

Année 2016

n°

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : TOMASZEK Prénoms : Valentine Jeanne Isabelle**  
**Date et Lieu de naissance : 13/01/1989 à Chevreuse**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le : 5 juillet 2016*

\_\_\_\_\_

**Comment s'informent les femmes sur la ménopause et  
quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant  
sur le sujet ?**

Président de thèse : Professeur AUBIN AUGER Isabelle

Directeur de thèse : Docteur LAZIMI Nadine

**DES de médecine générale**

## Remerciements :

- *Au Professeur Isabelle Aubin-Auger, pour avoir accepté de présider ma thèse en sa fonction de directrice du département de médecine générale de la faculté Paris Diderot.*
- *Au Professeur Michel Wolff et au Docteur Julien Gelly, pour avoir m'avoir fait l'honneur d'accepter de lire mon travail en tant que membres de mon jury.*
- *A ma directrice de thèse, le Docteur Nadine Lazimi, sans qui la conception et la réalisation de ce sujet n'aurait pu se faire.*
- *Au Docteur André Nguyen Van Nhieu, qui a su m'encourager et me conseiller tout au long de mon travail.*
- *Aux dix huit femmes de cette étude, qui ont su prendre le temps de me répondre avec sincérité.*
- *A mes parents, qui m'ont toujours soutenu dans ce que j'ai entrepris et aimé inconditionnellement. Merci de m'avoir donnée la chance d'être médecin.*
- *A Mathilde et Julien pour leur présence, notre complicité et nos rires, mais aussi à Fanny et Antoine qui les complètent si bien.*
- *A Raphaël et Paul, qui ont su révéler mes compétences en pédiatrie et en baby-sitting.*
- *A mes amis médecins : Céline, Thibault, Marianne, Diane et David, grâce qui ces neuf années sont passées bien (trop) vite.*
- *A mes belles rencontres, Mélanie et Héloïse, sans qui mon internat aurait été nettement moins drôle.*
- *A Pauline, ma plus fidèle amie.*
- *A mon amoureux, Nicolas, indéniable optimiste, qui sait me rendre heureuse, tout simplement.*

## Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CMS : Centre Municipal de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMO : Densité Minérale Osseuse

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FSH : Follicle Stimulating Hormone (hormone folliculo-stimulante)

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone (gonadolibérine)

HAS : Haute Autorité de Santé

HR : Hazard Ratio

HTA : HyperTension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Education de la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MeSH : Medical Subject Heading (système de nomenclature anglophone de mots-clés médicaux)

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

MWS : Million Women Study

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

UE : Unité d'Enseignement

UI : Unité Internationale

WHI : Women Health Initiative

# Sommaire

I.	Introduction.....	8
II.	Rationnel de l'étude .....	10
A.	Ménopause et société .....	10
1.	Un peu d'histoire : des descriptions peu flatteuses.....	10
2.	Les polémiques autour du Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) : les principales études.....	12
3.	Rôle des médias.....	19
B.	Définitions et clinique de la ménopause .....	20
1.	Chronologie de la ménopause.....	20
2.	Symptomatologie .....	22
3.	Diagnostic .....	27
4.	Examen clinique .....	27
5.	Traitement hormonal de la ménopause.....	29
6.	Mesures hygiéno-diététiques.....	33
C.	La formation des médecins généralistes sur la ménopause .....	34
1.	PACES : première année commune aux études de santé (ancienne PCEM1).....	34
2.	DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales (2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> année) .....	35
3.	DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales (de la 4 <sup>e</sup> à la 6 <sup>e</sup> année, anciens DCEM2 à DCEM4).....	36
4.	DES de médecine générale : internat .....	37
D.	Conclusion d'étape et objectifs .....	38
III.	Matériels et méthodes .....	39
A.	Stratégie de recherche bibliographique .....	39
B.	Type d'étude.....	39
1.	Etude qualitative .....	39
2.	Entretiens semi-dirigés.....	40
3.	Population .....	42
4.	Mode de recueil de données.....	44
C.	Méthodes d'analyse du discours.....	46
1.	Retranscription .....	46
2.	L'analyse .....	46
IV.	Résultats .....	47

A.	Caractéristiques de l'échantillon étudié.....	47
B.	La ménopause vue par les femmes.....	49
1.	Représentations .....	49
2.	« Gérer » sa ménopause .....	54
3.	Manque de communication avec les hommes.....	55
C.	Les différences de vécu .....	56
1.	En fonction de l'âge.....	56
2.	En fonction de la profession.....	56
3.	En fonction de l'origine géographique .....	57
D.	La recherche d'information.....	58
1.	Manque d'information : .....	58
2.	Moment de la recherche.....	58
3.	Type d'information recherchée.....	59
4.	Moyens d'obtention des informations.....	62
E.	Rôle du médecin traitant.....	67
1.	Qualités attendues .....	67
2.	Conscience des changements à venir.....	71
3.	La consultation idéale.....	72
4.	Suivi de la ménopause à plus long terme.....	75
F.	Propositions d'amélioration de la prise en charge : point de vue des patientes.....	77
1.	Au sein du cabinet de médecine générale .....	77
2.	En dehors du cabinet de médecine générale .....	79
3.	Différence de propositions en fonction des milieux socio-économiques .....	80
V.	Discussion.....	81
A.	L'originalité de l'étude.....	81
1.	Le sujet .....	81
2.	La population et les données recueillies .....	81
3.	Le type d'étude.....	82
B.	Les biais .....	82
1.	Liés au recrutement et au mode d'échantillonnage .....	82
2.	Liés à l'interviewer.....	82
3.	Liés aux interviewées .....	83
4.	Liés à l'analyse : biais d'interprétation.....	83
C.	Les critères de scientificité .....	83

1.	La validité interne ou crédibilité.....	84
2.	La validité externe ou transférabilité .....	84
3.	La cohérence interne ou fidélité .....	85
4.	La fiabilité ou objectivité .....	85
5.	La triangulation.....	85
D.	Discussion des principaux résultats.....	86
1.	Ambivalence des représentations de la ménopause .....	86
2.	Rôle des hommes .....	88
3.	Le gynécologue et... le médecin généraliste .....	89
4.	Rôle des médias en médecine et sur la ménopause .....	90
5.	Le médecin traitant idéal pour une consultation de ménopause .....	93
E.	Apports personnels .....	96
F.	Perspectives d'approfondissement.....	98
1.	Etudes qualitatives .....	98
2.	Autre.....	98
VI.	Conclusion .....	99
	Références bibliographiques .....	101
	Annexes .....	107
	Permis d'imprimer .....	111

## I. Introduction

La ménopause, processus physiologique inéluctable dans la vie génitale d'une femme, correspond à un arrêt définitif du fonctionnement des follicules ovariens. Apparaissant en moyenne à l'âge de 50 ans, elle est souvent précédée par des troubles climatériques qui peuvent motiver l'initiation d'un traitement adapté (1).

Commune à toutes les femmes, la ménopause est perçue différemment en fonction des civilisations et des époques. Souvent synonyme de sagesse dans les pays d'Afrique ou d'Asie, elle garde une connotation négative dans les pays occidentaux où le culte de la beauté et de la jeunesse prédomine.

Peu de travaux de recherches scientifiques y sont consacrés en comparaison à d'autres champs de la santé de la femme. A titre d'exemple, Pubmed recense seize fois plus d'articles de recherche indexés avec le MesH term « *pregnancy* » (grossesse) (779813 résultats) qu'avec celui de « *menopause* » (ménopause) (49107 résultats). Même constat en regardant de plus près les différents travaux de thèse de médecine générale : assez peu étudient la ménopause avec 614 thèses retrouvées sur le Sudoc sur ce sujet contrairement à la contraception qui en compte 1388 ou au suivi de grossesse qui en dénombre 7737.

Du fait du vieillissement de la population, la France comptera bientôt plus de dix millions de femmes ménopausées. Selon l'Insee, en 2014, l'espérance de vie des femmes françaises est de 84,7 ans (2) dont environ 12 millions ont plus de 40 ans (3) (annexe 1).

Les médias l'ont compris, et la presse féminine en particulier, il s'agit d'un sujet pouvant intéresser une part non négligeable de la population hexagonale. Entre janvier 2009 et décembre 2010, pour sa thèse en médecine générale, le Docteur Caroline VALENTIN a recensé 64 articles en lien avec la ménopause publiés dans 24 des magazines féminins les plus lus en France (4).

De plus, la révolution numérique, avec son accès facilité aux sujets médicaux, notamment via internet, change le mode d'information des patientes (5).

Selon un rapport du Ministère de la Santé et de la Protection sociale de 2004, la patientèle d'un médecin généraliste est majoritairement féminine (6), ce qui est essentiellement dû à la plus grande espérance de vie des femmes, qui sont plus nombreuses que les hommes à vivre à un âge avancé. La formation des internes en médecine générale à la faculté de Paris 7 va également dans ce sens puisqu'elle propose un séminaire de formation obligatoire sur la santé de la femme. Pendant mon internat, lors de mes stages de médecine ambulatoire, j'ai eu l'occasion d'aborder beaucoup de



sujets avec les patientes, principalement en lien avec leurs motifs de consultation. La ménopause en a rarement fait partie, que ce soit au niveau des plaintes fonctionnelles que des demandes de traitement.

Pour améliorer mes pratiques, il m'a semblé important de comprendre pourquoi les femmes viennent aussi peu voir leur médecin traitant pour aborder la ménopause, mais aussi de savoir quelles questions elles peuvent se poser et comment elles font pour y répondre.

Notre question de recherche est donc : comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant sur ce sujet?



## II. Rationnel de l'étude

### A. Ménopause et société

#### 1. Un peu d'histoire : des descriptions peu flatteuses

##### a) *A travers les temps*

Bien connu actuellement de la population générale, le terme de ménopause est pourtant récent. C'est le médecin parisien Charles Pierre Louis DE GARDANNE qui l'emploie pour la première fois en 1821 dans son livre « *avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique* ». Ce terme est construit à partir de 2 mots grecs, « *menos* » (= menstrues) et « *pausis* » (=arrêt).

Dans le langage commun à cette époque, la population parle plus volontiers « d'âge critique. »

Le mot ménopause entre dans le dictionnaire français pour la première fois en 1923 avec pour définition « *la cessation des règles, temps critique des femmes* ».

D'une façon générale, la ménopause a toujours été perçue par les médecins comme synonyme de pathologique. Différents ouvrages en font mention, comme Daniel DELANOE dans son livre « *Sexe, croyances et ménopause* » et Annick TILLIER dans son rapport « *Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins du XVIII et XIXe siècles* » (7) (8).

Dans la Grèce Antique, la femme ménopausée est considérée comme une femme âgée qui a dépassé le temps de la fécondité utile à la société, comme l'expliquent Lydie BODIOU, Pierre BRULE et Laurence PIERINI (9).

Dans la Rome Antique, les règles sont vues comme un moyen trouvé par le corps féminin d'excréter certains déchets issus de la digestion. La ménopause est source d'une accumulation de substances toxiques qu'il faut éliminer. L'utilisation de plantes dépuratives et de saignées est donc fréquente.

GALIEN (130-200 après J-C) s'inspire des quatre humeurs du corps humain d'HIPPOCRATE : la bile, le sang, l'eau et le phlegme doivent circuler correctement pour être en bonne santé. Lorsque le sang menstruel n'élimine plus les poisons issus des résidus de la digestion, il se répand dans le reste du corps et provoque la « *pléthore sanguine féminine* » (7).

Au Moyen âge, on retrouve une autre pratique conseillée par les médecins et sages-femmes de l'époque : boire de l'urine de chèvre pour provoquer le retour des règles.

Du 16<sup>e</sup> siècle à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les médecins et philosophes publient de nombreux traités sur les « *maladies des femmes* ». Jean-Baptiste JEANNET DES LONGROIS écrit en 1776 son livre « *Conseils aux femmes de quarante ans* » qui a pour but d'aider les femmes qui entrent dans l'âge critique en leur prodiguant des conseils et prescriptions hygiéniques.

Au 19<sup>e</sup> siècle, un psychiatre français (Alexandre BRIERRE DE BOISMONT) prodigue certains conseils pour éviter les désagréments liés à la ménopause : « *Aux unes il faut conseiller de s'adonner au jardinage, de bêcher la terre, de sarcler le jardin et d'arroser les fleurs ; aux autres des exercices plus actifs sont indispensables : on leur recommandera de frotter les appartements, de fendre ou de scier du bois* ».

Actuellement, la ménopause n'est plus vue comme la « *mort partielle* » de la femme annonciatrice de mort naturelle (MOREAU DE LA SARTHE, 1803). Il s'agit dorénavant d'un phénomène « normal », parfois même festif ou interprété comme un signe de sagesse en fonction des cultures.

## ***b) Dans le monde***

L'article des Docteurs LEPOUTRE, EL AMRANI et AUBIN-AUGER rappelle que la perception de la ménopause est très différente en fonction des pays ou des tribus (10).

Pour les Chinoises et les Indiennes, par exemple, la fin des années fertiles les couronne d'un nouveau statut : sagesse et maturité leur sont désormais reconnues, elles sont plus appréciées socialement. D'ailleurs, dans la majorité des langues asiatiques, aucun mot n'existe pour décrire la ménopause.

Chez certaines tribus 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 le peuple Bantou en Afrique du Sud, les femmes ménopausées ont le droit de purifier les lieux de cultes et les villages en cas d'épidémies.

Chez les Qemant, population hébraïque d'Éthiopie, les femmes peuvent, après la ménopause, entrer dans les sites sacrés et toucher les aliments rituels, alors que ceci leur est interdit auparavant du fait de leur impureté (11).

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.

A l'inverse, pour certaines tribus du Zimbabwe, le contexte de polygamie implique qu'en perdant sa capacité à procréer, les femmes ménopausées encourent le risque que leur mari ne les visitent plus et perdent leur existence sociale jusqu'à ce qu'un de leurs enfants puissent les prendre sous leur protection.

De même, en Papouasie, l'homme peut renvoyer ses « *vieilles* » épouses dans leur famille car « elles mangent et parlent trop et ne servent plus à rien ».

### **c) Citations originales**

Exemples de citations d'érudits sur la ménopause du 13<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle :

- « *On demande aussi d'où vient que les vieilles femmes à qui leurs règles ne fluent plus infectent les enfants. On répond que c'est parce que la rétention des menstrues engendre beaucoup de méchantes humeurs et qu'étant âgées, elles n'ont presque plus de chaleur naturelle pour consumer et digérer cette matière, et surtout les pauvres qui ne vivent que de viandes grossières qui y contribuent beaucoup ; celles-là sont plus venimeuses que les autres.* » (Albert LE GRAND, évêque, philosophe, chimiste et théologien, 13<sup>e</sup> siècle)
- « *Qu'est-ce alors qu'une femme ? Négligée de son époux, délaissée de ses enfants, nulle dans la société, la dévotion est son unique et dernière ressource* » (DIDEROT, philosophe et écrivain, 1772)
- « *La femme, dépouillant peu à peu ses caractères distinctifs (...), cesse, pour ainsi dire d'être femme en perdant la faculté d'être mère* ». (Théodore PETREQUIN, médecin, 1836)
- « *La femme est brusquement dépouillée de sa féminité. C'est encore jeune qu'elle perd l'attrait érotique et la fécondité d'où elle tirait la justification de son existence et ses chances de bonheur* »? » (Simone DE BEAUVOIR, philosophe et romancière, 1949)
- « *Ayant épuisé leurs ovaires, elles ont épuisé leur utilité en temps qu'être humain* ». (David REUBEN, psychiatre, 1969)

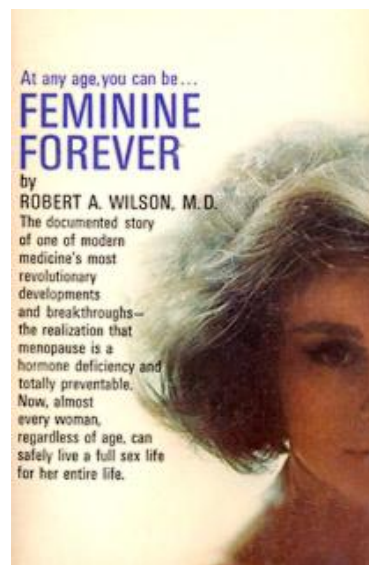
## **2. Les polémiques autour du THM : les principales études**

Un bouleversement important a eu lieu entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 suite à la réalisation de plusieurs études, permettant de changer définitivement les pratiques, notamment en terme de traitement hormonal via la publication de certains effets indésirables.

