualité ?

Christiane : Non. C'est à chaque fois moi qui en ai parlé.

AB : vous auriez aimé qu'on l'évoque ?

Christiane : Oh oui. Je pense que ce serait normal pour que les femmes sachent ce qui les attend. J'ai souvent vu dans la table de nuit de ma maman des ovules, je lui demandais à quoi cela servait et elle me disait oh c'est pour lubrifier. Je pensais que c'était pour son plaisir à elle et pas pour la sécheresse vaginale liée à la ménopause.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer l'information ? Par quels moyens ?

Christiane : Oh oui par le MT, par le gynécologue et peut-être pourquoi pas par la publicité puisqu'on fait des pubs pour les couches, les fuites urinaires etc...

AB : Avez-vous cherché à vous renseigner ?

Christiane : Non je préfère parler directement au médecin.

AB : Que penseriez-vous d'une consultation dédiée à la ménopause pour ne parler que de ça ?

Christiane : Ah ben oui. Je trouverais ça normal que les femmes à partir de 50-55 ans puissent en parler.

AB : Eventuellement pris en charge par la sécurité sociale en envoyant un papier comme pour les mammographies ?

Christiane : Ah oui bien sûr ce serait tout à fait une très bonne idée.

AB : Trouvez-vous que les médecins vous informent suffisamment, abordent de manière facile le sujet ?

Christiane : Non le médecin vous en parle que si vous en parlez.

AB : Vous aimeriez qu'il y ait une démarche de leur part ?

Christiane : Oui mais maintenant ils n'ont pas le temps. Je vois je passe déjà une heure après l'heure de mon RDV et je pense qu'ils n'ont pas le temps donc on discute du motif pourquoi on vient uniquement. Je pense qu'on en parlera que si j'en parle. Ce serait bien qu'il y ait plus de communication sur ces choses-là pour les autres femmes.

AB : Que pensez-vous des courriers adressés par la sécurité sociale ?

Christiane : Ah oui je trouve cela bien car je pense qu'au bout d'un moment on laisserait tomber.

AB : Si on faisait pareil avec les FCV qu'en penseriez-vous ?

Christiane : Ah oui car je connais plein de femmes qui ne se préoccupent plus de cela.

AB : Donc plus d'informations de manière générale ?

Christiane : Oui surtout chez les personnes âgées car elles ne se préoccupent plus de ça, elles considèrent que la porte est fermée et c'est ce qui me fait peur avec mon problème car je ne veux pas fermer la porte.

Entretien avec Monique (durée=30 min)

Age : 65ans

Situation familiale : Mariée, 2 enfants (42 ans et 39 ans)

Profession : travaillait avec son mari, elle faisait la comptabilité et l'administratif de son travail

Age ménopause : entre 48 et 50 ans

Prise de THM : oui pendant une dizaine d'années et c'est au moment de la polémique où mon gynécologue m'a laissé la possibilité de choisir et j'ai choisis d'arrêter. Je me suis très bien portée sans et pendant ces 10 ans j'étais vraiment bien.

Suivi gynécologique : avec un gynécologue tous les 6 mois et maintenant plus de gynécologue car j'en ai vu un à 60 ans qui m'a dit que ce n'était plus la peine de vomir, qu'à partir de 60 ans on ne faisait plus de frottis. J'ai mon MT qui me palpe les seins.

AB : Que représente pour vous la ménopause ?

Monique : De ne plus avoir de règles je trouvais ça superbe car pendant 3 ou 4 ans j'ai eu des règles hémorragiques en perdant des caillots de sang, c'était vraiment désagréable. Du jour où ça s'est arrêté, j'avais un peu de bouffées de chaleur donc j'ai vu mon gynéco qui m'a dit on va vous donner des hormones et du jour où j'ai pris ces hormones, plus de règles, plus de bouffées de chaleur, un peu de déprime par contre. J'ai perdu le sommeil à la ménopause par contre. Je dors par phase alors qu'avant je dormais très bien. Pour moi de ne plus pouvoir avoir d'enfants ce n'était pas une gêne. Au niveau féminin, ça n'a rien changé.

AB : Au niveau des relations professionnels, de l'entourage, y-a-t-il eu des changements ?

Monique : Oh non pas du tout. Déjà je n'en parlais pas, ça ne regardait personne à part mon mari et moi et je n'ai pas senti de changement.

AB : Et avec votre mari ?

Monique : Non pas de changement, c'est plus depuis 5-6 ans où il y a une sécheresse vaginale au moment des rapports. Un des seuls désagréments pour moi car avec le THM je n'avais pas de bouffées ni à l'arrêt du THM.

AB : Pas de changements par rapport à votre ménopause ?

Monique : Non aucun alors que moi je m'imaginai que c'était terrible car ma mère avait des bouffées de chaleur la pauvre et moi je n'ai jamais eu ça.

AB : Aviez-vous parlé de la ménopause avant d'y être ?

Monique : Oui avec ma mère car elle m'avait dit que c'était très embêtant.

AB : En parlez-vous entre amies ?

Monique : oui, elles ont toutes les mêmes symptômes ce n'est pas tabou. Elles ont eu les bouffées de chaleur mais elles n'ont pas voulu de THM tandis que moi j'en ai voulu. Mon gynéco me l'a proposé, j'ai trouvé que c'était bien. Je ne me suis pas posé de questions si c'était cancérigène ou pas.

AB : C'est votre gynéco qui vous l'a proposé ?

Monique : Oui, il me l'a proposé mais il m'a dit c'est comme vous voulez donc j'ai cherché quels étaient les avantages et les inconvénients et je trouvais qu'il y avait plus d'avantages.

AB : Qu'est-ce qu'a représenté le THM pour vous ?

Monique : Oh ben à me sentir rudement bien. De ne plus avoir de règles et à être tranquille. De ne pas avoir de symptôme.

AB : L'arrêt du THM s'est fait comment ?

Monique : Au moment de mon renouvellement, tous les 6 mois, il m'a dit il faut que je vous parle. Vous avez entendu parler à la télévision, là, je fais choisir à mes patientes, qu'est-ce que vous voulez ? Ben j'ai dit on va essayer sans pendant 6 mois et je vais bien voir. J'ai arrêté et là c'était comme avant. Aucun symptôme. Il me demandait toujours on continue, on arrête et comme je me sentais bien avec je continuais. J'ai arrêté au moment de la polémique à la télévision.

AB : Votre dernière mammographie date de quand ?

Monique : De l'année dernière. J'en fais une systématiquement tous les 2 ans.

AB : Par quel biais ?

Monique : Maintenant c'est par la sécurité sociale qui me convoque mais avant mon gynéco me les faisait faire systématiquement tous les 2 ans et le FCV tous les ans.

AB : Savez-vous à quel rythme, il est conseillé de faire les mammographies ?

Monique : Il m'avait dit tous les 2 ou 3 ans car j'avais des mastoses.

AB : Savez-vous jusqu'à quel âge il est recommandé de les faire ?

Monique : je crois que la sécurité sociale conseille jusqu'à 72 ans mais je crois que je les ferais toujours après.

AB : Et votre dernier FCV ?