En effet, les années 1930 voient leur première prescription de traitement oestrogénique pour les femmes souffrant de bouffées de chaleur. Pendant plusieurs décennies, cette hormonothérapie devient la norme, notamment suite à la publication par le gynécologue Robert WILSON, du livre « *Feminine Forever* » en 1966, qui vante les bienfaits du traitement hormonal de la ménopause en le décrivant comme l'« *une des plus grandes révolutions biologiques dans l'histoire de la civilisation* »(12). Les ventes d'œstrogènes quadruplent les dix années suivantes.

Dans les années 70, quelques articles mettent en évidence le lien entre cancer de l'endomètre et traitement oestrogénique. Le nombre de prescription décroît alors jusqu'à la découverte de la combinaison œstrogène + progestatif qui diminue les risques de cancer de l'endomètre (3).

Une campagne publicitaire de l'industrie pharmaceutique des années 1980 vante aux femmes les bénéfices du traitement sur les risques cardiovasculaires et l'ostéoporose, les bouffées vasomotrices, les rides, l'incontinence urinaire... La combinaison hormonale est prescrite massivement, surtout aux Etats-Unis.



L'étude HERS (13)(Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) publiée en 1998 est la première à mettre en doute les bénéfices du traitement sur les événements cardiovasculaires et la méta-analyse publiée dans le Lancet en 1997 fait le lien entre le risque de survenue de cancer du sein et la prise de THM (14). Mais le réel changement en terme de traitement s'effectue suite à la publication de plusieurs études, notamment celle de la WHI et de la MWS.



**a) *La Women's Health Initiative (15)***

La Women's Health Initiative (WHI) est un programme de recherche lancé en 1991 aux Etats-Unis qui regroupe plusieurs études cliniques ayant pour but d'identifier les bénéfices et risques de différentes stratégies (médicales et diététiques) pouvant réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, des cancers du sein et du colon et des fractures chez les femmes ménopausées.

Les résultats les plus remarquables concernent l'une de ces études, qui s'intéresse particulièrement aux effets sur la santé du traitement hormonal le plus souvent utilisé aux Etats-Unis à cette période. Il s'agit d'une étude randomisée américaine, débutée en 1997, qui a recruté plus de 16000 patientes ménopausées américaines de 50 à 79 ans non hystérectomisées. Les femmes ayant bénéficié d'un traitement hormonal au préalable l'ont arrêté sur une période de 3 mois avant leur inclusion (washing-out). Leur répartition s'est faite dans 2 bras différents : prise de placebo versus prise d'œstrogène équin (0.625 mg/jour) et de medroxyprogesterone acetate (2.5 mg/jour).

Elle a été interrompue 3 ans avant sa fin théorique en raison d'un sur-risque pour les femmes prenant le traitement de développer un cancer du sein (HR=1.26, IC 95% [1.00-1.59]), mais également devant l'augmentation des événements cardiaques (HR=1.29, IC 95% [1.02-1.63]), neurovasculaires (HR= 1.41, IC 95% [1.07-1.85]) et thromboemboliques veineux (HR=2.11, IC 95% [1.58-2.82]).

Ce sur-risque concernant le cancer du sein semble augmenter avec le temps puisque les femmes du bras traitement et ayant bénéficié avant l'étude d'un traitement hormonal ont un risque nettement supérieur. Ainsi, pour une durée d'utilisation inférieure à 5 ans de traitement, le Hazard Ratio est à 1.06 (IC 95% [1.15-3.94]) alors que pour une durée de traitement entre 5 et 10 ans, c'est-à-dire chez les femmes du bras œstrogène et medroxyprogesterone acetate ayant utilisé un traitement avant inclusion dans l'essai, le hazard ratio est à 2.13 (IC 95% [1.01-21.02]).

Les effets bénéfiques retrouvés chez les femmes traitées sont en faveur d'une diminution du risque de cancer colorectal (HR=0.63, IC95% [0.43-0.92]) ainsi qu'une diminution du risque de fracture du col fémoral (HR=0.66, IC 95% [0.45-0.98]).

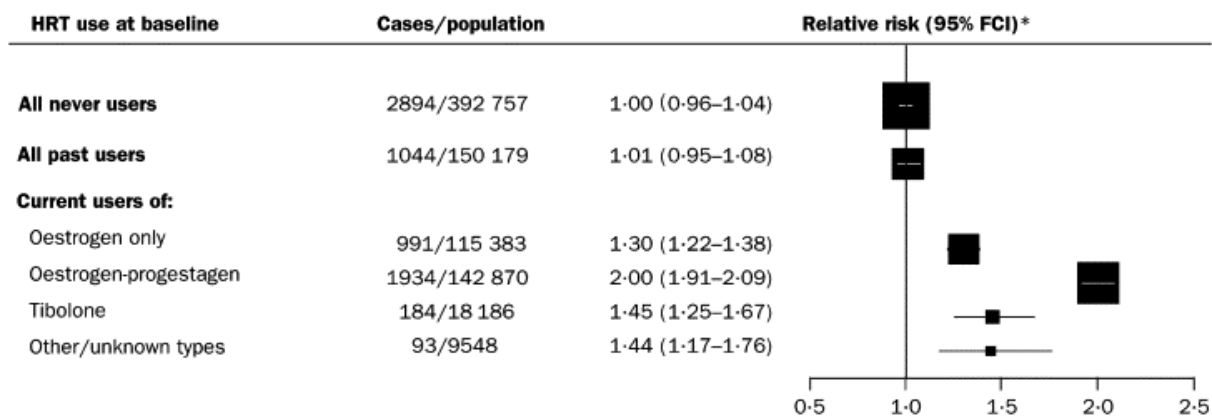
### ***b) La Million Women Study (16)***

Plus d'un million de femmes britanniques âgées de 50 à 64 ans ont été incluses dans cette étude de cohorte. Elles ont été invitées à répondre à un questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que sur leurs histoires menstruelles et leurs éventuels traitements de ménopause. Ce questionnaire leur est parvenu en même temps que leur invitation au dépistage de cancer du sein.

Cette étude a permis de retrouver des chiffres superposables à l'étude précédente. Sortie en 2003, elle montre que le risque relatif pour une femme sous traitement hormonal de développer un cancer du sein est de 1.66 (IC 95% [1.58-1.75],  $p < 0.0001$ ) et de décès lié à un cancer du sein de 1.22 (IC 95% [1.00-1.48],  $p = 0.05$ )

Ce risque augmente quelle que soit la galénique d'œstrogènes utilisée et est majoré lors de l'utilisation conjointe d'œstrogènes et de progestatifs (RR=2, IC 95% [1.88-2.12],  $p < 0.0001$ ) versus œstrogènes seuls (RR=1.30, IC 95% [1.21-1.40],  $p < 0.0001$ ).

Il n'y a pas de différence significative concernant les dosages des traitements ou leur prise en schéma séquentiel ou continu.



Risques relatifs de développer un cancer du sein en fonction du type de traitement hormonal

Le risque de développer un cancer du sein augmente avec la durée du traitement et cède à son arrêt.

L'extrapolation des résultats de cette étude vers la population britannique permet d'estimer à environ 20000 le nombre de cancers du sein imputables à la prise d'un traitement hormonal de la ménopause.

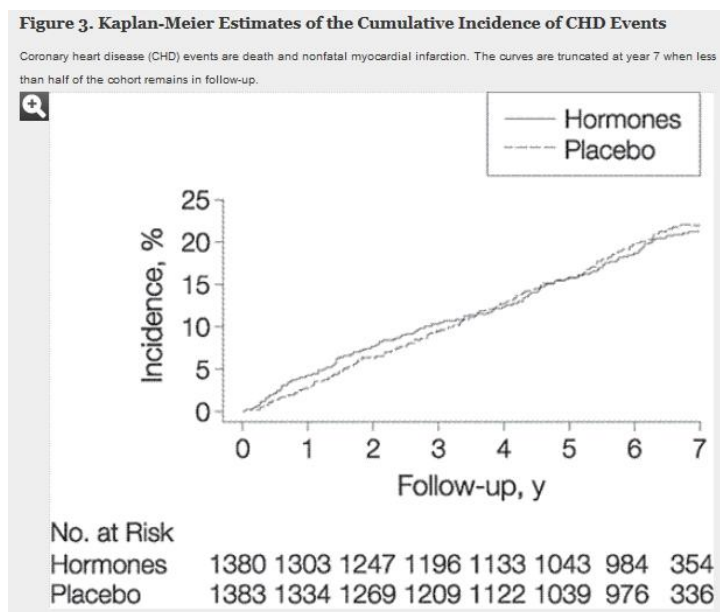
**c) Les études HERS et HERS II (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study)(13)**

L'étude HERS a pour but d'évaluer le risque de récurrence d'évènements cardiovasculaires chez les femmes ménopausées de moins de 80 ans en fonction de leur prise ou non de THM. Il s'agit d'une étude contrôlée, randomisée, en double aveugle, multicentrique, menée aux Etats-Unis.

Elle a permis de recruter 2763 femmes de 44 à 79 ans entre 1993 et 1994.

1380 d'entre elles ont reçu un traitement hormonal (0.625mg d'œstrogènes conjugués et 2.5mg de medroxyprogestérone acetate) et 1383 ont reçu un placebo. Un suivi tous les quatre mois pendant 4.1 ans a mis en évidence une augmentation du risque de récurrence d'évènements coronariens lors de la première année de traitement par rapport aux femmes non traitées (HR=1.52, IC 95% [1.01-2.29]). Ce sur-risque tend à s'inverser lors des années suivantes.





Incidence d'évènements cardiovasculaires en fonction du temps

L'étude HERS II prolonge l'étude précédente de 2.7 ans avec l'inclusion de 2321 patientes de l'étude HERS. Elle a pour but de vérifier si la baisse d'évènements coronariens suggérée par l'étude HERS au-delà de la première année de traitement se poursuit dans le temps.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre les femmes utilisatrices de traitement hormonal concernant l'apparition d'évènement cardiovasculaire comparé aux femmes sous placebo durant la poursuite de l'étude.

Au total, en comparaison avec les femmes sans traitement, la survenue d'évènements coronariens chez les femmes ménopausées ayant un antécédent cardiovasculaire est plus importante lors de la 1<sup>e</sup> année de prise de traitement. A l'inverse, ce risque s'inverse pendant les quatre années qui suivent. Au-delà de cinq ans d'utilisation, il n'y a pas de différence significative entre les femmes traitées et non traitées.

#### **d) L'Etude Epidémiologique de l'Education Nationale (E3N) (17)**

L'étude de cohorte française E3N a été réalisée auprès de 54548 femmes nées entre 1925 et 1950. Débutée en 1990, elle a pour but d'évaluer les risques de cancer du sein chez les femmes ménopausées utilisant un THM en fonction du type de progestatif utilisé et de la voie d'administration des oestrogènes.

Le risque relatif de développer un cancer du sein chez les femmes avec un traitement hormonal en comparaison avec celles sans traitement est de 1.2 (RR=1.2, IC 95% [1.1-1.4]). Ce risque augmente chez les femmes qui utilisent un œstrogène en association avec un progestatif contre celles qui utilisent des oestrogènes seuls (respectivement RR=1.3, IC 95% [1.1-1.5] et RR=1.1, IC 95% [0.8-1.6]).

En comparaison aux femmes non traitées, le sur-risque lié à l'utilisation des progestatifs dans les néoplasies mammaires est d'autant plus élevé que sont administrés des progestatifs de synthèse (RR=1.4, IC95% [1.2-1.7]) par rapport à des progestatifs micro-ionisés (RR=0.9, IC 95% [0.7-1.2]).

Il n'y a pas de différence significative entre les oestrogènes administrés par voie orale ou par voie percutanée lorsqu'ils sont associés aux progestatifs de synthèse.

#### ***e) L'étude ESTHER (18)***

Cette étude cas-témoins multicentrique française, menée entre 1999 et 2006, avait pour but d'évaluer le risque thrombo-embolique veineux en fonction du mode d'administration du traitement oestrogénique et du type de progestatif associé.

Le recrutement de 271 femmes ayant eu un épisode thrombo-embolique veineux idiopathique et de 610 femmes témoins a mis en évidence l'absence de sur-risque en cas d'utilisation d'un œstrogène percutané (OR=0.9, IC 95% [0.4 - 2.1]). L'utilisation d'un œstrogène par voie orale est en revanche responsable d'une augmentation de risque d'événements thromboemboliques veineux (OR=4, IC 95% [1.5 - 11.6]).

Concernant les progestatifs, il n'a pas été montré de majoration de risque avec les progestatifs micro-ionisés et les dérivés pregnane, contrairement aux dérivés norpregnane (norgestrol acetate ou promegestone) (OR= 3.9, IC 95% [1.5 -10.0])

#### ***f) Impact sur les pratiques françaises***

Les résultats de l'ensemble de ces études ont conduit à une réactualisation des recommandations concernant le THM en 2004 par l'HAS. Ces recommandations sont régulièrement revues et modifiées en s'adaptant aux résultats des travaux les plus récents. La dernière mise à jour date de 2014 est disponible sur le site de l'HAS et sera développée dans une autre partie de ce travail (19).

### 3. Rôle des médias

D'une façon générale, les médias traitent de très nombreuses informations en lien avec le domaine de la santé et sont de plus en plus consultés par les patients avant d'avoir recours à une consultation médicale. Ainsi, une étude Américaine de 2014 menée par BAAZEM et al, montre que 72% des personnes allant sur internet l'utilisent également pour rechercher des informations d'ordre médical. Le 15<sup>e</sup> mot clé médical le plus souvent recherché sur Google est celui de « *traitement hormonal de la ménopause* » et le 25<sup>e</sup> est celui de « *sécheresse vaginale* » (5).

En revanche, la qualité des informations reçues sur internet est assez variable, comme le montre une étude de 2004 de l'équipe de PEREZ-LOPEZ, évaluant le contenu des 100 premiers sites traitants de la ménopause apparaissant sur Google. Il semblerait que la popularité des sites internet ne soit pas corrélée à leur qualité et que les patients auraient plus confiance en des sites recommandés par leur médecin traitant (20).

Depuis les résultats de l'étude WHI, les médias et plus particulièrement la presse féminine font de la ménopause un de leur sujet de prédilection. En diffusant au grand public les résultats des études incriminant les THM, ils ont participé à la baisse d'utilisation de ces derniers dans les troubles climateriques (21). Initialement pour informer le public sur les traitements de la ménopause, il s'agit maintenant d'un sujet traité dans des chroniques de beauté ou de bien être. Les émissions médicales télévisées, les témoignages sur divers blogs ou les revues féminines évoquant les femmes ménopausées sont omniprésents et témoignent d'un intérêt persistant de la société pour le sujet. Il semblerait même que la première source d'informations sur la ménopause soit les médias avant les professionnels de santé puis les amis chez les femmes italiennes selon une étude de 2009 de DONATI et al (22).

Que ce soit en allumant leur télévision ou leur radio, en passant devant un kiosque à journaux ou en surfant sur le net, les femmes ne peuvent pas éviter les divers articles traitant la ménopause, quel que soit leur âge (23).

Fait amusant, il semblerait que ces articles soient davantage publiés en saison automnale, laissant ainsi aux régimes la une des couvertures de printemps et d'été. Le travail de thèse du Docteur Caroline VALENTIN, réalisé en 2011, qui a permis cette observation et qui traite de l'information donnée aux femmes via la presse féminine met en lumière quatre grands thèmes fréquemment évoqués : les actualités, les informations générales, les traitements et les conséquences. On y retrouve diverses informations notamment sur les symptômes, le mode de vie et les options thérapeutiques (4).



## B. Définitions et clinique de la ménopause

### 1. Chronologie de la ménopause

#### a) *Ménopause*

Pour l'OMS, la ménopause correspond à une étape physiologique du vieillissement de la femme, et se définit comme un arrêt des menstruations en réponse à la diminution du stock folliculaire et donc de production d'hormones ovariennes (24).

Elle coïncide avec les dernières règles d'une femme et ne peut être confirmée qu'après une période d'aménorrhée de 12 mois (diagnostic rétrospectif).

L'âge moyen mondial de la ménopause se situe entre 45 et 55 ans.

La ménopause peut être provoquée : en cas d'intervention chirurgicale (ovariectomie bilatérale), de certaines chimiothérapies, notamment l'association cyclophosphamide, méthotrexate et fluorouracile comme le montre l'étude de PETREK et al (25), d'hormonothérapie, ou en cas de radiothérapie abdominopelvienne (26).

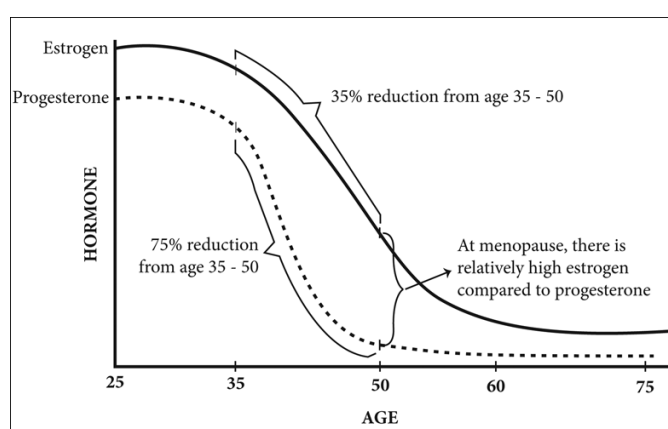
On parle d'insuffisance ovarienne précoce lorsque la ménopause a lieu avant 40 ans. Selon Orphanet, cela concerne environ 1% des femmes de moins de 40 ans et 1 femme sur 1000 de moins de 30 ans (27).

A l'inverse, d'anciens rapports de l'ANAES et de l'AFSSAPS décrivent la ménopause comme tardive lorsqu'elle survient après 55 ans (28).

## b) Péri-ménopause

L'OMS définit la péri-ménopause comme la période débutant lors des premières manifestations climatériques d'une femme en lien avec la réduction de son activité ovarienne et se terminant un an après ses dernières règles (24).

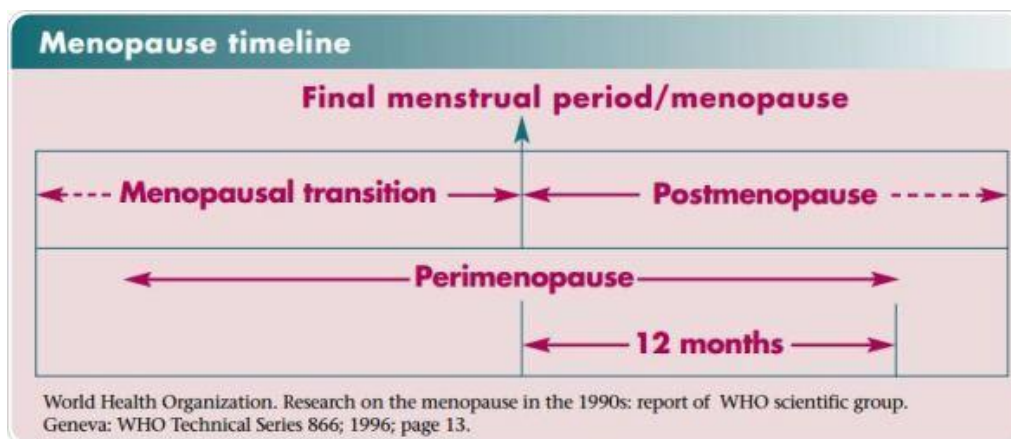
Durant cette période, la production de progestérone diminue plus rapidement que celle d'œstrogène, créant ainsi un état d'hyperœstrogénie relative. Ceci se traduit cliniquement par des perturbations des cycles menstruels qui deviennent très irréguliers puis totalement absents lors de l'arrêt de production d'œstrogène.



Variations des œstrogènes et de la progestérone en fonction de l'âge : hyperœstrogénie relative en péri-ménopause (disponible sur biomediclabs.com)

## c) Post-ménopause

La période post-ménopausique commence à partir des dernières menstruations d'une femme.



World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: report of WHO scientific group. Geneva: WHO Technical Series 866; 1996; page 13.

Etapes de la ménopause (Rapport OMS)

## **2. Symptomatologie**

### ***a) Généralités***

La péri-ménopause peut s'accompagner d'un certain nombre de symptômes climatiques, plus ou moins gênants et de durée variable en fonction des femmes.

Ces symptômes peuvent apparaître plusieurs années avant la ménopause et concernent environ 85% des femmes ménopausées (Collège National de Gynécologie et Obstétrique Français) (29).

### ***b) Symptômes les plus fréquents : conséquences à court et moyen terme***

D'après la société française d'endocrinologie et le collège national de gynécologie et d'obstétrique français, la plupart des symptômes est directement liée à la carence oestrogénique provoquée par la diminution du stock folliculaire. D'autres ont une physiopathologie moins bien connue (30) (31).

- Manifestations vasomotrices : bouffées de chaleur principalement nocturnes. Elles sont souvent décrites comme très gênantes avec une sensation de chaleur du visage et de la moitié supérieure du corps apparaissant brutalement et sont parfois associées à un érythème cutané et à une hypersudation.
- Troubles du sommeil et de l'humeur : irritabilité, anxiété, insomnie, dépression.
- Atrophie vulvo-vaginale parfois responsable de dyspareunie, de troubles de la libido ou de troubles urinaires (prolapsus, infections urinaires).
- Trouble des phanères : amincissement et perte d'élasticité de la peau, cheveux clairsemés, pilosité androgénique.
- Douleurs articulaires diffuses.
- Augmentation de l'IMC avec redistribution des graisses corporelles.
- Ostéopénie.

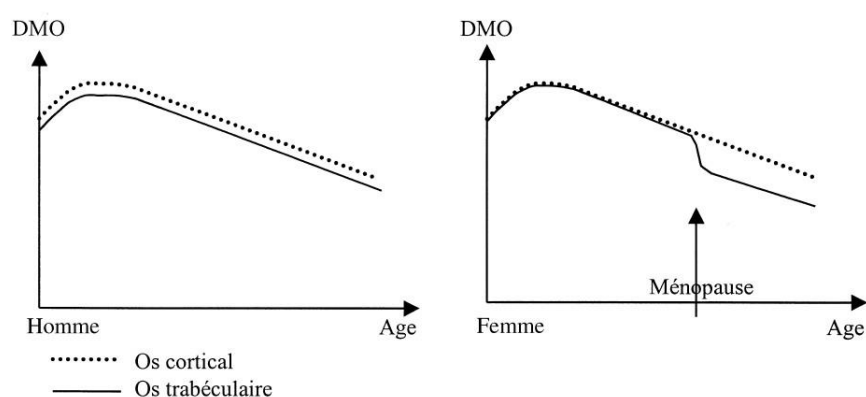
### c) *Complications : conséquences à long terme*

#### (1) **Ostéoporose post ménopausique (32) :**

Elle constitue la complication la plus fréquente de la carence oestrogénique. Chez la femme, la prévalence de l'ostéoporose est estimée à 39 % à 65 ans et autour de 70 % après 80 ans, selon le collège national de rhumatologie.

Elle se définit par une fragilité diffuse du squelette provoquée par une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) et par une altération de sa microarchitecture.

La génétique, l'activité physique, la puberté et les apports calciques sont les déterminants fondamentaux de l'acquisition du pic de masse osseuse. Chez la femme, la perte osseuse débute quelques années avant la ménopause mais s'accélère nettement lorsque débute la carence oestrogénique.



Évolution de la masse osseuse chez l'homme et la femme en fonction de l'âge  
(Collège National de rhumatologie)

L'accélération de cette perte osseuse est responsable d'une augmentation du risque de fracture pour des traumatismes mineurs (fracture du poignet, du col du fémur ou tassement vertébral). Chez l'homme, l'incidence des fractures ostéoporotiques est environ trois fois moindre que celle observée chez la femme.

Selon l'HAS, les facteurs de risque d'ostéoporose, autres que la ménopause sont (33) : l'âge, le sexe féminin, la génétique (antécédents familiaux d'ostéoporose), l'inactivité physique, une carence vitamino-calcique, le tabagisme, l'alcoolisme, un faible poids et un faible indice de masse corporelle, et des pathologies ou traitements inducteurs d'ostéoporose (corticothérapie).

L'ostéodensitométrie biphotonique est la méthode de référence pour mesurer la DMO. Une ostéodensitométrie avec un T-score  $< -2.5$  est en faveur d'une ostéoporose.

Normalité	T-score $\geq -1$
Ostéopénie	$-1 > \text{T-score} > -2,5$
Ostéoporose	T-score $\leq -2,5$
Ostéoporose sévère ou confirmée	T-score $\leq -2,5$ et présence d'une ou plusieurs fractures

Catégories de valeurs d'ostéodensitométrie (Collège national de rhumatologie)

Les indications de sa réalisation dépendent de l'existence de facteurs de risque d'ostéoporose. Une ostéodensitométrie n'est indiquée que si le résultat de l'examen peut à priori conduire ensuite à une modification thérapeutique de la prise en charge du patient. Les conditions de remboursement pour la réalisation d'une ostéodensitométrie, comme indiqué sur le site Aporose et sur celui de l'HAS, sont les suivantes (33) (34) :



*Identification du prescripteur*

*Identification du patient*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**Faire réaliser une ostéodensitométrie sur deux sites (fémoral et lombaire) par méthode biphotonique (DXA).**

*Cochez l'examen prescrit et l'indication retenue afin de permettre la prise en charge par l'Assurance-Maladie.*

<p><input type="checkbox"/> <b>1<sup>er</sup> examen : PAQK007 A</b></p> <p><b>Dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral évident</li><li><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur</li><li><input type="checkbox"/> Corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose supérieure à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone</li><li><input type="checkbox"/> Hypogonadisme prolongé</li><li><input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie évolutive non traitée</li><li><input type="checkbox"/> Hypercorticisme</li><li><input type="checkbox"/> Hyperparathyroïdie primitive</li><li><input type="checkbox"/> Ostéogenèse imparfaite</li></ul> <p><b>Indications supplémentaires chez la femme ménopausée, y compris chez les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1<sup>er</sup> degré</li><li><input type="checkbox"/> Indice de masse corporelle &lt; 19 kg/m<sup>2</sup></li><li><input type="checkbox"/> Ménopause avant 40 ans</li><li><input type="checkbox"/> Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose supérieure à 7,5 mg/jour équivalent prednisone</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>2<sup>e</sup> examen : PAQK007 B</b></p> <p><b>Chez la femme ménopausée</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> À l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors de l'arrêt précoce pour effet indésirable</li><li><input type="checkbox"/> En l'absence de fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une 2<sup>e</sup> ostéodensitométrie peut être proposée après 3 à 5 ans en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.</li></ul>
--

**Renseignements cliniques et paracliniques :**

Poids :                      Taille :

Date de la prescription :

Signature du médecin prescripteur :

Indications et remboursement de l'ostéodensitométrie dans le diagnostic de l'ostéoporose  
(disponible sur aporose.fr)

## (2) Athérosclérose :

Elle correspond selon l'OMS à « une association de remaniement de l'intima des artères de gros et moyen calibre, consistant en une accumulation focale de lipides, glucides complexes, de sang et de dépôts calcaires, avec remaniement de la média ».

Les maladies cardiovasculaires comprennent les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires, les artériopathies périphériques et les thromboses vasculaires.

Il s'agit d'un problème de santé publique majeure puisque la prescription médicamenteuse liée aux maladies cardiovasculaires représente environ 10% du total des dépenses de santé (35) et qu'un décès sur quatre en France est lié à ces pathologies.

Évolution du nombre de décès cardiovasculaires et de décès par cancer rapportés à l'ensemble des décès en France de 2007 à 2011 dans la population générale					
	2007	2008	2009	2010	2011
Décès	520 535	530 643	535 366	539 083	534 571
Décès cardiovasculaires	145 272 (28%)	146 527 (27,6%)	144 343 (26,9%)	142 456 (26,4%)	138 168 (25,9%)
Décès par cancer	156 135 (30%)	157 812 (29,7%)	159 444 (29,8%)	158 848 (29,5%)	159 098 (29,7%)
Source : CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)					

Selon le collège national de cardiologie, les facteurs de risque cardiovasculaire reconnus sont de deux types:

- Modifiables : tabagisme, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie (augmentation du LDL et du cholestérol total ou diminution du HDL). L'insuffisance rénale, l'obésité, la consommation d'alcool et la sédentarité sont des facteurs qui aggravent ceux cités précédemment.
- Non modifiables : âge (plus de 50 ans chez les hommes et plus de 60 ans chez les femmes), sexe masculin et hérédité (antécédent d'AVC familial avant 45 ans ou d'IDM chez un parent de moins de 55 ans masculin ou de moins de 65 ans féminin).

Le nombre d'accidents coronariens double après la ménopause. Ceci peut être expliqué par une perturbation du métabolisme des lipides et de l'insuline mais également par des altérations de la paroi artérielle, directement en lien avec la carence oestrogénique. Le facteur protecteur féminin concernant les pathologies cardiovasculaires tend alors à disparaître.

La recherche de facteurs de risque cardiovasculaire chez une femme ménopausée doit être régulière et l'orientation vers un cardiologue réfléchi en fonction de ce risque.

### **3. Diagnostic**

Le diagnostic de ménopause est avant tout clinique (âge de la patiente entre 45 et 55 ans, symptômes climatiques, aménorrhée supérieure 1 an).

Il peut parfois être utile de réaliser un test aux progestatifs si l'on veut s'assurer de l'absence de production d'oestrogène sans devoir attendre une année d'aménorrhée. Il consiste en l'administration d'un progestatif dix jours par mois pendant 3 mois. L'absence d'hémorragie de privation à l'arrêt du progestatif signale l'absence d'imprégnation oestrogénique et donc la ménopause.

D'après le rapport de l'HAS de 2005, les dosages hormonaux ne sont pas recommandés pour établir le diagnostic de péri-ménopause ou de ménopause sauf en cas de situations particulières (hystérectomie, aménorrhée sans syndrome climactérique, traitement par agoniste de GnRH, prise de contraceptif hormonal) (36). Dans ces derniers cas, un dosage de FSH > 30 UI/L et d'œstradiol < 30 pg/L permet de confirmer la ménopause (CNGOF) (37).