Monique : C'était vers 60 ans car le gynéco que j'ai vu m'a dit que ce n'était plus la peine de les faire.

AB : Connaissez-vous le délai recommandé entre 2 FCV ?

Monique : Tous les ans.

AB : Depuis l'arrêt du THM, avez-vous changé votre rythme de consultation chez le gynécologue ?

Monique : J'y vais tous les ans et plus tous les 6 mois.

AB : Et avant d'être ménopausée, y alliez-vous régulièrement ?

Monique : Oui car la contraception par la pilule, ils ne vous la donnent que pour 6 mois.

AB : Il n'y a pas eu de changement de suivi depuis votre ménopause ?

Monique : Ah non je préfère prévenir que guérir moi.

AB : Savez-vous à quoi servent les mammographies et les FCV ?
 Monique : Oui, pour savoir si on n'a pas le cancer mais je crois que pour le cancer de l'utérus c'est plus chez les jeunes.
 AB : Est-ce que les examens vous ont posé des problèmes, des obstacles ?
 Monique : Non pas du tout.
 AB : Est-ce qu'on vous a proposé d'autre examen ?
 Monique : Non.
 AB : Des ostéodensitométries ?
 Monique : Oui tous les 2 ans mais pas depuis le début de ma ménopause.
 AB : Pas d'autre examen ?
 Monique : Non.
 AB : Abordez-vous facilement le sujet de la ménopause avec votre MT ou votre gynécologue ?
 Monique : Ah oui ce n'est pas un problème pour moi.
 AB : C'est le médecin qui a abordé le sujet de la ménopause ? C'est vous ?
 Monique : C'est lui quand j'ai commencé à avoir des règles hémorragiques. Il m'a dit, c'est les prémisses, vous êtes en pré-ménopause. C'est là qu'il m'a dit quand vous aurez plus de règles, je pourrais vous proposer un THM.
 AB : Vous étiez-vous renseigné au sujet de la ménopause avant d'être ménopausée ?
 Monique : J'étais un peu au courant et j'ai des amies plus âgées donc quand on se retrouvait entre femmes on en parlait.
 AB : Et au niveau sexualité, vous avez abordé le sujet ou vous auriez aimé qu'on aborde le sujet ?
 Monique : Les seules personnes avec qui j'aborde ce sujet c'est mon mari ou mon gynécologue mais sinon ce ne sont pas des choses qui se racontent.
 AB : est-ce que vous auriez aimé que le médecin aborde lui-même le sujet ?
 Monique : Non on ne me l'a pas demandé mais j'aurais préféré que ce soit le médecin qui l'aborde plutôt que moi car c'est un peu gênant.
 AB : Y-a-t-il eu des changements de représentations avant/après ménopause ?
 Monique : Ben j'avais peur par rapport à ma mère car je me suis dit si c'est ça la ménopause je préfère avoir mes règles.
 AB : pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?
 Monique : Ah ben oui ça s'est sûr parce que comme on est obligé de renouveler tous les 6 mois ben automatiquement, on va voir le gynécologue et ça je trouve ça pas mal.
 AB : Trouvez-vous que vous êtes assez informé sur la ménopause ?
 Monique : Oui mais je trouve que les jeunes sont un peu décontractées par rapport à cela, que ça arrive aux autres et pas à elle.
 AB : Trouvez-vous que vous avez été assez informé sur la ménopause, le suivi ?
 Monique : Ben non, j'allais voir mon gynécologue régulièrement, j'ai été informé normalement par lui car il était vraiment très agréable. Mais je crois que cela dépend du médecin avec qui on est.
 AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer l'information et comment ?
 Monique : Je trouve déjà qu'à la télévision, on vous parle des médicaments pour un confort quand on est en ménopause et je trouve que le généraliste pourrait en parler car certaines personnes vivent mal la ménopause, ne l'acceptent pas.
 AB : Que pensez-vous des papiers que vous recevez par la sécurité sociale pour réaliser les mammographies ?
 Monique : Quand j'ai commencé à recevoir les papiers de la sécurité sociale, le gynécologue m'a dit on attend tous les 2 ans. Je trouve ça bien du moment où je pouvais aller où je voulais pour faire mes examens.
 AB : Que penseriez-vous si vous receviez la même chose pour les FCV ?
 Monique : je trouverais ça bien.
 AB : Et si on vous proposait une consultation dédiée à la ménopause qu'en penseriez-vous ?
 Monique : Ben je trouverais ça rudement bien. Justement quand on est un peu timide et que l'on n'ose pas en parler ça serait bien.
 AB : Vous y auriez été ?
 Monique : Ah oui quand je reçois des convocations j'y vais. Je suis pour la prévention. Je pense qu'on pourrait envisager des prospectus pour informer les femmes car j'ai plein d'amies qui ne savaient pas ce qu'ils leur arrivaient.
 AB : Avez-vous d'autre chose à rajouter ?
 Monique : Au moment de la ménopause, ce que j'ai ressenti c'est une sécheresse de la peau par contre. C'est normal ça ?
 AB : oui.
 Monique : Oui.
 AB : Et au niveau du poids, je prenais 1 kg/an et j'ai du mal à les perdre. J'avais oublié de vous le dire. C'est ça qui m'a le plus déplu à la ménopause pourtant mon alimentation n'a pas changé

AB : Merci.

Interview de Marie-Yvonne (durée=29 min)

Age : 65 ans

Situation familiale : Mariée, 2 enfants (41 et 38 ans)

Profession : Vendeuse puis mère au foyer puis assistante maternelle

Age ménopause : vers 50ans environ

Prise de THM : Oui pendant 5-6 ans

Suivi gynécologique : par un gynécologue (mais le mien est parti à la retraite)

AB : que signifie pour vous la ménopause ? Que représente pour vous la ménopause ?

MY : ça m'évoque par rapport aux symptômes ou ? Pour moi, c'était gênant, comme beaucoup de personnes je pense, les inconforts : les bouffées de chaleur, les idées noires à pleurer avec des larmes, pas très bien. C'est une période que je n'ai pas très bien vécu. D'en parler avec le gynécologue et de mettre un THM ça m'a bien aidé. Ça m'a aidé à passer cette période.

AB : Est-ce que ça évoque la fin de la féminité, de ne plus avoir d'enfants ?

MY : Ah ben un peu oui. Le fait de ne plus pouvoir procréer et d'avancer dans l'âge, une étape. De ne plus avoir les règles, moi je les avais encore avec hémorragies, il y avait ça aussi, donc le gynécologue m'avait proposé un THM si je le voulais pour arrêter les règles. Ça a pas été facile à prendre comme décision, parce qu'au niveau psychologique, en soi, c'est un cap à passer, un tournant de sa vie. Le côté vieillesse. Pour moi avancer dans l'âge c'est dur et difficile à vivre.

AB : Y-a-t-il eu un changement dans votre entourage ? Dans votre vie professionnelle ?

MY : Ah non. Moi je n'ai pas ressenti de changement. C'est plus les bouffées de chaleur. Les perturbations du sommeil.

AB : La ménopause a-t-elle créé des changements dans votre vie ?

MY : Ah non. Non je n'ai pas de souvenirs.