### **4. Examen clinique**

#### ***a) L'interrogatoire***

Comme le rappelle le Dr PLU-BUREAU (38), l'interrogatoire recherche l'existence d'une aménorrhée supérieure à un an, évalue l'importance des troubles climactériques, tels que les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale, les modifications de la libido, les troubles de l'humeur et du sommeil, et recherche des antécédents personnels et familiaux de pathologies cardiovasculaires ou de facteurs

de risque cardiovasculaires (tabac, diabète, dyslipidémie, HTA), ainsi que des contre-indications à un traitement (pathologie mammaire, MTEV).

### ***b) Examen clinique***

- Examen général : prise de tension artérielle, taille, poids, état veineux.
- Examen gynécologique : seins, trophicité vulvaire, col utérin avec présence ou non de glaire cervicale indiquant une imprégnation oestrogénique, touchers pelviens.

### ***c) Examens complémentaires***

- Glycémie et exploration des anomalies lipidiques à jeun
- Bilan hépatique si THM envisagé
- Frottis cervico-vaginal si > 3ans
- Mammographie si > 2 ans et avant tout traitement hormonal
- ECG et consultation cardiologique en cas de facteurs de risque cardiovasculaire.

### ***d) Surveillance***

En cas de traitement, un examen semestriel est souhaitable pour rechercher des signes de :

- sous dosage en oestrogènes : bouffées de chaleur, asthénie, céphalées, frilosité, douleurs articulaires, troubles urinaires, sécheresse vaginale
- surdosage en oestrogènes : mastodynie, prise de poids, ballonnement, nervosité, jambes lourdes, irritabilité, insomnie.

La recherche de métrorragie doit être systématique et nécessite des explorations supplémentaires.

Un bilan du métabolisme glucido-lipidique à 6 mois puis à 3 ans de l'initiation du traitement permet de vérifier l'absence de modification du bilan pré-thérapeutique.

Un examen clinique pelvien et mammaire régulier est recommandé, ainsi que la surveillance du poids et de la tension artérielle.

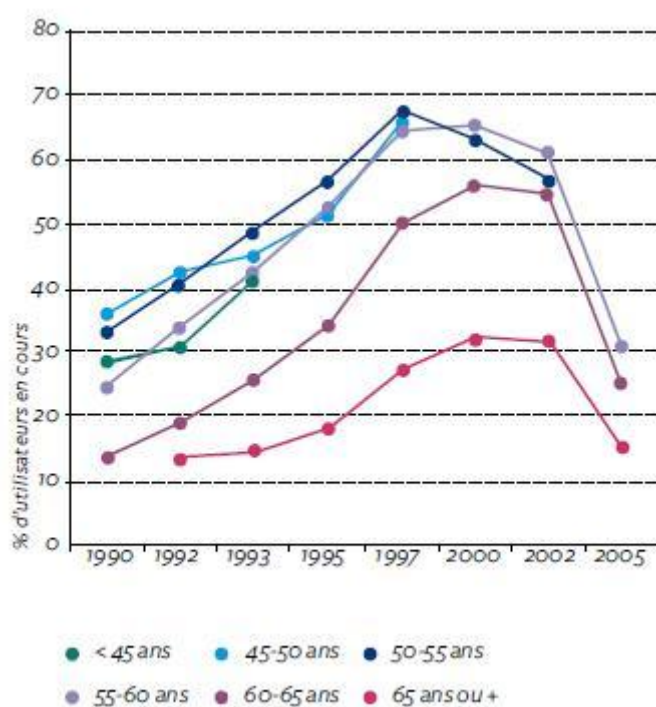
## 5. Traitement hormonal de la ménopause (THM)

### a) Principes

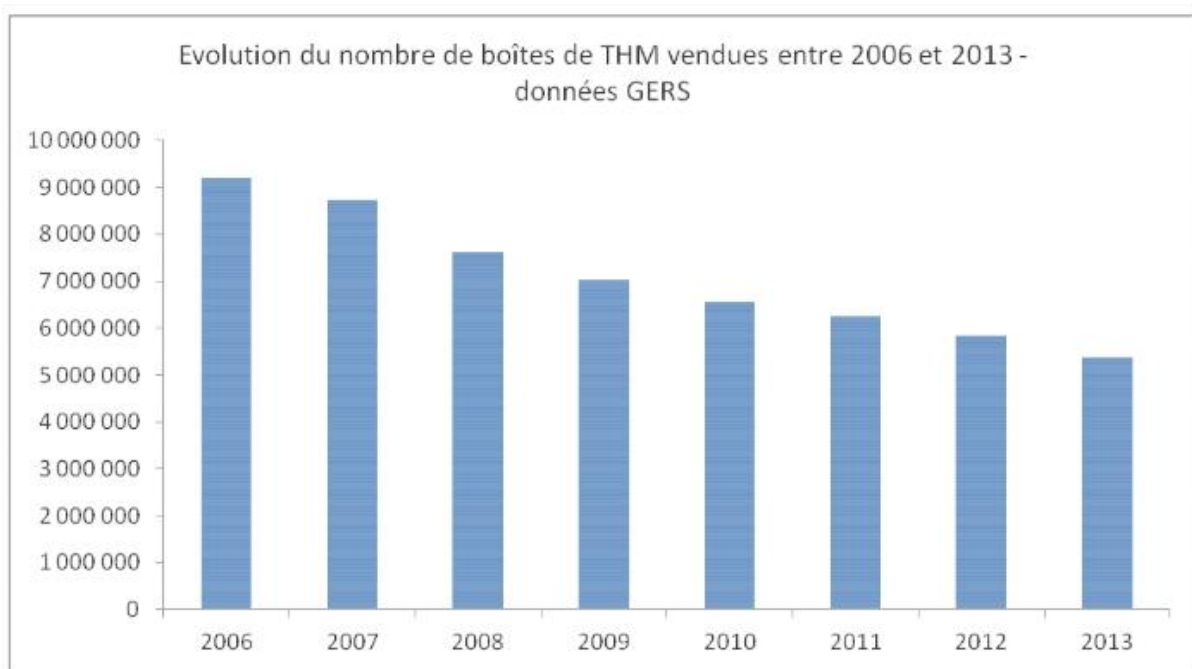
Le traitement hormonal de la ménopause (anciennement appelé Traitement Hormonal Substitutif) vise à compenser la diminution du taux d'œstrogène. Il diminue ainsi les symptômes climatériques et prévient l'ostéoporose.

Son utilisation, largement répandue dans les années 90 (21), a été freinée après les études WHI (Women's Health Initiative) (15) et MWS (Million Women Study) (16). Sorties respectivement en 2002 et 2003, elles ont révélé notamment le sur-risque de cancer du sein et d'évènements thromboemboliques veineux et cardiovasculaires lors de la prise d'un THM par rapport aux femmes non traitées.

L'ANSM estime à 3.6% le pourcentage de cancers du sein chez les femmes de 40-65 ans attribuable au THM entre 2000 et 2002, à 2-6% celui d'infarctus du myocarde et à 6.5-13.5% celui d'AVC ischémiques (39).



Prévalence de l'utilisation du THM de 1990 à 2005 (disponible sur e3n.fr)



Evolution des ventes de THM entre 2006 et 2013 (disponible sur le site de l'HAS) (19)

### ***b) Recommandations françaises***

Actuellement, les recommandations de l'HAS estiment que (28) :

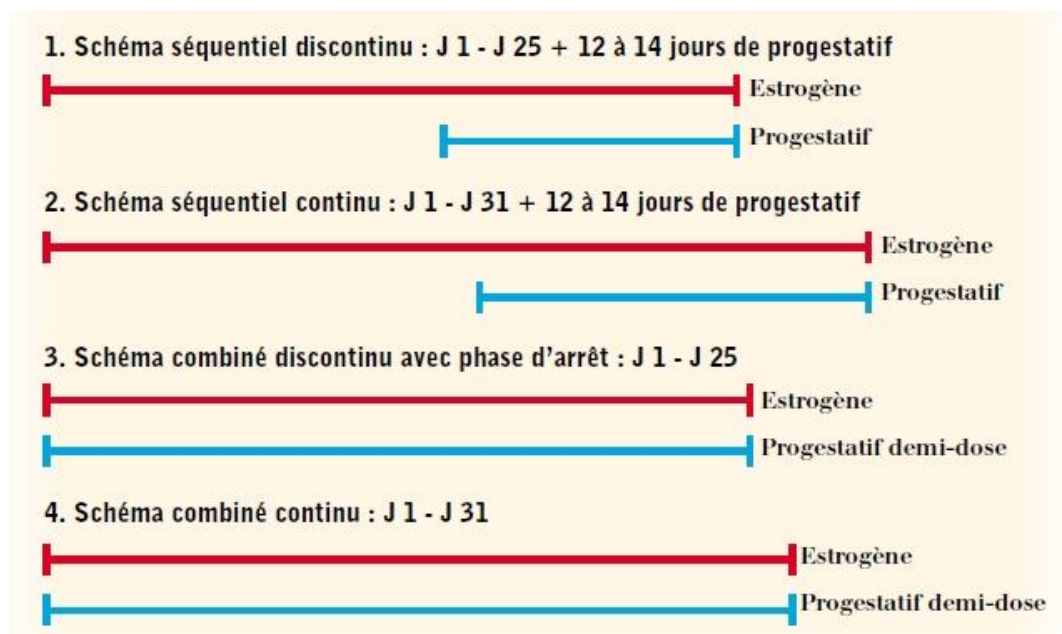
- le THM peut être proposé chez les femmes présentant des symptômes climatériques gênants en l'absence de contre-indication.
- Le THM n'est pas le traitement de 1ère intention dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose.
- Les principales contre-indications du THM sont : les antécédents personnels de cancer du sein, de l'endomètre ou de tumeur dépendante des progestatifs, d'infarctus du myocarde ou de pathologie coronarienne, d'évènement thromboembolique veineux ou d'AVC, de facteurs de risques importants cardiovasculaires (existence d'un sur-risque lors du traitement), les affections hépatiques aiguës ou antécédent d'affection hépatique (jusqu'à normalisation des tests hépatiques), les thrombophilies connues, les hémorragies génitales non diagnostiquées et les hyperplasies endométriales non traitées.
- Le THM comprend une association d'œstrogènes et de progestatifs sauf pour les femmes avec un antécédent d'hystérectomie (œstrogènes seuls).
- La dose efficace ainsi que la durée du traitement doivent être réévaluées régulièrement.

- La prescription d'un THM nécessite une surveillance clinique et biologique régulière (évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire, palpation des seins).
- Les patientes doivent être informées par leur médecin des bénéfices et des risques du traitement.

### c) Schémas thérapeutiques

Différents schémas thérapeutiques peuvent être utilisés en fonction de la préférence des patientes :

- Le protocole séquentiel discontinu, « avec règles » (hémorragie de privation) : traitement oestrogénique du 1<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois associé à un traitement progestatif du 14<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois
- Le protocole séquentiel continu, « avec règles » (hémorragie de privation) : traitement oestrogénique continu, traitement progestatif du 18<sup>e</sup> au 31<sup>e</sup> jour du mois
- Le protocole combiné discontinu, « sans règles » : traitement oestrogénique et progestatif pendant 25 jours.
- Le protocole combiné continu, « sans règles ».



Schémas thérapeutiques sur un mois  
(Traitement hormonal de la ménopause, La revue du praticien-médecine générale) (38)

### d) Molécules utilisées

Les oestrogènes naturels sont les plus utilisés en France.

Liste des oestrogènes disponibles en France :

Molécule	Galénique	Nom commercial
Estradiol hémihydrate	gel	Délidose <sup>®</sup> , Estreva <sup>®</sup>
Estradiol hémihydrate	patch	Dermestril septem <sup>®</sup> , Estrapatch <sup>®</sup> , Femsept <sup>®</sup> , Oesclim <sup>®</sup> , Thais sept <sup>®</sup> , Vivelledot <sup>®</sup>
Estradiol hemihydrate	comprimé	Estreva <sup>®</sup> , Estrofem <sup>®</sup> , Oromone <sup>®</sup>
Estradiol	patch	Dermestril <sup>®</sup> , Thais <sup>®</sup>
Estradiol	comprimé	Provames <sup>®</sup>
17 bêta-estradiol	gel	Oestrodose <sup>®</sup> , Oestrogel <sup>®</sup>
Estradiol valérate	comprimé	Progynova <sup>®</sup>
Promestriène	capsule vaginale	Colpotrophine <sup>®</sup>
Estriol	capsule vaginale	Gydrelle <sup>®</sup> , Physiogine <sup>®</sup>
Estriol	crème	Trophicrème <sup>®</sup> , Physiogine <sup>®</sup>
Estriol	comprimé	Physiogine <sup>®</sup>

Liste des progestatifs disponibles en France dans le THS :

Molécule	Galénique	Nom commercial
Chlormadinone	comprimé	Chlormadinone <sup>®</sup> , Lutéran <sup>®</sup>
Medrogestone	comprimé	Colprone <sup>®</sup>
Dydrogesterone	comprimé	Duphaston <sup>®</sup>
Progesterone	comprimé	Estima <sup>®</sup> , Progesterone <sup>®</sup> , Progestan <sup>®</sup> , Utrogestan <sup>®</sup>
Normegestrol	comprimé	Normegestrol <sup>®</sup> , Lutenyli <sup>®</sup>
Promegestone	comprimé	Surgestone <sup>®</sup>

Liste des associations d'oestrogène et progestatifs :

Molécule	Galénique	Nom commercial
Estradiol + Noréthistérone	comprimé	Activelle <sup>®</sup>
Estradiol + Drospirénone	comprimé	Angeliq <sup>®</sup>
Estradiol + Dydrogesterone	comprimé	Climaston <sup>®</sup>
Estradiol + Cyproterone	comprimé	Climene <sup>®</sup>
Estradiol valérate + Dienogest	comprimé	Climodiene <sup>®</sup>
Estradiol valérate + Médroxyprogestérone acétate	comprimé	Divina <sup>®</sup> , Duova <sup>®</sup>
Estradiol + Levonorgestrel	comprimé	Femset combi <sup>®</sup>
17 bêta-estradiol + Noréthistérone acétate	comprimé	Kliogest <sup>®</sup> , Trisequens <sup>®</sup>



Estradiol + Nomégestrol acétate	comprimé	Naemis®
Estradiol + Noréthistérone acétate	comprimé	Novofemme®
Estriol + Progesterone + Lactobacilles	capsule vaginale	Florgynal®
Estriol + Progesterone	capsule vaginale	Trophigil®

### ***e) Traitement local***

La réduction du taux d'œstrogènes lors de la ménopause peut-être responsable d'une sécheresse vaginale, d'une dyspareunie ou d'une gêne pelvienne. Il existe plusieurs types de traitements locaux (voie vaginale) qui permettent une amélioration de ces troubles sans avoir recours à un traitement hormonal par voie générale.

En 2015, un article de la revue « *Prescrire* » (Traitements locaux de la sécheresse vaginale liée à la ménopause (40)) a évalué ces différents types de traitements locaux.

Du fait de leur passage dans la circulation générale et donc de l'exposition aux mêmes effets indésirables que les traitements par voie orale, les gels à base d'œstrogènes sont à proposer uniquement en cas de gêne importante non soulagée par les gels à base d'eau. Ces derniers ont une action hydratante et lubrifiante, sont moins efficaces que les traitements par œstrogènes vaginaux mais exposent les utilisatrices à des effets indésirables moins graves et moins fréquents (irritation locale et allergie). Les gels lubrifiants composés de silicone n'ont pas montrés leur efficacité.