AB : Avez-vous déjà parlé de la ménopause auparavant ? Avec votre entourage ? Les médecins ?

MY : On en parlait un petit peu. Avec mon mari j'en parlais. Moi, à l'intérieur, je commençais à ressentir que ça approchait, les hormones.

AB : Et physiquement ?

MY : J'ai pris du poids à ce moment-là. Et au niveau de la poitrine aussi. J'ai toujours eu une forte poitrine mais j'en avais davantage et le soir à être obligé de dégrafer mon soutien-gorge.

AB : Avec qui vous en parliez avant ?

MY : Avec des amies aussi mais qui étaient un peu plus jeune mais j'en parlais un peu avant et il y a quelques années avec une amie qui avait des symptômes, je lui ai dit que c'était les symptômes de la pré-ménopause.

AB : Par rapport à ce que vous pensiez avant/après ménopause y-a-t-il eu des changements de représentations ?

MY : Non puis après le fait d'être sous THM ça m'a bien aidé.

AB : Que représente pour vous le THM ?

MY : Comment vous dire ça. Ça sert pour cette période, pour tous les désagréments de la ménopause, à soulager les symptômes. Pour moi ça a bien fonctionné.

AB : Pour vous il n'y a pas eu d'inconvénients ?

MY : Non puis ce n'était pas contraignant. Au départ j'avais un THM tout en ayant mes règles puis après quelques années, on a changé de THM pour arrêter les règles mais ça ne s'est pas fait tout de suite, il fallait que ça chemine dans ma tête, que je sois prête. C'est difficile, ça y est, c'est une autre étape de sa vie. Un nouveau cap. C'est des moments difficiles même si on en parle avant mais quand ça arrive c'est différent même si on en entend parler. Moi j'ai été étonné par rapport aux idées noires car ce n'était pas mon tempérament. Moi, le THM, heureusement que je l'ai pris mais au bout de 5-6 ans c'est comme si mon corps ne le voulait plus donc j'en ai parlé avec mon gynécologue et j'avais entendu qu'il y avait un risque de cancer du sein.

AB : Vous en avez parlé avec le gynécologue ?

MY : Mais à ce moment-là on en parlait pas. Moi j'en parle avec le recul. Même après, je me suis dit que j'avais bien fait. Après ça m'a un peu perturbé avec tout ce qu'on entend.

AB : De quand date votre dernière mammographie ?

MY : C'est tout récent, juillet 2012.

AB : Vous les faites tous les combien ?

MY : tous les 2 ans.

AB : C'est le gynécologue qui vous les prescrit ?

MY : Ben moi je reçois par la sécurité sociale donc dès que je les reçois je le fais. Avant je faisais par moi-même. J'y pense quand même mais en recevant ce papier on y repense. Par une prise en charge

par la sécurité sociale, j'ai l'impression qu'il y a moins de cliché, après je pense que c'est sérieux. Le FCV je le fais régulièrement.

AB : Vous saviez qu'il fallait faire des mammographies ?

MY : Ah oui j'en fais depuis longtemps, environ 40-45 ans.

AB : Vous savez jusqu'à quel âge il est recommandé de la faire ?

MY : 70 ans un peu près je crois. Et j'en parle aussi à mes filles car je trouve qu'on entend beaucoup parler de cancer du sein chez des femmes jeunes.

AB : Les FCV vous les faites régulièrement ?

MY : Tous les 2 ans.

AB : Et vous savez jusqu'à quel âge il est recommandé ?

MY : Je crois que c'est pareil que pour la mammo non ?

AB : Non jusqu'à 65 ans.

MY : Je pensais un peu plus tard. Moi je sais que je me fais suivre.

AB : Y-a-t-il des obstacles à la réalisation des examens ?

MY : Non. Je ne dis pas qu'on y va avec joie surtout le FCV mais je suis plutôt anxieuse donc je préfère le faire.

AB : Vous-a-t-on proposé d'autres examens ?

MY : Non.

AB : Une ostéodensitométrie ?

MY : Si on en parle de ça. Je devais le faire mais je ne l'ai pas fait. C'est mon gynécologue.

AB : Vous y allez tous les combien chez votre gynécologue ?

MY : Je vais vous dire sincèrement tous les 2 ans quand je dois faire le FCV. Pour moi, je fais le FCV et la mammo, en dehors de ça, je n'en ressens pas le besoin.

AB : Et avec votre MT ou le gynécologue, avez-vous abordé facilement le sujet de la ménopause ?

MY : Non. Avec le gynécologue c'est moi qui est abordé le sujet avec les symptômes.

AB : Et votre MT vous demande si vous êtes suivie au niveau gynécologique ?

MY : Il me demande par rapport aux mammographies sinon non pas spécialement. Avec mon MT on ne parle pas de la ménopause. Il n'aborde pas le sujet et comme moi je suis suivie par un gynécologue je ne ressens pas le besoin de lui en parler.

AB : Votre suivi a-t-il changé depuis votre ménopause ?

MY : Je continue à faire les examens mais j'y vais moins régulièrement.

AB : Vous vous étiez renseigné sur la ménopause ?

MY : Chercher c'est beaucoup dire mais j'aime bien regarder les magazines, oui m'informer un petit peu. Pas internet car en plus je suis anxieuse.

AB : Pensez-vous, que s'il existait un dépistage sur le FCV avec la sécurité sociale comme pour la mammographie, vous y iriez ?

MY : Oui.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer des choses sur la ménopause ? Sur l'information ? Et comment ?

MY : Ben moi je trouve qu'on n'informe pas assez, qu'on n'en parle pas assez.

AB : Vous aimeriez des informations papiers ? Une consultation ménopause ?

MY : Oui moi je suis pour la consultation.

AB : Vous pensez qu'il y a des thèmes qu'on pourrait aborder plus facilement s'il existait une consultation « ménopause » ?

MY : Oui.

AB : Y-a-t-il des thèmes que vous auriez aimé qu'on aborde ? Auriez-vous aimé que les médecins soient plus entreprenants ?

MY : Oui tout à fait, exactement. Comme vous m'en parlez oui. Je ne vous l'aurais peut-être pas dit mais comme vous m'en parlez oui. Il faudrait que les médecins posent plus de questions. Après il ne faut pas que tout ça soit des sujets tabous et je trouve que d'en parler ça peut apporter pour la personne.

AB : Et vous homme/femme, vous avez des préférences ?

MY : Ah non pas du tout.

AB : Et avec votre mère vous en aviez parlé ?

MY : Ah non c'est un sujet qu'on n'abordait jamais. Maintenant ça a beaucoup évolué dans le bon sens et je trouve cela bien. Ça ne doit pas être tabou. Je ne sais pas si j'ai été vraiment informé mais l'information s'est faite quand j'ai été pré-ménopausée, au fur et à mesure. Je n'ai pas eu besoin qu'on m'en parle avant. Ça m'aurait peut-être plus angoissée qu'autre chose.

AB : Et bien merci. Vous avez des questions ?

MY : Non.

AB : ça n'a pas été trop dur ?

MY : Non. On stresse un petit peu. On n'a peur de ne pas être à la hauteur.

Entretien avec Sylvie (durée=15 min)

Age : 60 ans

Situation familiale : Divorcée, 4 enfants (35, 33, 27 et 25 ans)

Profession : manutentionnaire

Age ménopause : vers 53-54 ans

Prise de THM : Non

Suivi gynécologique : par un gynécologue mais non régulier

AB : Que signifie pour vous la ménopause ?

S : Pour moi, la première chose (*rire*) c'est qu'on prend de l'embonpoint, après le reste pas grand-chose.

AB : Le fait de ne plus avoir de règles, de ne plus pouvoir procréer ?

S : Non ça ne m'a rien fait du tout à mon âge. J'aurais été ménopausée à 40 ans, je pense que je n'aurais pas réagi pareil mais là pas du tout.

AB : Et par rapport à la féminité ?

S : Si justement le fait de prendre de l'estomac, du ventre, c'est cela qui me perturbe c'est tout.

AB : Et avant d'être ménopausée, pensiez-vous la même chose ?

S : Ben oui parce que c'était tard. Ce qui m'étonnait, c'est que je connaissais beaucoup de personnes qui avaient été ménopausée bien avant 50 ans et ça m'étonnait que moi non. Moi j'avais un stérilet mais au cuivre et j'avais toujours mes règles sauf à la fin et comme ils disent de venir les retirer pendant les règles c'est ça qui me « foutait » la trouille.

AB : La ménopause a-t-elle créée des changements au niveau familial, professionnel ?

S : Non.

AB : Y-a-t-il eu un regard différent sur vous ?

S : Non.

AB : Avez-vous eu des symptômes de la ménopause ?

S : Alors *eah* les symptômes je pense que c'était bien avant car j'ai commencé à beaucoup transpirer la nuit, pas de bouffées de chaleur mais des grosses suées la nuit uniquement.

AB : Rien d'autre ?

S : Non mis à part que je me lève la nuit pour faire pipi mais je ne pense pas que cela soit lié.

AB : Connaissez-vous le THM ?

S : Alors ce que c'est, à quoi cela sert pas spécialement. Je sais que la maman de mon amie a eu un cancer du sein et son médecin, à mon amie, lui a fait arrêter son traitement. Je n'en voulais pas mais cela ne m'a pas incité, sinon j'en ai entendu parler. Elle, elle prenait un comprimé, ça ça va encore mais elle devait se mettre de la crème tous les jours et ça c'est la barbe !

AB : De quand date votre dernière mammographie ?

S : 3-4 ans ça va non.

AB : Par quel biais ?

S : Je reçois le papier par la sécurité sociale.

AB : A quel rythme est-il conseillé de faire les mammographies ?

S : Ben c'est tous les 2 ans.

AB : De quel âge à quel âge ?

S : A partir de 50 ans jusqu'à 75 ans à peu près.

AB : Et votre dernier FCV ?

S : 3-4 ans pareil mais avant, ma dernière mammographie et FCV remontent à 10 ans. Je n'ai rien fait entre les deux.

AB : C'est votre gynécologue qui vous l'a fait ?

S : Oui.

AB : La ménopause a-t-elle changé votre suivi ?

S : Je faisais les examens mais quand je suis partie de ma ville pour l'île doré, comme je ne connaissais pas de médecin là-bas, j'ai arrêté mon suivi. Donc cela n'a rien à voir avec la ménopause. C'est depuis que je suis revenue ici que j'y suis allée une fois mais j'ai pris RDV par contre pour le mois prochain. C'est bien non.

AB : Et avant de partir vous alliez régulièrement chez le gynécologue ?

S : Oui tous les 3-4 ans.

AB : Vous-a-t-on proposé d'autres examens par rapport à la ménopause ?

S : Oui pour les os, que je n'ai pas encore fait d'ailleurs.

AB : Une ostéodensitométrie ?

S : Oui.

AB : Sinon rien d'autre ?

S : Non.
 AB : Votre MT vous demande-t-il si vous êtes suivie par rapport à la ménopause ?
 S : Non on n'en parle pas.
 AB : Pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?
 S : Non ça dépend plutôt du caractère.
 AB : Et pour vous qu'est-ce qui influence le suivi ?
 S : Euh je déteste les examens car quand j'attends les résultats je suis dans un état pas possible.
 AB : Ce n'est pas les examens en eux-mêmes ?
 S : Non, c'est les résultats moi. La prise de sang ça me fait le même effet.
 AB : Y-a-t-il des obstacles à la réalisation des examens ?
 S : Ah non.
 AB : La peur de savoir ?
 S : Voilà.
 AB : Pensez-vous que si vous receviez un courrier par la sécurité sociale pour réaliser le FCV vous y iriez plus facilement ?
 S : Peut-être oui.
 AB : Que pensez-vous du courrier que vous recevez pour réaliser les mammographies par la sécurité sociale ?
 S : Ben si c'est bien car on se sent obliger, on ressent un sentiment de culpabilité si on y va pas.
 AB : Y-a-t-il une discussion avec votre MT concernant la ménopause ?
 S : Non.
 AB : Avez-vous fait la démarche de lui en parler ?
 S : Non car je n'ai pas ressenti le besoin de lui en parler.
 AB : Auriez-vous aimé qu'il aborde le sujet ?
 S : Non chacun son truc. Il n'est pas gynéco, s'il doit s'occuper des problèmes de pieds, des problèmes gynéco etc... Je pense que c'est à nous de faire la démarche.
 AB : Trouvez-vous avoir été assez informé sur la ménopause ?
 S : Ben je ne me suis pas informée. On les connaît les symptômes plus ou moins. Mais j'ai regardé sur internet car j'avais mal au ventre comme si j'allais avoir mes règles et je me demandais si c'était normal. Euh j'ai aussi des fois, pas des démangeaisons mais on sent que s'est irrité à l'intérieur, j'ai vu sur internet qu'il parlait de sécheresse.
 AB : Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer l'information, la communication par rapport à la ménopause ?
 S : Pour moi je pense que c'est à nous de faire la démarche, on n'a pas besoin d'être assisté comme cela. Si on a besoin on demande à son médecin tout simplement.
 AB : Que penseriez-vous d'une consultation dédiée à la ménopause ?
 S : Moi ça me ferait suer.
 AB : Aviez-vous parlé de la ménopause auparavant ? Avec des amis ? Votre famille ?
 S : Non. Je n'y ai même pas pensé. Je ne trouve pas que ce soit un sujet, autant la grossesse on en parle, autant la ménopause c'est naturelle.
 AB : Y-a-t-il un avant/après ménopause ?
 S : Non à part le ventre mais c'est une obsession par contre.
 AB : Merci.

Entretien avec Brigitte (durée=16 min)

Age : 53 ans et demi

Situation familiale : Mariée, 2 enfants (32ans et demi, 30 ans)

Profession : Infirmière de nuit

Age ménopause : vers 52 ans mais prenait encore la pilule mais plus de règles. Arrêt de la contraception il y a un peu plus d'un an et absence de règle.

Prise de THM : Non

Suivi gynécologique : Gynécologue

AB : Que signifie pour vous la ménopause ? Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

B : Pour moi c'est un bienfait (*rire*). Pour moi c'était bien. Cela ne m'a pas dérangé par contre, j'ai eu du mal à arrêter la pilule car c'est un passage quand même. Alors quand le gynécologue m'a dit de l'arrêter, je l'ai arrêté que 6 mois après.