## **6. Mesures hygiéno-diététiques**

Les règles hygiéno-diététiques des femmes ménopausées ont un rôle important dans la prévention des complications ostéoporotiques et cardiovasculaires. Le collège national de rhumatologie et le site internet « [aporse.fr](http://aporse.fr) » en rappellent les principaux thèmes (34) (32):

- Apport en calcium: de 900mg chez la femme de moins de 55 ans à 1200mg chez la femme de plus de 55 ans. Une supplémentation peut-être indiquée en cas d'apport alimentaire insuffisant.
- Apport en vitamine D : une supplémentation de 100000 UI tous les 3 mois est nécessaire chez les patients de plus de 65 ans et chez tous les sujets qui ont bénéficiés d'un dosage de

25 OH vitamine D retrouvant une valeur inférieure à 30ng/mL. Le dosage est recommandé uniquement en cas d'ostéoporose avérée ou de situations à risque d'ostéoporose.

- Activité physique régulière en charge : participe à la prévention des chutes, au maintien du capital osseux et à la diminution du risque cardiovasculaire.
- Sevrage tabagique et diminution de la consommation d'alcool.
- Maintien d'un IMC normal : le faible poids corporel est un facteur de risque d'ostéoporose. A l'inverse, l'obésité est un facteur de risque cardiovasculaire.

## **C. La formation des médecins généralistes sur la ménopause**

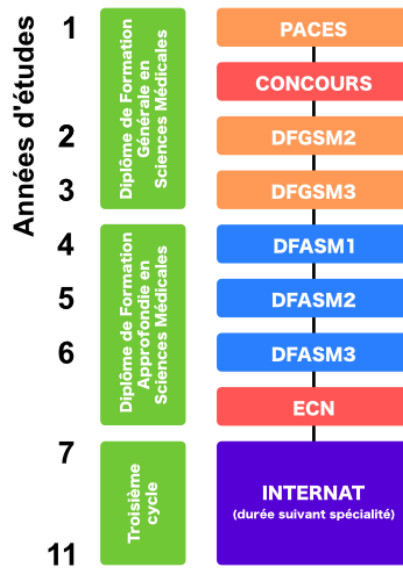
La santé de la femme est un sujet abordé de diverses façons lors des enseignements du cursus médical, mais le thème plus particulier de la ménopause y est assez peu représenté.

### **1. PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé (ancienne PCEM1)**

Lors de la première année des études de médecine, l'ensemble des étudiants français bénéficie du même programme de formation au sein d'une faculté, qu'ils souhaitent devenir médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes, dentistes ou pharmaciens.

Bien qu'en grande partie constituée d'enseignements très « scientifiques », une première approche en lien avec l'univers médical à proprement parler est débutée.

Lors de l'UE numéro 5 « *organisation des appareils et des systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels* », les étudiants reçoivent des notions d'anatomie, y compris uro-génitale. Cet enseignement constitue leur première prise de contact avec la femme en temps que patiente potentielle.



Organigramme des études médicales

## 2. DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année)

Anciennement appelées PCEM2 et DCEM1, ces deux années constituent une transition dans le cursus médical. Les enseignements théoriques, encore présents, cèdent peu à peu leur place à d'autres plus pratiques (enseignements dirigés et apprentissage par problème).

Les premiers stages hospitaliers commencent dès le début de la 2<sup>e</sup> année de médecine par un stage infirmier, suivi de 400h de stages médico-chirurgicaux sur les deux années. Les étudiants sont répartis de façon aléatoire dans leurs différents lieux de stage, et peu d'entre eux auront l'occasion d'être dans un service de gynécologie-obstétrique.

Bien que le programme exact soit fixé par chaque faculté, ces deux années de formations abordent de façon plus ou moins approfondie la santé de la femme.

Par exemple, la faculté de médecine Paris VII dispose de l'UE 7 « *hormonologie et reproduction* » lors du DFGSM-2, qui reprend différentes notions d'anatomie, d'embryologie, de physiologie et de sémiologie gynéco-obstétricale. Ce même module est proposé aux étudiants Toulousains en 3<sup>e</sup> année (module 10) avec un complément pratique en 2<sup>e</sup> année via le module 6 « *Sémiologie générale, atelier 1 : examen gynécologique et urologique* ».

### **3. DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année, anciens DCEM2 à DCEM4)**

Ces trois années d'études diffèrent par la plus grande proportion de temps passé en milieu hospitalier contrairement à celles passées dans les amphithéâtres. Les étudiants prennent le statut d'externe avec la présence obligatoire en stage cinq demi-journées par semaine, plus ou moins accompagnées de gardes en fonction des services. Chaque étudiant choisit un nouveau stage tous les 2 à 4 mois.

Avant la réforme des études médicales de 2010, certains stages hospitaliers obligatoires ont été supprimés : c'est le cas de la pédiatrie, de la médecine interne/gériatrie... et de la gynécologie, qui sont désormais facultatifs. Les seuls stages désormais obligatoires durant l'externat sont ceux des urgences médicales/réanimation, de médecine générale et de chirurgie.

La plupart des étudiants arrive néanmoins à effectuer un stage dans un service de gynécologie, et croise donc le chemin des femmes le plus souvent par les urgences gynécologiques. Selon une étude rétrospective de 2011 aux urgences gynécologiques du CHU de Grenoble, les motifs principaux de passages (hors obstétrique) sont les métrorragies (35%), les douleurs abdomino-pelviennes (29%) et les plaintes d'origine vulvaires (8.7%) (41). La ménopause n'est donc pas un motif de consultation fréquent et peu d'étudiants pourront avoir l'occasion de prendre en charge des patientes pour ce motif.

L'abord de la ménopause dans les stages peut éventuellement se faire via ses complications: fractures ostéoporotiques (service de rhumatologie ou d'orthopédie, SSR) complications cardiovasculaires (cardiologie, neurologie) ou cancers gynécologiques (oncologie).

Les onze modules théoriques sont communs à l'ensemble des facultés françaises afin que tous les étudiants de médecine du pays passent le même concours de fin de deuxième cycle : l'ECN (Examen Classant National).

Le module numéro 2 « *de la conception à la naissance- pathologie de la femme- hérédité - l'enfant- l'adolescent* » reprend de nombreux thèmes de gynécologie en dehors de la ménopause. Le module 5 « *handicap- vieillissement- dépendance- douleurs- soins palliatifs- accompagnement* » évoque pour la première fois lors du cursus des études médicales le thème de la ménopause, via l'item 120 « *ménopause et andropause* ».

Cet item reprend les bases physiologiques et hormonales de la ménopause, quelques données épidémiologiques, les symptômes et complications associés, l'examen clinique à réaliser, les traitements à connaître et la surveillance à instaurer.

#### **4. DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale : internat**

L'interne de médecine générale a très peu d'heures de cours en comparaison à sa formation antérieure, quelle que soit sa faculté.

Les enseignements sont propres à chaque université, mais la plupart propose un module sur la santé de la femme. Plus rares sont celles proposant un enseignement traitant spécifiquement de la ménopause.

Par exemple, les internes Marseillais peuvent participer au module 6 « pathologies féminines en médecine générale ». Ceux étudiant à Limoges ont un cours spécifique « ménopause, andropause ».

Concernant les stages, la maquette du DES de médecine générale doit comprendre six stages de six mois : l'un dans un service d'urgences médicales, l'un dans un service de médecine adulte polyvalente, l'un dans un service de pédiatrie ou de gynécologie, l'un chez un praticien généraliste agréé (stage de niveau 1). Les deux autres semestres sont libres et peuvent être occupés en hospitalier ou en ambulatoire (SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

Environ un étudiant sur deux a donc la possibilité d'effectuer son stage obligatoire dans un service de gynécologie ou chez des praticiens généralistes ayant une patientèle principalement féminine, avec la possibilité rare mais existante d'effectuer des consultations en lien avec la ménopause. Pour les 50% restant, la seule façon possible de se familiariser avec la prise en charge de la ménopause se fait donc uniquement par leur stage de niveau 1 en ambulatoire ou pour ceux qui le souhaitent via leurs stages libres.

Une thèse précédemment réalisée par Mathias JULES-CLEMENT, soutenue en 2011 dans la faculté de médecine de Paris 7, étudie plus spécifiquement la formation en gynécologie des internes de médecine générale de la faculté Paris VII. Elle met en évidence que l'acquisition de la compétence « *prise en charge de la ménopause* » semble être plus difficile pour ces étudiants que les autres compétences du domaine de la gynécologie (urgences, IVG, contraception et dépistage des cancers gynécologiques) (42).

## D. Conclusion d'étape et objectifs

Les médecins généralistes vont être amenés à s'occuper de la plupart des problèmes de santé inhérents à la femme, y compris ceux de la ménopause (soulager les symptômes climatiques, prévenir et traiter les éventuelles complications).

Selon les patients de l'étude de SCHATTNER et collaborateurs, un bon médecin généraliste doit avant tout les aider à être autonome dans leurs décisions de santé, en ayant pour cela des capacités d'écoute et d'attention, ainsi qu'une certaine expérience permettant de leur donner des informations adaptées (43).

Un médecin généraliste doit acquérir au cours de sa formation différentes compétences telles que savoir « *communiquer de façon efficiente avec le patient et/ou son entourage* », « *éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie* » ou « *prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte* ».

Les médecins traitants doivent donc être en mesure de donner aux femmes concernées des informations sur ce changement physiologique qu'est la ménopause.

Les objectifs principaux de cette étude sont de comprendre le type d'informations que recherchent les femmes sur la ménopause et la place de leur médecin généraliste dans ce processus.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les autres sources d'informations utilisées que les médecins généralistes ainsi que les représentations que les femmes se font du suivi de la ménopause en médecine générale.

### **III. Matériels et méthodes**

#### **A. Stratégie de recherche bibliographique**

Les mots-clés ou « MeSH terms » utilisés lors de la recherche bibliographique (recherche avancée ou libre) suivant différentes combinaisons sont les suivants :

- Menopause/ estrogen replacement therapy (ménopause/ traitement hormonal de la ménopause)
- Information/ access to information (information/ accès à l'information)
- General practitioner/ general practice (médecin généraliste/ médecine générale)
- Internet/ media/ press (internet/ média/ presse)

Les principales sources ou outils utilisés sont : Pubmed, Google, Google Scholar, Science Direct-revues (Elsevier masson), Sudoc et Cismef.

#### **B. Type d'étude**

##### **1. Etude qualitative**

Les objectifs de cette étude ne sont pas mesurables (type d'information recherchée, rôle attendu du médecin généraliste, sources d'informations et représentations du suivi de la ménopause), une méthodologie quantitative semble donc assez inadaptée pour y répondre.

La recherche qualitative ne sert pas à quantifier, mais étudie des données le plus souvent verbales. Elle est donc appropriée lorsque les facteurs observés sont difficilement mesurables et permet d'explorer et de comprendre certains phénomènes sociaux ou personnels (44). Elle permet d'exposer le ressenti des patients et cherche à comprendre leur point de vue à travers leur discours.

Selon HUBERMAN, professeur en sciences et en éducation, la recherche qualitative pourrait être résumée comme suit : *« Les données qualitatives sont davantage susceptibles de mener à d'heureuses trouvailles et à de nouvelles intégrations théoriques ; elles permettent aux chercheurs de dépasser leurs à-priori et leurs cadres conceptuels initiaux. Enfin, les découvertes dues aux études*

*qualitatives revêtent un caractère d'indéniableté. Les mots, particulièrement lorsqu'ils s'organisent en un récit, possèdent un je ne sais quoi de concret, d'évocateur ou de significatif qui s'avère souvent bien plus convaincant pour le lecteur, qu'il soit chercheur, décideur ou praticien, que des pages de chiffres » (45).*

L'analyse phénoménologique interprétative est un type d'approche méthodologique qualitatif, qui étudie comment les personnes donnent sens à leur propre expérience de vie. Elle tente de comprendre le monde par les yeux du participant et nécessite un travail interprétatif du chercheur. Cette approche implique que pour comprendre un phénomène, il faut le laisser parler de lui-même, en mettant de côté toutes les hypothèses ou notions préexistantes, comme l'explique dans sa thèse le Docteur Julie GILLES DE LA LONDE (46).

## **2. Entretiens semi-dirigés**

### ***a) Le choix de ce type d'entretien***

Les méthodes d'obtention des résultats les plus souvent utilisées dans la recherche qualitative sont la réalisation d'entretiens individuels (ouverts, semi-dirigés ou dirigés) et celles de focus-groupes.

Les focus-groupes consistent à faire interagir (en présence d'un animateur et d'un observateur) un groupe de personnes sur un sujet donné en ayant au préalable élaboré des guides d'entretien plus ou moins structurés. L'émulation collective et l'effet dynamisant d'un groupe favorisent l'émergence de nombreuses réponses. Cette méthode est issue d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif.

Les entretiens individuels peuvent être de 3 types:

- les entretiens directifs : faible liberté de parole dans un cadre strict, les questions demandant des réponses précises et concises. La liste des questions est prévue au préalable et dans un ordre déterminé, se rapprochant ainsi de l'administration d'un questionnaire.
- les entretiens ouverts : à l'opposé des entretiens dirigés, la personne interrogée est amenée à réfléchir sur une question ouverte. La liberté de parole est majeure, le cadre inexistant. Ce type d'entretien est surtout ponctué par des reformulations de la question d'origine.
- Les entretiens semi-dirigés : compromis entre les deux précédents types d'entretiens, le chercheur utilise des questions ouvertes sur un nombre défini de sous-thèmes, qu'il posera si



l'interviewé ne les aborde pas spontanément. La parole des participants est libre, mais le cadre est structuré.

En ce qui concerne ce travail de recherche, les entretiens dirigés m'ont paru de moindre intérêt car peu utilisables dans une approche compréhensive, ils orientent beaucoup le discours de l'interviewé et le limitent dans ce qu'il pourrait dire.

La réalisation d'entretiens ouverts m'a semblé difficilement réalisable avec un risque important de « se perdre » lors de l'entretien et de ne pas obtenir de résultats concrets pour la recherche.

Dans cette thèse, j'ai donc opté pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Plus chronophages que les focus-groupes, les entretiens individuels ont l'avantage d'aborder plus facilement les questions personnelles avec les patientes, ce qui pourrait être le cas concernant l'un des thèmes de la vie génitale d'une femme. Le cadre assez structurant sans être trop « limitant » des entretiens semi-dirigés permet d'explorer les sous-thèmes qui nous intéressent pour cette thèse.

### ***b) Le déroulement d'un entretien semi-dirigé***

L'entretien semi-dirigé cherche donc à obtenir un certain nombre d'informations de la personne interrogée tout en la laissant la plus libre possible de s'exprimer. Il ne s'agit pas d'un questionnaire mais d'un dialogue.

Pour cela, les questions posées doivent être ouvertes, afin de permettre aux interviewées d'élaborer un discours évoquant leur ressenti ou leur point de vue par rapport à une situation donnée. Elles doivent également être simples, afin de s'adapter à un public varié et pour être comprises par toutes les femmes de la même façon. Le langage doit s'adapter spontanément aux patientes. Enfin, selon le Docteur PATTON, elles doivent être neutres pour n'influencer en aucun cas le discours des interviewées (47).

En plus des questions, le silence joue un rôle fondamental dans ce type d'entretien. Il permet aux personnes interrogées de réfléchir plus sereinement, de ne pas se sentir orientées ou jugées, et a en plus une action de pause au sein de l'entretien.

Les relances effectuées par l'interviewer ont pour but de replonger les femmes sur les éléments qu'elles mêmes ont cités afin d'obtenir plus de détails sur leur propres pensées.