AB : Par rapport au fait de ne plus avoir de règles ?

B : Je sais que l'on ne tombe pas enceinte à cet âge-là mais je n'étais pas tranquille tranquille. Il m'avait dit de faire attention pendant quelques mois, dites à votre mari de mettre des préservatifs mais ce n'est pas facile à cet âge-là.

AB : Par rapport au fait de ne plus pouvoir avoir d'enfant, cela vous a perturbé ?

B : Pas du tout. Non car j'ai eu mes enfants très jeunes et maintenant j'ai 4 petits-enfants donc ça ne m'a pas posé de problème.

AB : Est-ce que vous pensiez la même chose avant d'être ménopausée ?

B : Ah ça c'est difficile à dire car je n'y ai jamais tellement pensé. La seule chose c'est vivement que je n'ai plus mes règles et voilà car c'est embêtant quoi.

AB : Avant d'être ménopausée, vous n'y aviez pas vraiment pensé ?

B : Non j'avais surtout peur d'avoir des effets secondaires. Les premiers signes ça a été quand même vers 45 ans, mes règles se sont espacées, pendant 3 mois rien puis ça revenait et puis j'ai eu un coup au moral. Je ne pensais pas que c'était par rapport à la ménopause mais j'ai eu un petit passage à vide voilà.

AB : Pas de symptômes particuliers ?

B : Ben le sommeil je ne peux pas vous dire car comme je travaille de nuit. A part les bouffées de chaleur qui prennent la nuit, un coup j'ai chaud, un coup je suis glacée. Je fais que ça sortir les pieds du drap, les remettre dedans. Mais sinon comme je travaille de nuit, je n'ai pas un sommeil régulier mais quand je suis de repos, ce n'est pas top pour dormir.

AB : Est-ce que la ménopause a créé des changements dans votre vie familiale, professionnelle ?

B : Non.

AB : Pas de regard différent ?

B : Non je ne pense pas.

AB : Et avec votre mari ? Au niveau intime ?

B : Des fois c'est un petit peu plus dur (*rire*), c'est un petit peu désagréable, c'est un petit peu plus sec mais ce n'est pas tout le temps. Il y a des périodes où c'est plus sec que d'autre, je ne sais pas pourquoi.

AB : est-ce que vous connaissez le THM ?

B : Le gynécologue m'en a parlé, il m'en a même prescrit, un peu par rapport aux bouffées de chaleur mais je n'ai pas eu plus que ça envie d'en prendre.

AB : Pourquoi ?

B : Je prends déjà des traitements pour le cholestérol, l'HTA, donc je n'avais pas envie de rajouter des traitements en plus, j'en prends déjà assez. C'est supportable donc je n'avais pas envie d'en faire plus.

AB : Vous en avez entendu parler ?

B : Oui j'ai lu un peu dans les magazines et tout mais bon. Je n'ai pas trop de collègues qui en prennent et puis je ne sais pas si c'est d'être dans le milieu médical et qu'on a pas trop envie de se droguer mais bon non pas plus que ça.

AB : Ce n'est pas par rapport au cancer du sein ?

B : Ah non pas du tout.

AB : De quand date votre dernière mammo ?

B : L'année dernière.

AB : Par quel biais ?

B : Les premières c'était le gynécologue qui me faisait la prescription mais bon maintenant je vais le voir tous les 2 ans et maintenant c'est la caisse de maladie qui m'envoie le papier tous les 2 ans donc je le fais.

AB : A quel âge avez-vous eu votre première mammo ?

B : Je crois vers la quarantaine ?

AB : Vous avez des antécédents ?

B : Non pas directement.

AB : Savez-vous de quel âge à quel âge est-il recommandé de faire les mammo ?

B : Jusqu'à 75 ans.

AB : Et à partir de quel âge ?

B : Pour moi je sais que c'est 50 ans mais je ne sais pas à partir de quel âge c'est recommandé.

AB : Vous avez commencé plus tôt vous ?

B : Oui mais je veux dire officiellement c'est recommandé à partir de 50 ans.

AB : Et votre dernier FCV ?

B : début 2011.

AB : Savez-vous tous les combien il est recommandé de les faire ?

B : Tous les 2 ans je crois.

AB : Et de quel âge à quel âge ?

B : A par contre là je ne sais pas.

AB : de 25 à 65 ans.

B : C'est déjà pas mal.

AB : Votre suivi a-t-il changé depuis votre ménopause ?

B : Ben comme je ne prends plus la pilule j'y vais tous les 2 ans maintenant. C'est tout nouveau.

AB : Et avant ?

B : Tous les 6 mois pour la pilule.

AB : Et par rapport aux examens ?

B : ça n'a pas changé. J'ai un gynécologue très pointu là-dessus.

AB : Vous-a-t-on proposé d'autres examens ?

B : Non.

AB : Par rapport aux os ?

B : Ah oui c'est vrai j'ai passé l'année dernière un examen pour l'ostéoporose. C'est le gynécologue qui me l'a prescrit.

AB : Rien d'autre ?

B : Non j'ai mes bilans mais par rapport à mes traitements habituels.

AB : Avez-vous abordé facilement le thème de la ménopause avec votre gynécologue ? Votre MT ?

B : Oui mais bon je suis un peu dans le milieu donc je ne suis pas gênée pour aborder les choses.

AB : C'est plus lui ou vous ?

B : Ben on parle c'est une discussion ouverte. C'est un échange.

AB : Votre MT vous demande si vous êtes suivie par rapport à la ménopause ?

B : Oui il sait que je vais voir mon gynécologue, que je fais le dépistage.

AB : Avez-vous été gêné d'aborder le sujet de la ménopause ?

B : Non ça fait 20 ans que je suis suivie par le même.

AB : Pensez-vous que les femmes prenant un THM se font plus facilement suivre ?

B : Ben je pense que oui du fait du renouvellement de l'ordonnance donc elles sont un peu obligées d'y aller.

AB : Pensez-vous avoir été assez informée par rapport à la ménopause ? Par rapport aux examens ?

B : Non, je pense que c'est bien et maintenant avec internet c'est quand même plus facile pour tout le monde de se renseigner.

AB : Par quels moyens vous informez-vous ?

B : Moi je n'ai pas eu trop besoin de me renseigner. Je lis des magazines de temps en temps, pour savoir ce qui se fait, tout ça mais je n'ai pas ressenti le besoin de faire des explorations plus poussées.

AB : Par rapport aux examens de dépistage, y-a-t-il eu des obstacles ?

B : La mammographie c'est très désagréable. Le fait d'être compressée.

AB : Et le FCV ?

B : Euh non. Puis le gynécologue, il discute en même temps. Ça se fait comme s'il prenait la tension.

AB : Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer l'information sur la ménopause ?

B : Oui peut-être. Moi j'ai des collègues qui n'y vont pas, elles estiment qu'elles n'en ont pas besoin, elles ont peut-être la trouille aussi, ça arrive.

AB : Si on envoyait une feuille pour le FCV comme ce qui est fait pour la mammographie, qu'en penseriez-vous ?

B : ça serait pas mal, comme on reçoit pour le dépistage du cancer colorectal à 50 ans, oui pourquoi pas ça serait pas plus mal.

AB : Auriez-vous aimé une consultation dédiée à la ménopause avec votre gynécologue ou votre MT ?

B : Oui ça serait pas mal car il y a quand même des femmes qui n'osent pas parler à leur gynécologue, à leur médecin donc peut-être oui ça serait bien.

AB : En aviez-vous parlé autour de vous de la ménopause ?

B : Oui avec mes amies quand j'ai eu mes premiers signes. J'ai une amie c'était pareil, elle avait des phases de déprime, puis ça allait mieux, puis déprime.

AB : Et avec votre mère ?

B : Alors avec ma mère. Ma mère je ne peux pas parler avec elle, elle a la maladie d'Alzheimer donc le sujet est limité. Mais c'est quelqu'un depuis que je suis toute petite qui a toujours tout expliqué donc les règles et tout ça, il n'y avait pas de tabou. Elle nous a expliqué tout le cycle, la pilule, la ménopause, du temps où elle pouvait parler.

AB : Donc pour vous, globalement, la ménopause s'est bien passée ?

B : Oui voilà, maintenant ça va mieux que la pré-ménopause on va dire, parce que j'ai quand même passé des caps durs.

AB : Donc pour vous c'est quand même un cap dans la vie d'une femme ?

B : Ah oui c'est sûr mais je n'ai pas d'obsessions par rapport à cela.

AB : Vous n'en parlez pas spécialement avec votre sœur ?

B : Non ce n'est pas un sujet de prédilection. Mais c'est vrai que c'est encore un tabou pour beaucoup de femmes.

AB : Avez-vous des choses à rajouter sur la ménopause ?

B : Je voulais vous poser une question est-ce que le rapport entre le début des règles et la fin des règles est lié ? Est-ce que les gens qui ont des règles très jeunes auront une ménopause précoce ?

AB : Non pas systématiquement mais il y a un facteur génétique.

B : Merci.

AB : Merci à vous.

Entretien avec Nicole (durée=61 min)

Age : 53 ans

Situation familiale : divorcée, célibataire, 1 enfant (33 ans)

Profession :

Age ménopause : 51 ans

N : En fait, le début des problèmes a commencé vers 50 ans. J'ai eu des règles régulières mais très peu (1-2 jours) puis j'ai eu des règles irrégulières 2 fois/mois, un peu plus abondantes. J'ai commencé à prendre conscience que quelque chose changeait. Lorsque je sortais faire des courses, ça partait tout seul en hémorragie. Je suis restée avec ça pendant presque un an mais j'ai consulté on m'a dit c'est normal c'est la pré-ménopause jusqu'à ce que je consulte un second médecin qui m'a dit oui effectivement il doit y avoir autre chose. Et au niveau des ovaires j'avais des kystes et il m'a dit on va voir. J'ai consulté un autre médecin qui m'a dit on devrait attendre la ménopause mais là il y a des choses qu'il ne va pas falloir garder. Il m'a dit est-ce que vous voulez encore des enfants. J'ai dit non et il m'a dit ce qu'il serait bien c'est de faire une hystérectomie et les ovaires etc... Ce qu'on appelle la totale. Il m'a dit même si je vous laisse 1 ovaire je risque de vous réopérer. Ça avait l'air d'être assez important et ça pouvait se traduire en cancer, il faut se dire les choses comme elles sont. Moi je n'en ai pas eu peur mais j'ai eu peur de ces hémorragies pendant des mois où j'étais fatiguée. C'était stressant.

AB : Vous avez eu l'opération quand ?

N : J'ai eu l'opération il y a 2 ans. J'avais 51 ans. Une opération qui s'est bien passée mais évidemment avec une angoisse évidente. J'ai 51 ans, je suis une femme, ils vont tout m'enlever, comment je vais réagir, est-ce que je vais pouvoir avoir les mêmes désirs, les mêmes plaisirs après, avec mes relations, des choses comme ça et on se sent un peu diminuée. Moi ça m'a quand même beaucoup travaillé, sincèrement j'ai été un peu déprimée.

AB : Plus le côté féminité ?

N : Le côté féminité, on a l'impression qu'on va nous enlever quelque chose de féminin, quelque chose pour enfanter et en même temps il ne faut pas se le cacher c'est la libido aussi, les relations sexuelles. Donc quand on enlève quelque chose comme ça dans le corps humain de la femme tout de suite on s'imagine qu'on ne sera plus une femme. J'ai été en dépression, plutôt en déprime et moi qui suis quand même forte, assez positive, on a beau dire mais on n'est pas fière et on passe un mauvais moment.

AB : ça c'était avant l'intervention ?

N : Avant l'intervention surtout, on se pose des tas de questions. On n'a plus de désir, on n'a plus envie de séduire ou d'être séduite. Ça jusqu'à la veille de l'intervention où je me suis dit comment je vais réagir après. Et bien avant, toutes les femmes à qui j'en avais parlé : oh mais ne t'inquiète pas on perd rien du tout. C'est obligé on enlève, on perd. On n'a beau me raconter n'importe quoi. Donc je me suis dit je vais me faire ma propre expérience. La chance que j'ai eu quand même c'est d'être opérée par voie basse et donc de ne pas avoir de cicatrice et je pense que ça fait la différence car se rappeler tous les jours avec la cicatrice, je pense que moralement ça joue beaucoup. Moi ça allait car à l'époque j'étais avec quelqu'un donc on en parlait bien mais je peux imaginer que cela se passe mal dans un couple, après avec la peur qu'il aille voir ailleurs et pour l'homme se dire qu'on ait tout enlevé ça doit pas être facile. Tout de suite après l'opération j'ai eu la chance ou la malchance enfin pour moi c'était plutôt une chance, qu'on se sépare. J'ai vécu ça toute seule et je n'ai pas eu le temps de me lamenter. Par contre, je ne me suis pas reposée et du coup même encore maintenant je suis fatiguée.

AB : On vous avait expliqué la ménopause ? Le chirurgien vous en avez parlé ?

N : oui tout à fait ça allait. La ménopause, moi, à proprement dit, je n'en ai pas souffert. Pendant quelques mois, mais pas très longtemps, j'ai eu ces désagréments de la ménopause : bouffées de chaleur, pas bien, en stress, et maintenant, depuis un peu plus d'un an, j'ai eu ça 3-4 mois, plus rien. Pas de trouble de l'humeur, le sommeil, je n'ai jamais été une grosse dormeuse. Juste après l'intervention, je n'ai pas très bien dormi car je me posais beaucoup de questions notamment par rapport à la libido. On perd quelque chose quand même, on n'a pas la même libido avant et après, il faudrait être vraiment malhonnête ou être une femme exceptionnelle pour dire que rien a changé.

AB : Au niveau local, ressentez-vous une sécheresse vaginale ?