Les questions ne sont pas posées dans un ordre préétabli mais doivent s'inscrire naturellement dans l'entretien, au fur et à mesure des informations données par les personnes interrogées.

### ***c) Le guide d'entretien (annexe 2)***

Il s'agit d'un document qui synthétise les questions, les principaux thèmes et les stratégies à suivre pour la conduite d'un entretien en face à face (48). Le canevas d'entretien est élaboré avant la réalisation de l'entretien et aide l'interviewer à aborder un certain nombre de sous-thèmes si ceux-ci ne le sont pas spontanément. Ce guide est utile pour effectuer des relances au fur et à mesure du déroulement de l'entretien afin de balayer le plus possible le sujet choisi, ici, l'information des femmes ménopausées. D'autres thématiques peuvent aussi apparaître au fil des discours.

La première question engagée (hormis les informations sociodémographiques demandées auparavant) revêt un caractère important puisqu'elle doit permettre aux personnes interrogées de se sentir à l'aise sur le sujet, tout en restant simple et ouverte. Dans cette thèse, la première question instaurant cette phase d'accroche est : « Que vous évoque la ménopause ? »

Les sous-thèmes que nous avons définis sont les suivants et sont développés dans l'annexe 3 :

- La ménopause : vécu et représentations
- L'information sur la ménopause ainsi que les moyens utilisés pour les obtenir
- Le médecin traitant dans le suivi de la ménopause
- Les représentations du suivi de la ménopause par les femmes

## **3. Population**

### ***a) Population cible***

L'échantillon de la population dans le cadre d'une recherche qualitative doit être ciblé. En effet, la variation de nombreux critères au sein de la population étudiée permet d'obtenir un ensemble d'informations diversifiées, but de tout travail qualitatif. Le fait d'élargir le champ des femmes interviewées est bénéfique pour obtenir des données variées. Il s'agit d'un échantillon raisonné et non pas aléatoire. L'échantillonnage raisonné a pour but de recruter une population qui fait ressortir

les différences existantes sur un thème donné sélectionnant des patients considérés comme typiques de la population cible (49).

Pour cette thèse, la population cible était les femmes de plus de 45 ans acceptant d'y participer. Le recrutement de ces femmes s'est majoritairement fait au décours de consultations médicales que mes maîtres de stages et moi-même avons effectuées dans mes lieux d'exercice d'internat (SASPAS, stage de gynécologie), mais également avec l'aide d'un membre de ma famille en région PACA. La variation des critères généraux s'est faite sur l'âge, le lieu de naissance et de vie actuelle, la catégorie socioprofessionnelle, le statut marital, l'âge de début de la ménopause, le caractère naturel ou provoqué de la ménopause et la prise ou non d'un traitement hormonal. Il m'a également semblé intéressant de varier cet échantillon en incluant des femmes évoluant dans un milieu médical, en recrutant deux sages-femmes, une infirmière, une secrétaire médicale, une aide-soignante et une agent des services hospitaliers. De plus, l'inclusion de femmes de plus de 45 ans non ménopausées a également permis d'élargir les points de vue recueillis sur la ménopause. Le choix de tous ces critères m'a paru important pour ne pas obtenir une saturation trop précoce des données.

En pratique, quatorze femmes ont été recrutées par moi-même et deux femmes par deux médecins généralistes exerçant à Montreuil. Les deux dernières femmes ont été sélectionnées par un membre de ma famille dans un service hospitalier du Vaucluse pour élargir la provenance géographique de ma population. Une seule personne a refusé de participer à ce travail de recherche pour manque de temps, dix-huit personnes ont en revanche accepté, avec un délai court de réalisation d'entretien suivant leur accord (de 0 à 10 jours).

### ***b) Taille de l'échantillon***

La qualité des informations obtenues prévaut sur un nombre important de participantes dans ce type de recherche. Contrairement aux études quantitatives qui cherchent à quantifier certaines réponses et donc nécessitent un plus grand nombre de participants, les études qualitatives cherchent à analyser un type de réponse et non un pourcentage ou une somme de réponses.

En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de 30 individus selon Paul FRAPPE dans son livre « *Initiation à la recherche* » (50).

Dans ce travail, la saturation des données a été obtenue à l'issue de dix huit entretiens.

### **c) Concept de saturation des données**

Au bout de plusieurs entretiens, certaines informations commencent à se répéter, les entretiens apportant de moins en moins de nouvelles informations. Lorsque plus aucun d'entre eux ne semble faire émerger d'idées ou de concepts nouveaux, on parle de saturation des données.

« *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* » (HOLLOWAY & WHEELER) (51).

Dans le cas de cette étude, l'obtention de la saturation des données s'est faite lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus aucune nouvelle information. En d'autres termes, les idées et ressentis des deux dernières femmes ont confirmé les idées de fond des seize femmes précédemment interrogées.

## **4. Mode de recueil de données**

### **a) Lieux**

Il a été proposé aux femmes lors de la prise de rendez-vous de réaliser l'entretien soit à leur domicile ou autre lieu calme de leur convenance soit par téléphone soit dans l'un des lieux cités ci-dessous :

- un cabinet de médecine générale de Paris (75005) : 7 entretiens
- plusieurs Centres Municipaux de Santé de Montreuil (93) : 4 entretiens
- locaux d'une PMI et d'un Centre de Planification et d'Education familiale de Nanterre (92) : 1 entretien
- service hospitalier de gynécologie de Nanterre (92) : 4 entretiens
- hôpital de Pertuis (84) : 2 entretiens

L'un des 18 entretiens a été réalisé par téléphone.

Toutes les femmes ont donc préféré faire l'effort de se déplacer elles-mêmes pour réaliser l'entretien dans une structure médicale. Cela leur a permis de s'exprimer dans un milieu calme et sans perturbation extérieure, propice à un dialogue tranquille et serein.

Le port d'une blouse médicale a été évité afin de limiter la barrière patient-médecin.

### ***b) Temps***

Les rendez-vous avec les femmes ont été pris par téléphone ou en direct en respectant les convenances personnelles de chacune.

J'ai estimé que les entretiens dureraient environ 30 minutes et ai ainsi prévenu les femmes participant à cette étude de cette durée prévisionnelle afin de simplifier l'organisation de l'entretien et de leur journée.

### ***c) Acteurs***

Les dix huit femmes ont été interviewées par moi-même.

### ***d) Le contrat de communication***

Celui-ci implique de situer la place de chacun des protagonistes.

L'objectif et les motivations de l'entretien ont été expliqués à chacune des femmes avant de réaliser l'entretien et lors de la prise de rendez-vous. Dans ce cas précis, il leur a été expliqué que cet entretien s'inscrivait dans le but de réaliser une thèse de médecine générale portant sur un champ particulier de la ménopause, mais également qu'il serait réalisé par mes soins et resterait anonyme en ce qui concerne la retranscription et l'analyse des informations.

Je me suis présentée comme étudiante en médecine générale et j'ai également tenu à leur expliquer qu'il ne s'agissait pas d'un test de connaissance mais qu'il s'agissait plutôt pour elles de me faire part de leur perception et du ressenti qu'elles pouvaient avoir sur un sujet donné.

Je les ai informées de la présence d'un dictaphone pour enregistrer les entretiens afin d'obtenir une retranscription fidèle de leur propos.

## **C. Méthodes d'analyse du discours**

### **1. Retranscription**

L'ensemble des entretiens est retranscrit de façon anonyme. Le recueil des données s'est fait suite aux entretiens oraux et a pris en compte les intonations et pauses des personnes interrogées, en plus du contenu de leur discours.

La retranscription écrite des informations s'est faite dans les jours suivant les entretiens (de 0 à 5 jours après) sur Microsoft Word, sans déformer les propos des femmes. Le mot à mot permet d'éviter les pertes d'informations et conserve le rythme de pensées des patientes. Cela facilite l'obtention des catégories d'analyse.

### **2. L'analyse**

La retranscription rapide des données ainsi que leurs relectures permettent une immersion dans les pensées des patientes. Les points communs, les similitudes, les connections mais aussi les contradictions des propos et des points de vue des femmes sont mis en relief et font apparaître des thèmes principaux. Ces thèmes sont étoffés au fur et à mesure des entretiens, et petit à petit apparaissent de plus en plus de sous-thèmes.

Le codage des informations données par les femmes est primordial pour l'analyse des résultats et constitue le principe même de leur interprétation dans le cadre d'une étude phénoménologique.

## IV. Résultats

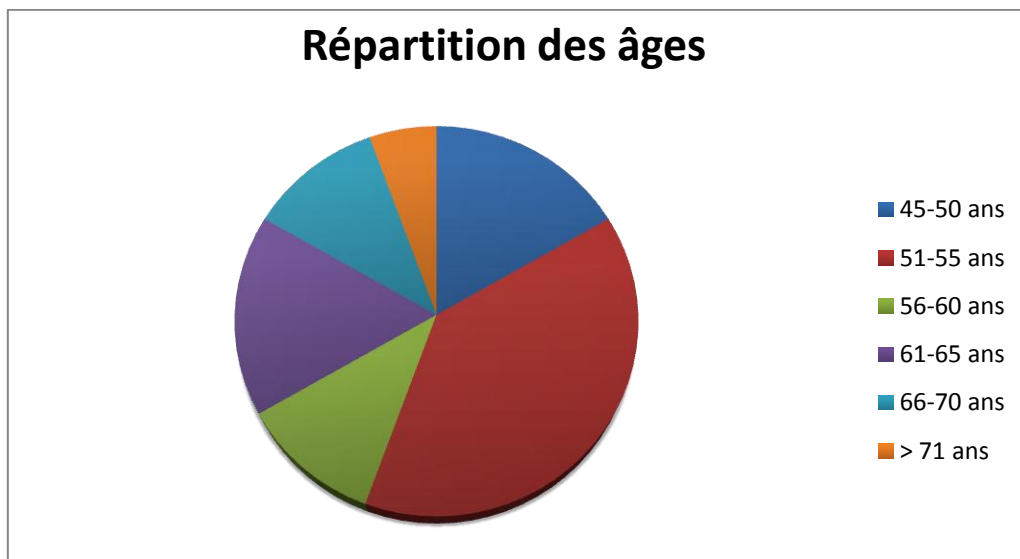
### A. Caractéristiques de l'échantillon étudié

La première partie de chaque entretien a servi à recueillir un ensemble d'informations générales concernant les femmes pour pouvoir les décrire au moment de l'enquête.

Celles-ci portaient sur l'âge des femmes et l'âge « officiel » de leur ménopause, leur lieu de naissance et de résidence, leur statut marital, leur nombre d'enfants, leur situation professionnelle, leur déclaration ou non d'un médecin traitant, leurs antécédents gynécologiques, personnels et familiaux et la prise ou non d'un traitement hormonal.

Quatre femmes sur dix huit n'étaient pas ménopausées. Une femme a été ménopausée précocement (39 ans) et une femme a eu une ménopause provoquée suite à une hystérectomie et annexectomie bilatérale.

Concernant l'âge des participantes : la femme la plus jeune avait 49 ans et la plus âgée 81 ans. Dix femmes avaient moins de 55 ans dont 3 moins de 50 ans. Deux femmes avaient entre 56 et 60 ans, trois entre 61 et 65 ans, 2 entre 66 et 70 ans et une seule avait plus de 71 ans.



Voici les principales caractéristiques des femmes de l'échantillon :

18 participantes	Valeurs
<b>Age moyen</b>	58 ans
<b>Age moyen de la ménopause</b>	47 ans
<b>Statut marital</b>	Mariées : 10 En concubinage : 1 Veuves : 3 Divorcées : 2 Célibataires : 2
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	Activité professionnelle avec formation : 10 Activité professionnelle sans formation : 3 Retraitées : 4 Sans emploi : 1
<b>Lieu de Naissance</b>	Bouches du Rhône (13) : 1 Cher (18) : 1 Corrèze (19) : 1 Côtes D'Armor (22) : 1 Maine et Loire (49) : 1 Meurthe et Moselle (54) : 1 Pyrénées Orientales (66) : 1 Paris (75) : 2 Hauts de Seine (92) : 2 Guadeloupe (971) : 1 Guyane (973) : 1 Allemagne : 1 Inde : 1 Maroc : 2 Sénégal : 1
<b>Département de Résidence</b>	Paris (75) : 7 Yvelines (78) : 2 Vaucluse (84) : 2 Hauts de Seine (92) : 2 Seine Saint Denis (93) : 4 Val d'Oise (95) : 1
<b>Prise actuelle ou antérieure d'un THM</b>	Oui : 6 Non : 12

Comme montré dans le tableau, les femmes recrutées viennent de différentes régions de métropole (Ile-de-France, Provinces-Alpes-Côtes d'Azur, Centre, Limousin, Bretagne, Pays de la Loire, Lorraine



et Languedoc Roussillon) mais également de France d'Outre-mer (Guyane, Guadeloupe). Une autre est originaire d'Allemagne, une d'Inde et trois du continent Africain (Maroc et Sénégal).

Concernant l'activité professionnelle des participantes : treize d'entre elles étaient toujours en activité. Sur celles-ci, trois femmes travaillaient dans un domaine n'ayant pas nécessité de formation particulière (agent d'entretien, gardienne d'immeuble et baby-sitter). Les dix autres avaient des activités professionnelles variées (ex : agent administratif, agent commercial, sage-femme, secrétaire, infirmière, architecte...). Une seule des femmes interrogées était sans emploi et quatre étaient retraitées.

Les caractéristiques détaillées des participantes, y compris leurs antécédents médico-chirurgicaux, figurent dans l'annexe 3.

## **B. La ménopause vue par les femmes**

### **1. Représentations**

#### ***a) Positives***

La ménopause est vécue comme « normale » ou bénéfique pour les  $\frac{3}{4}$  des femmes participant à l'étude.

#### **Une étape :**

La majorité des femmes interrogées reconnaît le processus naturel et physiologique de la ménopause, et l'assimile à une étape dans la vie d'une femme.

Femme 2 : « [...] Je lui disais que ça lui arriverait aussi et que c'était un passage dans sa vie de femme. »

Femme 3 : « C'est une évolution, mais cela ne me pose pas de questions. Ce n'est pas un drame ! [...] Ce n'était pas une préoccupation. »

Femme 5 : « Parce que c'est une étape de la vie, on passe tous par là. »

Femme 9 : « Pour moi, la ménopause c'est le passage à quelque chose d'autre, c'est une étape dans la vie, ni plus ni moins, je ne la vois pas comme quelque chose de négatif. »

### **Evolution naturelle :**

Femme 4 : « *Je pense que c'est naturel et qu'on doit passer par là! [...] C'est la vie, voilà, on doit passer par là! C'est quelque chose de physiologique. [...] c'est pas une maladie. »*

Femme 6 : « *Je n'ai pas vu ça comme une maladie, [...] mais comme le cours des choses de la vie quoi. »*

Femme 7 : « *Et puis oui, c'est la nature, on est obligée de passer par là mais chacune le vit différemment. »*

Femme 17 : « *C'est une phase. Ça fait partie du cycle quoi.»*

### **Une libération :**

Certaines femmes vont même jusqu'à éprouver une certaine liberté dans le fait de ne plus avoir de règles et voient leur vie comme bien plus tranquille.