N : Au niveau sécheresse vaginale non mais je me suis plus aperçue d'une sécheresse cutanée et d'une pigmentation de la peau. Je me suis aperçue de cela. Même si je dis que je ne souffre pas de bouffées de chaleur ou autre, je souffre depuis quelque temps d'une sécheresse cutanée, elle est

moins souple et en même temps j'ai un mal être, pas de troubles de l'humeur, mais un agacement. Par moment, j'étouffe. Ce ne sont pas des bouffées de chaleur mais je sens qu'il y a quelque chose qui se passe.

AB : Le gynécologue ne vous a jamais proposé de THM ?

N : Mon premier gynécologue voulait déjà me donner à 45 ans des hormones en prévention pour éviter d'avoir une sécheresse vaginale, une sécheresse de la peau etc...

Plutôt un traitement préventif. Moi je me suis dit pourquoi je vais traiter quelque chose qui doit arriver normalement. Vous voyez je suis plus pour les choses qui doivent arriver normalement. Comment faisaient les femmes avant ? Je suis un peu simpliste mais si je dois être en ménopause et ben c'est comme ça. J'ai une sœur qui doit toujours se mettre le gel sur les bras, les cuisses, depuis longtemps, c'est catastrophique.

AB : Trouvez-vous que la ménopause a créée des changements dans votre vie familiale, professionnelle ?

N : Non pas du tout. Déjà, j'ai encore cette chance, que je ne fasse pas mon âge donc on ne pense pas à la ménopause. Quand je dis que j'ai 53 ans, généralement, on ne me croit pas donc j'ai cette chance de ne pas avoir ce regard sur moi. J'avais une collègue, la pauvre, elle était gênée, elle devenait toute rouge et elle dégoulinait, là par contre, ça peut gêner.

AB : Pensiez-vous la même chose avant d'être ménopausée ?

N : Sincèrement, je n'y pensais pas comme je ne pense pas à la retraite. Je pense plus à prendre conscience qu'il y a des choses qu'il faut que je mette en place. C'est vrai moi je comprends qu'on puisse être embêté avec ça : les symptômes, la remise en question du couple, la femme se rencontre qu'elle vieillit donc il y a toute la symbolique autour de la femme, de la séduction, de ne plus pouvoir avoir d'enfant. Là pour le coup je comprends qu'on puisse être embêtée mais il est vrai que sûrement d'autres femmes comme moi le vivent mieux car elles n'ont pas de désagréments, qu'elles ne font pas leur âge, parce qu'il faut passer par là. Après c'est chacun son vécu, sa façon de réagir, la façon de réagir du corps aussi. Moi il est clair que depuis cette opération, je ne dis pas que je n'ai pas des besoins, mais simplement je me dis ça ne se fait pas pour le moment, ce n'est pas grave, ça ne me gêne pas alors qu'avant j'aurais plus été dans la demande, en toute honnêteté et sincérité.

AB : Vous êtes suivie par un gynécologue ? Un Médecin généraliste ?

N : Oui je suis suivie par un gynécologue et l'intervention c'était à Auxerre car ma sœur travaillait à l'hôpital d'Auxerre. Mais là il faut que je reprenne un RDV car effectivement j'ai eu une relation il n'y a pas très longtemps et je n'ai pas pu faire l'amour, au niveau physique, car ça m'a fait très très mal et je n'ai pas pu continuer donc j'ai l'impression d'avoir un problème. Est-ce qu'il s'est passé quelque chose car j'ai passé plusieurs mois sans faire l'amour. Et là j'ai dit qu'est-ce qui se passe, est-ce que c'est moi qui bloque, mais j'ai eu vraiment très très mal donc il faut que je consulte.

AB : Etiez-vous suivie régulièrement avant votre intervention ?

N : Oui à peu près 2 fois/an.

AB : Et depuis l'intervention ?

N : J'ai reconsulté 2 fois après l'intervention dans les suites car on a besoin d'être rassurée et depuis je n'y suis pas allée. Et là je vais y aller car j'ai ce problème-là.

AB : Et qu'est-ce que le gynécologue vous a dit par rapport au FCV ?

N : Ah ben il ne m'a rien dit je ne sais pas mais il m'a dit qu'il avait tout enlevé.

AB : Et le dernier FCV avant l'intervention ?

N : Le dernier c'était avant l'intervention justement.

AB : Et vous le faisiez tous les combien ?

N : 1 à 2 fois par an.

AB : Vous connaissez le rythme conseillé ?

N : Je ne le connais pas du tout.

AB : Tous les 2 à 3 ans. Et de quel âge à quel âge ?

N : Je ne sais pas du tout.

AB : de 25 à 65 ans. Et au niveau des seins vous faites des examens ?

N : Oui j'ai fait une mammo il n'y a pas très longtemps.

AB : C'était il y a combien de temps ?

N : C'était il y a bien 2 ans.

AB : Et vous en faites tous les combien ?

N : J'en ai fait une seule dans ma vie d'ailleurs. C'est ma sœur qui m'a dit qu'elle avait fait sa mammo et je me suis dit il va falloir que je la fasse.

AB : Savez-vous tous les combien elle est conseillée ?

N : J'aurais tendance à dire tous les 2 à 3 ans.

AB : Tous les 2 ans. Et savez-vous de quel âge à quel âge ?

N : A partir de 50 ans et après jusqu'à je ne sais pas.

AB : Par quel biais avez-vous fait la mammo ?

N : C'est le gynécologue qui m'en avait prescrit et la toute dernière c'est la sécurité sociale donc en fait j'en ai fait 2.

AB : Vous trouvez ça bien de recevoir les papiers de la sécurité sociale ?

N : Je trouve que oui quand même et ils le font pour autre chose et je trouve cela bien. J'aurais eu tendance, il y a quelque temps, à dire oh bon parce que je ne m'écoute pas mais je crois qu'il ne faut pas être non plus inconsciente et j'ai ressorti des papiers que la sécurité sociale m'a envoyé, je me les ai bien mis en vue pour me dire il faut quand même faire attention tu as 53 ans ! (rire)

AB : Vous-a-t-on prescrit d'autres examens par rapport à la ménopause ?

N : Non.

AB : Abordez-vous facilement le sujet de la ménopause avec votre gynécologue ? Votre MT ?

N : Ah oui sans problème.

AB : Et votre MT vous demande-t-il si vous êtes suivie ?

N : Oui c'est elle qui aborde le sujet ou moi quand il y a quelque chose qui ne vas pas, j'en parle facilement. Je n'ai pas de blocage et même s'il y en a un, il vaut mieux dépasser cela parce que je pense que c'est important. La santé est importante pour soi et pour les autres.

AB : Y-a-t-il eu des obstacles à faire les examens ?

N : Il n'y a pas d'obstacle mais c'est comme les papiers c'est toujours embêtant d'aller faire les examens et d'aller chez le médecin. Si je pouvais dire venez tous à la maison et faire tous les examens en 1 seule fois ça m'irez bien. Il faut le faire.

AB : Trouvez-vous avoir été bien informée sur la ménopause ?

N : Je pense que j'ai été bien informée, la seule chose c'est que je pense qu'on a soit même une démarche à faire et si on n'est pas informé, qu'on n'a pas les réponses, c'est qu'on n'a pas posé les questions. Moi c'est à partir de l'intervention où j'ai commencé à prendre conscience et à poser les questions.

AB : Où recherchez-vous les renseignements ?