Femme 4 : « *Il n'y a plus, il n'y a plus, ça ne me dérange pas! Le fait de ne pas en avoir, je suis bien contente parce que c'est chiant! (rires) »*

Femme 6 : « *Et bien à l'époque, je me suis dit que je ne rajeunissais pas, mais bon que j'étais tranquille, que je n'avais plus mes règles quoi.»*

Femme 7 : « *Je suis contente parce que je n'ai plus de cycle, c'est contraignant en fait de toujours prévoir [...] et du coup pour moi c'était une liberté en fait! »*

Femme 8 : « *Ça évoque la tranquillité, la tranquillité d'esprit. »*

Femme 18 : « *C'est une nouvelle naissance, c'est une nouvelle vie qui commence. Euh (réfléchit). Pour moi la ménopause, c'est un bonheur, parce que tu sais, je me suis vraiment occupée de moi-même, j'ai pris du temps pour moi-même, j'ai pensé à moi en tant que femme, sur mon corps et sur ma vie [...] La ménopause, c'est l'âge mûr, les enfants ne sont plus là (...), la femme a beaucoup plus de liberté que celle qui a des enfants. (...) »*

### **Liberté de sexualité :**

Un tiers des femmes évoque spontanément le changement dans leur vie sexuelle avec la fin des années où il faut « faire attention » et donc la fin de la prise de contraceptifs.

Femme 2 : « *Ça n'a pas modifié ma vie amoureuse, et pour moi c'était l'essentiel. »*

Femme 8 : « *Je me suis sentie plus libérée, même avec mon mari. Dans le couple ce n'était pas la même chose parce qu'à cette époque on ne faisait pas forcément attention. On était plus libres dans les rapports. »*

Femme 13 : « *A la limite, pour nous c'était « on a plus les inconvénients, mais la salle de jeu est ouverte tout le temps ! »*

Femme 17 : « *Mon mari ne s'occupe pas tellement de la contraception et tout ça, mais le jour où j'arrêterai, je lui dirais, « cool, c'est bon on est tranquilles ! »* »

Femme 18 : « *Mais sur le plan sexuel, il n'y a pas de différences, le désir il est tellement intense, même mieux que quand j'étais plus jeune. Tout va bien. »* »

## **b) Négatives**

Le ressenti plutôt négatif de la ménopause est également flagrant chez 50% des femmes, qui utilisent parfois des adjectifs très forts pour décrire leurs propres expériences.

### **Troubles climatériques :**

Bien que vue de façon naturelle et physiologique, les femmes ménopausées interrogées deviennent intarissables sur les symptômes qu'elles ont elles-même ressentis suite à l'évocation du mot ménopause.

Femme 1 : « *Les bouffées de chaleur... Je suis déjà quelqu'un d'assez versatile et là j'étais devenue d'une irritabilité... Je passais par toutes couleurs émotionnelles, la même chose que si tu arrêtes de fumer.[...] La libido est partie. Ca a été bizarre. [...]Je pense que la ménopause c'est... Stop. Il y a quelque chose de l'ordre de "ah oui au fait, c'est les hormones qui commandaient toute cette machinerie [...] C'est dur d'être une femme! "»* »

Femme 2 : « *J'ai vécu avec mais bon j'ai souvenir que ça a quand même duré longtemps et que j'avais quand même des moments de grande fatigue.[...] C'est vrai que j'ai senti une transformation biologique, enfin, le côté perte de sommeil, se réveiller la nuit parce qu'on est en nage. »* »

Femme 4 : « *J'ai tout le temps chaud, je transpire. [...] Et je suis fatiguée aussi ces jours-ci. »* »

Femme 11 : « *C'est comme si j'avais des malaises avec de la fatigue. Et après j'avais des règles qui n'étaient pas comme des règles, c'était un petit peu quoi et un peu après et un peu après, jusqu'à ce que ça disparaisse. Et des bouffées de chaleur mais pas tellement longtemps. »* »

Femme 13 : « *Je me sens très émotionnelle, j'ai des bouffées de chaleur avec des montées d'angoisse, j'ai des crises de larmes que je n'explique pas. »* »

### **Maladie / vieillesse:**

Pour certaines, la ménopause a été le révélateur de problèmes médicaux et a été parfois assimilée à un synonyme de maladie.

Femme 1 : « *Le fait de ne plus être réglée et d'être ménopausée a un peu coïncidé avec mes problèmes cardiovasculaires et d'artérite. Les complications arrivent avec la ménopause alors est-ce que c'est lié ou pas, je n'en sais rien mais moi je pense qu'il y a un vrai lien.* »

Femme 2 : « *C'est quand même une forme de maladie.* »

Femme 5 : « *Vieillesse soudain moi je dirai, début des ennuis de santé (rires).* »

Femme 10 : « *Bah parce que, la ménopause pour moi c'est vieux quoi!* »

### **Un changement brutal :**

L'utilisation de certains termes démesurés comme « *un sale choc* » ou « *une violence extrême* », montre que les femmes peuvent parfois scinder leur vie en deux : avant et après la ménopause.

Femme 1 : « *« Tu ne te vis pas pareil. Psychiquement, il se passe quelque chose [...], je peux dire que ça a été perçu comme une sale épreuve. [...]Ca m'est tombé dessus et c'est à ce moment là que je lui en ai parlé mais je l'ai vécu comme un sale choc.[...] C'est une gêne, c'est une autre forme de handicap, ce sont des choses dont l'hypocrisie humaine se moque totalement.»*

Femme 2 : « *Parce que c'est vrai que c'est d'une violence extrême, ça arrive d'un coup, c'est très brutal.* »

Femme 5 : « *Je n'ai pas vu la dégénérescence physique du tout et d'un seul coup, clac, je me la suis prise dans la tête quoi !* »

Femme 12 : « *Ça peut être très violent la ménopause, il faut être armée.* »

### **Une fatalité :**

Certaines femmes semblent subir la ménopause, elles n'en sont pas les actrices mais les spectatrices impuissantes.

Femme 2 : « *Je sais que les questions que je lui avais posées m'avaient confortée dans l'idée que j'allais faire ce qu'elle me dit et que ça allait passer.* »

Femme 5 : « *Moi je la subis un peu comme une fatalité sans chercher vraiment à la comprendre.* »

Femme 12 : « *En fait, je me suis dit que c'était une relative injustice quand même, une énigme, un peu une solitude quand même.* »

### **Fin de la fertilité :**

Seulement deux femmes ont ressenti la ménopause comme la fin des années fécondes et ont dû en quelque sorte faire le deuil d'un enfant parfois encore désiré.

Femme 1 : « *Mais en même temps quand tu es ménopausée, tu te rends compte aussi forcément que ton horloge biologique te dit "c'est fini, tu ne peux pas avoir d'enfant" ».*

Femme 13 : « *Pour moi c'était une surprise parce que moi je l'ai vécue comme un début de grossesse ! [...] Et puis quand je suis allée voir ma gynéco, elle m'a dit « non vous n'êtes pas enceinte, c'est la ménopause ». Je suis tombée du fauteuil quoi ! [...]Je n'avais pas complètement renoncé à l'idée d'avoir une fille un jour. »*

### **Transformation physique :**

Les changements physiques inhérents à la ménopause sont fréquemment cités et gênent les femmes quant à leur perception corporelle.

Femme 2 : « *J'ai souvenir aussi d'avoir eu un ventre... pas un ballonnement mais une espèce de chose même sur le plan physique aussi, c'est dur à vivre parce qu'on grossit. »*

Femme 5 : « *La peau elle est vachement plus fine, plus sensible. Bon les cheveux, ce sont des détails mais, j'avais une masse beaucoup plus épaisse de cheveux donc j'ai perdu en épaisseur et en volume mes cheveux, j'avais des jolies mèches blondes que j'ai perdues aussi. »*

Femme 7 : « *Je me sentais boudinée et gonflée. »*

Femme 12 : « *Alors ensuite, naturellement, j'ai eu l'impression que je me desséchais de partout quand même, que je me craquelais, les ongles, les cheveux, la peau. »*

### **Tabou :**

Deux femmes seulement pensent que le sujet de la ménopause est encore trop peu évoqué en général et que la société le rend tabou.

Femme 1 : « *Mais la ménopause c'est un gros non-dit vous voyez, par la société, par les femmes, par les hommes.[...] Je ne pense pas être quelqu'un qui a des tabous mais en même temps, sex-symbol and rock'n'roll oui, mais la ménopause personne n'en parle.»*

Femme 12 : « *Mais je me suis quand même demandée pourquoi ce n'était pas un sujet de société plus débattu [...]parce que c'est un sujet qui n'est tellement pas sexy [...]C'est une espèce de secret, enfin de réalité tabou.»*

## 2. « Gérer » sa ménopause

Beaucoup des femmes interrogées (40%) utilisent des « méthodes » de diversion des troubles climatériques afin d'appréhender au mieux cette période.

### Traitement naturel :

Pour certaines femmes, il s'agit d'utiliser de la phytothérapie ou d'autres remèdes naturels pour limiter les contraintes liées à la ménopause.

Femme 1 : « *Menophytéa® j'y ai eu droit par contre, et manhaé® [compléments vitaminiques] c'était bien, c'est le seul qui est un peu bio. Les graines de lin aussi ça marche. A cause de mes problèmes cardiovasculaires mais aussi parce que je suis plutôt phyto quand je peux. [...]J'ai plus confiance en la médecine douce qu'en l'allopathie concernant ces choses là»*

Femme 9 : « *Je vais regarder les plantes, la phytothérapie, l'aromathérapie et tout ça.»*

Femme 13 : « *Moi avant de donner du poison j'ai envie d'essayer pour ma part une tisane.»*

Femme 18 : « *Je pratique aussi beaucoup la médecine prophétique, pour nous c'est une médecine de prévention. [...] De la médecine avec des plantes, avec du miel, de l'huile d'olive, il y a certaines plantes qui sont citées dans le Coran. Et la médecine prophétique ou musulmane, ce n'est pas une médecine pour se soigner, c'est pour prévenir, donc moi je pratique la médecine de prévention.»*

### Faire du sport, de la relaxation:

D'autres femmes utilisent le sport ou certaines techniques de relaxation comme moyen de « gestion des symptômes ».

Femme 1 : « *Au yoga ils te le disent. Les grands yogis disent que jusqu'à 55 ans tu es stable dans tes hormones mais après non.»*

Femme 18 : « *J'ai dit « mon corps, je t'aime, on va s'entendre moi et toi ». Au moment où j'avais des bouffées de chaleur, je respirais, et je disais, mais ce sont des bouffées de bonheur ! Et après, c'est la respiration : je respirais, je respirais, jusqu'à ce que je n'ai plus de bouffées de chaleur. [...]Quand je suis toute seule je respire et je pratique beaucoup la cohérence cardiaque. Il paraît que c'est très bien pour l'équilibre hormonal et le surpoids, et ça marche.[...] Je fais de la sophrologie, je fais de la méditation, je fais de la réflexologie, je fais du reiki (=méthode de soins non conventionnelle d'origine japonaise fondée sur des soins dits énergétiques par apposition des mains) »*

### **S'adapter:**

Beaucoup des femmes interrogées laissent les choses venir, et s'adaptent au mieux pour les prendre sereinement. Certaines hiérarchisent leurs priorités, d'autres utilisent des moyens plus concrets pour contrecarrer certains troubles climatériques, comme un ventilateur pour faire face aux bouffées de chaleur, ou des cosmétiques pour limiter certains changements physiques.

Femme 3 : « *Je vous dirai une chose, c'est que j'ai travaillé très dur et que je n'avais pas le temps de penser à des choses comme ça.* »

Femme 4 : « *Moi je ne suis pas compliquée, je prends ce qui vient! [..]C'est vrai, j'ai chaud mais j'ai mon ventilateur à côté de moi! [...] Moi j'ai soif, j'ai une bouteille d'eau, je bois, mais voilà, pas plus.»»*

Femme 6 : « *J'avais aussi d'autres préoccupations!* »

Femme 14 : « *J'ai des cernes, ça ne se voit pas parce que je camoufle, une de mes collègues me dit, « pourquoi est ce que tu crois qu'on m'appelle panda ? » (rires). Et bien panda 2 le retour c'est moi ! (rires).* »

Femme 18 : « *Je me suis dit « [...], pourquoi tu ne penses qu'à des choses malheureuses, la vie est belle, elle est devant toi, tu es toujours en bonne santé ! Alors c'est ta vie, tu décides de ce que tu dois faire et de ce que tu dois vivre [...] Elle doit écouter de la musique, elle doit chanter, elle doit danser !».*

### **3. Manque de communication avec les hommes**

Que ce soit avec leurs maris, leurs pères ou leurs fils, les femmes parlent d'un manque criant de dialogue avec les hommes en général sur la ménopause. Presque toutes les participantes y ont fait référence.

Femme 2 : « *J'en ai pas tellement parlé à mon conjoint en fait. [...] il y a aussi des inconvénients et des choses qui sont propres à la femme et qui sont un peu durs à avaler aussi, et ce n'est pas avec son conjoint je pense qu'on peut en parler.* »

Femme 4 : « *Même en parler avec les hommes, je trouve que ça aurait été quelque chose de bien.* »

Femme 7 : « *Même à la maison, j'en parle avec mes filles, pas avec mon garçon bien sûr!* »

Femme 9 : « *Pour eux, la femme c'est un mystère! (rires). Non, on ne peut pas dire que j'ai à débattre de choses de psychologie féminine et compagnie avec lui, il n'a jamais été très réceptif à ça.* »

Femme 10 : « *Mon mari non plus. Il y a des choses comme ça, j'ai honte, je sais que c'est mon mari mais...* »

Femme 11 : « Avec mon fils non, chez nous ce n'est pas comme ça. »

Femme 12 : « Mais c'est vrai que là aussi je ne connais pas un homme qui m'ait interrogée sur la ménopause. »

Femme 13 : « Eux non plus ça ne les intéresse pas beaucoup ! (rires). Pour eux, ce n'est pas vraiment un truc... A la limite peut-être maintenant, mon mari commence à se poser un peu de questions, enfin plutôt sur son propre problème à lui. »

Femme 14 : « Et avec mon mari non plus, c'est la vie, c'est comme ça ! »

## C. Les différences de vécu

### 1. En fonction de l'âge

Les femmes interrogées de moins de 50 ans et de plus de 65 ans semblent se poser moins de questions que les tranches d'âges intermédiaires et penser que la ménopause est surmédicalisée :

Femme 3 : « Je vous dirai une chose, c'est que j'ai travaillé très dur et que je n'avais pas le temps de penser à des choses comme ça. A l'époque, on n'y pensait pas. Cela faisait partie de l'évolution. [...] On ne parlait pas de tout ça et on ne s'en portait pas plus mal. [...] Tout ça, maintenant, c'est un commerce disons. On médicalise un peu trop les choses maintenant. [...] Avec la guerre, on avait d'autres choses à faire. Ce qu'il y avait dans l'assiette, c'était plus important que le reste! Ça remet en place les valeurs, j'aime mieux vous dire! (81 ans)

Femme 11 : « Nous de notre temps, dès qu'on était ménopausée c'était bon quoi, c'est pas comme maintenant où il y a des consultations et des médecins et des infirmières, tout le monde pour informer les gens sur ce qu'ils doivent faire, ce qu'il faut faire. » (65 ans)

Femme 4 : « Non, pour moi c'est naturel alors je ne me pose pas de questions! On doit forcément passer par là, je n'aurai plus de règles et puis voilà ! » (49 ans)

Femme 15 : « Pas sur la ménopause. Cela dit j'ai des envies, c'est-à-dire que je la vois le plus naturellement possible » (50 ans)

### 2. En fonction de la profession

Les femmes ayant une activité professionnelle en lien avec le domaine de la santé semblent envisager la ménopause de façon très naturelle, contrairement à ce que leur formation ou leur activité pourraient faire croire.