N : ça m'est arrivé de regarder internet comme tout le monde fait, mais je crois que le médecin est le plus approprié à répondre aux questions car sur internet, il y a des témoignages, ça ne m'intéresse pas. Après il y a des magazines etc. Après le ressenti on l'a soit et après selon son ressenti on en parle et on apporte des solutions. Mais je crois que le mieux en référence c'est son médecin. Moi je n'ai pas de tabou, par contre, certaines femmes sont gênées et je pense que peut-être le médecin à son petit rôle au niveau psychologique à avoir et de se dire peut-être je vais en parler avec elle.

AB : Et par rapport aux examens, auriez-vous aimé avoir plus de renseignements ?

N : Moi personnellement j'ai été bien informée. Mais on sait, il faut prendre conscience qu'à partir d'un certain âge il y a des choses à faire. Même si je dis que je ne fais pas mon âge, j'ai 53 ans, j'ai la cinquantaine et je sais qu'il y a des choses à faire. Déjà ça veut dire qu'on n'a pas grandi et en prévention je pense qu'on peut éviter beaucoup de choses donc éviter les choses vu qu'on a la chance de pouvoir le faire.

AB : Que pensez-vous des courriers envoyés par la sécurité sociale pour les mammographies et que pensez-vous si on faisait la même chose pour les FCV ?

N : Très bien les courriers pour la mammographie. Alors moi je dirais que ça serait peut-être très important de le faire pour le FCV. On le fait pour le cancer du côlon. Pour le FCV ça serait pas mal. Ça fait prendre conscience.

AB : Que penseriez-vous d'une consultation proposée par la sécurité sociale pour aborder uniquement le sujet de la ménopause ?

N : Peut-être pas forcément rappeler à la personne qu'elle a 50 balais, qu'elle a la ménopause car ça va peut-être pas lui plaire donc déjà dans la formule mais peut-être faire comme des réunions avec des personnes, où c'est possible de le faire, dans un cabinet médical, 1 réunion d'information en envoyant un courrier en disant on va parler de ça ça et ça, telles personnes sont concernées. Plus un groupe de parole pour échanger. Je ne sais pas si c'est bien de le faire ou pas mais ça pourrait peut-être plus inciter certaines femmes à faire les choses. Rester un peu moins dans le truc protocolaire. Vous voulez rester jeune, grande, belle et svelte alors venez consulter. Quelque part dédramatiser, oh 50 ans, la ménopause, on est une femme et alors c'est beau d'être une femme. Pas se voiler la face mais adopter sa vie autrement. Il n'y a rien qui change, c'est juste transformer, on a 50 ans et bien bravo. C'est une nouvelle page de vie qu'on va écrire comme à 30 ans, 40 ans etc. C'est un passage. Il ne faut pas s'arrêter à la ménopause. Il faut l'accepter et plus on l'accepte vite et plus on est amène d'avancer.

AB : En avez-vous parlé autour de vous ? La famille ? Les amis ?

N : Avec la famille oui. Avec les amis aussi. Ah oui ça ne me pose pas de problème.

AB : Pensez-vous qu'on pourrait améliorer certaines choses sur la ménopause ?

N : Ben sur les traitements je pense qu'il y a pas mal de choses. Concernant l'information c'est de ne pas faire comme si la femme ménopausée est finie. Il faut dédramatiser les choses. C'est drôle on fait toujours ça pour les femmes mais pas pour les hommes, les hommes aussi ont leur soucis.

Faire les examens ok, la mammo ok, le cancer du côlon ok. Alors la mammo, la ménopause plus le côlon c'est à ne plus regarder la femme comme une femme glamour et tout mais qu'est-ce que c'est que ce truc donc c'est assez atroce.

Donc finalement, il y aurait peut-être quelque chose à changer sur l'approche de la ménopause, sur le message à faire passer. Faire prendre conscience aux femmes, je pense qu'elles en ont conscience mais elles vont repousser les examens, pour dire non pas 50 ans, donc faire quelque chose pour que ce ne soit pas tabou donc faire des groupes de parole, di coaching, quelque chose qui soit assez léger mais en prenant les choses sérieusement bien évidemment.

AB : Avez-vous d'autre chose à rajouter sur le sujet ?

N : Ben mis à part que les femmes acceptent d'avoir 50 Ans, qu'elles continuent de se pouponner !

AB : Merci.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université Paris VII
Le Professeur LUTON

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Pr. DOMINIQUE LUTON 3
Date 09/09/2013 Chef de service
Service Maternité - Obstétrique
Chirurgie Gynécologique
HÔPITAL DEAUJON
100 Bd du Général LECLERC
92110 CLICHY
Tél. : 01 40 87 52 51

le 09/09/2013

09 SEP. 2013

PROFESSEUR BRUNO LÉPOUTRE
2 RUE LACEPÈDE Conventionné
93800 EPINAY SUR SEINE
93 1 02440 9

0	1	11	0
CAH	CONV	ZB	IR

Tél. : 01.42.35.36.36

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen
Benoît SCHLEMMER

<u>Année</u> : 2013
<u>Auteur</u> : Baligout Aurélie
<u>Président de thèse</u> : Pr Luton Dominique <u>Directeur de thèse</u> : Pr Lepoutre Bruno
<p><u>Titre de la thèse</u> : Les femmes ménopausées ont-elles modifié leurs attitudes vis-à-vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ?</p> <p>Etude qualitative auprès de 10 femmes ménopausées sur leurs représentations et leur suivi gynécologique depuis l'étude WHI</p> <p><u>Résumé</u> :</p> <p>Introduction :</p> <p>Avant l'étude WHI, la consultation à la ménopause était centrée sur le THM. Depuis, les ventes de THM, incitation à la consultation gynécologique, ont régulièrement déclinées. La généralisation du DO du cancer du sein en 2004, a permis une augmentation du taux de participation mais, qui reste insuffisant au taux recommandé de 70%. La réalisation des FCV est la plus faible dans la tranche d'âge de plus de 55 ans. L'objectif est d'évaluer les représentations et le suivi gynécologique des femmes ménopausées en l'absence de motif de consultations ?</p> <p>Méthode :</p> <p>Une étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de 10 femmes ménopausées du Val d'Oise.</p> <p>Résultats :</p> <p>La ménopause est un fait social certain, comportant un large panel de représentations, avec une majorité d'ambivalentes. Les femmes ménopausées espacent la périodicité de leur consultation gynécologique avec un examen clinique oublié. La mammographie, de par le DO, est relativement intégrée. On constate une méconnaissance concernant les critères de réalisation du FCV. Le principal motif de consultation est la réalisation des examens de dépistage. Cependant, ce dernier induit un espacement progressif des consultations voir un abandon. Plusieurs freins ont été dégagés concernant les examens de dépistage : l'ignorance des recommandations de périodicité des examens, le manque de temps, l'insuffisance de communication entre médecins et patientes.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Il apparaît important d'éduquer les femmes ménopausées et de créer un espace dédié à la prévention pour instaurer une relation médecin-patiente équilibrée et une prise en charge efficiente.</p>
<u>Mots clés</u> : Ménopause, dépistage, traitement hormonal ménopause, étude qualitative, médecine générale.