Femme 15 : « *Un passage normal dans la vie d'une femme mais peut être [...]Mais pour moi, c'est pas du tout dans ma tête. Et puis contrairement à ce que je peux entendre, pour moi c'est un passage qui se fera très bien.[...] Cela dit j'ai des envies, c'est-à-dire que je la vois le plus naturellement possible, ne pas prendre de traitement, mais je ne me suis jamais posée aucune question.* » (Sage-femme)

Femme 16 : « *Non pour moi c'est tout. La fin des règles et puis bon, un cap à passer peut-être, à bien accepter, mais pour l'instant, ça ne me préoccupe pas plus que ça. Voilà, je sais que c'est une chose normale donc euh... Je le prends de façon assez tranquille.* » (Secrétaire médicale)

Femme 17 : « *J'ai déjà des idées de ce qu'il va se passer, mais oui, après, finalement, il ne faut pas trop se prendre la tête ! Il y en a qui ont des symptômes, il y en a qui n'en ont pas, et puis il y a des choses qui vont changer et puis tu les prends... Moi j'ai tendance à me dire que je gérerai les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présenteront quoi.* » (Sage-femme)

Femme 18 : « *Parce que la ménopause, c'est une partie de la vie de la femme, une fois qu'il y a l'acceptation, il y a le remède. Donc le corps quand tu acceptes quelque chose tu lâches prise, tu es dans toute ta liberté, et tu peux faire tout ce que tu veux avec ton corps. Et si tu stresses ou tu bloques, tu fais la guerre, tu dis je veux combattre cette ménopause, tu ne combats pas. Moi j'accepte je la traite avec amour et puis elle me rend heureuse !* » (Aide-soignante)

### **3. En fonction de l'origine géographique**

Globalement, les femmes originaires de métropole française semblent s'interroger beaucoup plus que celles venant des régions d'Outre-mer ou d'Afrique.

Femme 18 : « *Et puis je me suis dit :[...] pourquoi tu ne penses qu'à des choses malheureuses, la vie est belle, elle est devant toi, tu es toujours en bonne santé ! Alors c'est ta vie, tu décides de ce que tu dois faire et de ce que tu dois vivre.* » (Née au Maroc)

Femme 11 : « *On était ménopausée et c'est tout ! Tu ne penses même pas est-ce que tu peux avoir une maladie ou des trucs comme ça.* » (Née au Sénégal)

Femme 4 : « *Non, pour moi c'est naturel alors je ne me pose pas de questions!* » (Née en Guadeloupe)

Femme 7 : « *En fait, la ménopause pour moi c'était... Je suis contente parce que je n'ai plus de cycle.* » (Née en Guyane)

Femme 5 : « *Je me suis demandée si c'était la ménopause ou pas parce que je n'ai rien lu pour me renseigner.* » (Née à Paris)

Femme 6 (en parlant de sa gynécologue): « *Je suis allée avec elle car comme je la connaissais depuis un moment, c'est avec elle que j'ai vu les principales choses que je me posais sur le moment. Je ne me souviens pas de tout, mais c'est à elle que je posais toutes les questions.* » (Née dans le Limousin)

## D. La recherche d'information

### 1. Manque d'information :

Beaucoup de femmes s'accordent à dire qu'elles disposent de peu d'informations sur la ménopause.

Femme 2 : « Non, je pense que l'information n'est pas si répandue que ça. »

Femme 5 : « Ça serait utile parce qu'on est pas du tout informées en fait, on n'a pas d'information sur ça. »

Femme 7 : « Je me suis posé des questions car je me demandais comment j'allais le vivre car étant donné que j'avais pas beaucoup entendu du bien en fait là-dessus. »

### 2. Moment de la recherche

Au cours des entretiens, il m'est apparu que les femmes se posent autant de questions avant d'être ménopausées que lors de la ménopause.

#### a) Avant la ménopause, pour être préparées :

La plupart des questions peut se poser avant d'être ménopausées et la recherche d'informations les aide à mieux la vivre.

Femme 1 : « Plutôt des encouragements pour vivre la situation de la façon la moins inconfortable possible. C'est ça qu'on attend d'un médecin. De plus préparer psychologiquement aussi à ce que qu'il va arriver et ce à que ça entraîne. »

Femme 4 : « Mais je pense que ça aurait été bien aussi, pour nous dire à quoi nous attendre aussi parce que moi, quand je suis arrivée à cet âge là, je ne savais pas vraiment ce que c'était, j'en avais juste entendu parler. »

Femme 6 : « C'est toujours bien de connaître à l'avance. »

Femme 17 : « Pour l'instant, j'en parlerai à mon gynéco, surtout pour établir le moment où ça viendrait, mais je ne suis pas pressée non plus. »

Femme 18 : « Parce que c'était avant que j'ai ma ménopause, pour me préparer, pour savoir. »

### **b) Pendant les premiers symptômes, pour être rassurées :**

Le temps des premières manifestations climatériques est également privilégié pour s'informer et se rassurer, pour vérifier que les femmes sont « normales ».

Femme 2 : « Et puis en plus j'en parlais, je consultais pour demander si c'était normal. »

Femme 9 : « Mais bon, je vais des fois sur des sites genre doctissimo où on trouve des petites informations, à prendre avec distance mais quelques fois ça rassure. »

Femme 10 : « Ils en avaient parlé à la télé sur les maternelles, alors je me suis dit : ah oui c'est ça! »

Femme 13 : « Ben moi je pense qu'à ce moment là, on se pose un tas de questions, à se dire est ce que c'est normal, est ce que c'est comme ça, est ce que ça, ça fait partie de la ménopause, est ce que ça doit être comme ça. »

Femme 11 : « Le fait qu'on ait plus nos règles, est-ce que c'est normal, est-ce qu'on ne va pas être malades. »

### **3. Type d'information recherchée**

A la question : « Quelles questions vous êtes-vous posée sur la ménopause ? », voici ce que les femmes ont répondu.

#### **a) Durée et début des symptômes:**

Beaucoup de femmes se sont posées des questions sur le temps : l'âge d'entrée dans la ménopause et la durée des symptômes.

Femme 1 : « Je me suis posée des questions mais je n'avais pas trop de monde pour y répondre donc... Ça dure combien de temps? Jusqu'à quel âge je peux avoir mes bouffées de chaleur ? Et quand on m'a dit jusqu'à 75 ans j'ai cru mourir! »

Femme 7 : « Des fois, les gens ont du mal à savoir si elles sont dans la phase de la ménopause, un peu comme moi au début. »

Femme 11 : « Mais par contre, j'aimerais bien savoir, est-ce que à 50 ans ou 55 ans on peut devenir ménopausée nan ? [...] A quel moment, comment ça se déroule, qu'est ce qui se passe après.»

Femme 16 : « Et bien savoir au bout de combien de temps on peut vraiment se dire être vraiment ménopausée. »

### **b) Type de symptômes :**

Les questions que presque toutes les femmes ont en commun concernent les types de symptômes qu'elles peuvent ressentir lors de la péri-ménopause.

Femme 1 : « Ben, comment éviter ces symptômes fatigants et en particulier l'irritabilité, les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale, enfin, les trucs mécaniques. »

Femme 4 : « Les symptômes. Comment on voit en fin de compte qu'on est ménopausée. Parce que moi je ne savais pas. »

Femme 6 : « Euh, est-ce que je vais quand même être moins percutante, enfin je vais perdre un peu mes... Je vais être moins réactive, le vieillissement quoi »

Femme 7 : « Ça c'était ma principale question, la prise de poids et le mal-être.»

Femme 13 : « On focalise beaucoup sur les trucs chiants comme les bouffées de chaleur ou les insomnies, mais pas vraiment sur la machine. »

Femme 14 : « Déjà les bouffées de chaleur on se demande ce que c'est. »

Femme 16 : « Pour l'instant pour moi c'est plus par rapport aux symptômes et puis les petits effets secondaires. »

### **c) Sexualité**

Quelques femmes se demandent quel impact a ou aura la ménopause sur leur sexualité.

Femme 7 : « Et aussi sur la relation sexuelle aussi il y a des diminutions ? »

Femme 10 : « Si on a toujours des rapports. Mais ça personne n'a su me répondre, en même temps je n'ai jamais demandé non plus. »

### **d) Physiologie :**

Beaucoup se sont également demandées à un moment donné ce qui explique la ménopause et quels étaient les processus physiologiques qui l'entraînent.

Femme 4 : « Ce qui entraîne la ménopause en fin de compte. »

Femme 5 : « Il y a un autre processus hormonal qui existe quand même encore, mais comment il fonctionne, comment ils interagissent, c'est difficile hein. »

Femme 9 : « C'est dû à quoi, qu'est-ce qui fait que, voilà... Plus sur les mécanismes. »

Femme 11 : « Je pense toujours pourquoi la ménopause. Est-ce que la ménopause après les règles, ça s'arrête, après, au bout de 1 an, est-ce que tu peux faire des enfants ? Ce sont des questions que je veux savoir ! Et que signifie la ménopause exactement. »

Femme 15 : « Les femmes, je crois qu'elles ont besoin d'autre chose, qu'on leur dise comment fonctionne leur corps. »

#### **e) Traitement :**

Le traitement de la ménopause est également une source d'interrogations des femmes de cette étude, sur son efficacité aussi bien que sur la possibilité de sa prise.

Femme 7 : « Sur internet aussi je suis allée voir, les informations, les gens qui ont eu les traitements. »

Femme 12 : « J'ai pu peut-être lui parler de mon traitement, de façon très technique si vous voulez. »

Femme 14 : « C'est ces bouffées de chaleur, elles sont abominables, je ne savais pas ce que c'était. Mais là je vais retourner voir si elle peut me donner quelque chose parce que...c'est trop gênant ! »

Femme 16 : « Comment faire la part des choses entre est-ce qu'il faut prendre un traitement ou ne pas prendre, là-dessus pour moi c'est encore un petit peu flou. »

#### **f) Mode de vie :**

L'équilibre alimentaire et l'hygiène de vie ont aussi été évoqués à plusieurs reprises.

Femme 18 : « Et bien je voulais savoir pour la ménopause, les choses par exemple, pour l'alimentation, pour l'hygiène de vie. »

Femme 5 : « Mais je me dis que sûrement il y aurait des trucs, comme on change de rythme, il y a sûrement des conseils en fonction de l'âge quoi. Je ne les connais pas. Je ne sais pas s'il y a quelque chose de particulier, comme plus de laitages. »

Femme 7 : « Et déjà moi j'avais du poids avant donc je me demandais à la ménopause s'il fallait encore que je prenne du poids. Ça c'était ma principale question. La prise de poids et le mal-être, je me posais aussi des questions. »

#### **g) Equivalent chez les hommes :**

Deux femmes ont également fait le rapprochement entre leur ménopause et son équivalent chez les hommes, l'une d'entre elle n'étant d'ailleurs pas en couple.

Femme 2 : *« J'avais acheté des livres pour regarder ce qu'était l'andropause en me disant que peut-être lui vivait ce truc là, mais pour moi je n'avais pas été à la quête de choses comme ça. »*

Femme 12 : *« Mais moi même je n'ai jamais interrogé un homme sur son andropause. [...] Naturellement, je vivais seule, donc je n'ai pas eu à débattre de ça avec un partenaire, et puis je veux dire, les hommes vieillissent aussi, c'est notre chance quand même, c'est notre parité. Il y a aussi chez l'homme une perte de puissance et de pouvoir... »*

#### **4. Moyens d'obtention des informations**

Les différents intervenants ou sources d'informations cités sont nombreuses : la plupart des femmes ont posé leur questions à un référent médical, très majoritairement leur gynécologue, d'autres se sont tournées vers leur entourage proche.

#### **a) Peu de place pour le médecin traitant :**

D'une façon générale, le médecin traitant n'a que peu de place dans l'éducation et l'information des femmes ménopausées.

Femme 3 : *« Moi j'étais suivie par mon gynécologue compte tenu des antécédents familiaux, donc je discutais un petit peu plus, mais le médecin traitant, non. »*

Femme 4 : *« Mon ancien médecin traitant, je ne lui ai jamais parlé de ménopause. Je parlais toujours de ça avec ma gynéco mais pas avec mon docteur. »*

Femme 10 : *« Jusqu'à présent, personne ne m'en a parlé. Avec mon médecin non plus. »*

Femme 13 : *« Et puis ça, c'est un thème que les médecins généralistes n'aiment pas du tout aborder, ce n'est pas leur tasse de thé, ce n'est pas leur truc, donc tu le vois avec un gynéco. »*

Femme 15 : *« Non, sûrement pas ! Parce que je ne lui fais pas tellement confiance ! Je l'ai parce qu'il faut une déclaration de médecin traitant mais je ne vais jamais le voir. »*

### **b) Rôle prépondérant du gynécologue :**

Les entretiens ont fait ressortir la place prédominante du gynécologue médical dans les consultations en lien avec la ménopause.

Femme 1 : « A part à ma gynéco, j'en parlais pas très souvent. »

Femme 2 : « Je me sentais plus vulnérable mais je savais pourquoi je ressentais ces choses là car j'avais pu en parler bien avec ma gynécologue. »

Femme 5 : « La gynéco je la vois régulièrement, donc voilà je lui en ai parlé. »

Femme 6 : « Et bien à part ma gynéco, je n'ai pas été voir d'autres personnes. »

Femme 15 : « Le seul médecin que je vois régulièrement, c'est mon gynéco. »

### **c) Autres professionnels de santé :**

D'autres professionnels de santé ont également été cités comme intervenants actifs dans la ménopause des femmes, certains de façon assez inattendue.

#### **Pharmaciens :**

Femme 1 : « Par les pharmaciens, qui m'ont dit voilà, il y a tel ou tel traitement. »

#### **Cardiologue :**

Femme 5 : « Alors bien évidemment, j'avais en même temps les bouffées de chaleur de la ménopause, un peu de tachycardie de temps en temps. La cardio a mis un holter 24h et il n'a rien vu. »

#### **Psychologue :**

Femme 1 : « Peut-être plus en parler avec mon psy, plus qu'avec mon médecin traitant. [...]Je le redis aussi, les pys m'ont aidée en me disant que la ménopause ce n'est pas un petit truc, voilà, ce sont quand même eux les premiers qui m'ont dit que ce n'est pas un petit changement chez une femme la ménopause.»

#### **Endocrinologue :**

Femme 1 : « Mais j'ai été inquiète suffisamment pour aller voir un endocrinologue quand même quand j'avais 51 ans. »

Femme 13 : « Et quand j'allais voir l'endocrino en lui disant « je suis fatiguée, je ne mange rien et je grossis », ah bah tu vas voir ton gynéco, c'est plutôt la ménopause ! »

### **Radiologue :**

Femme 8 : « *Quand j'ai du faire des échographies, j'ai eu un radiologue super. Il m'a expliqué des choses que je ne connaissais pas, j'ai connu mon corps grâce à lui. »* »

### **Neurologue :**

Femme 16 : « *Quand j'ai vu récemment aussi mon neurologue, je lui ai quand même posé la question cette année, je lui ai dit que ça faisait 2-3 mois que je n'avais plus de règles, si j'avais des symptômes qui sont un petit peu difficiles à gérer, ce qui n'est pas le cas encore, est-ce que je pourrai prendre un traitement hormonal.»* »

### **d) Entourage proche :**

Que ce soit avec leurs amies ou avec leurs relations professionnelles, les femmes parlent de leur ménopause, mais assez peu de façon approfondie.

### **Amies :**

Femme 1 : « *Avec mon amie Sylvie à une époque. »* »

Femme 2 : « *Pour avoir interrogé un peu des copines, il y en a qui vivent ça comme une lettre à la poste et d'autres qui ont de réels bouleversements dans leurs corps. »* »

Femme 5 : « *Peut-être avec des amies, on dit voilà, ceci cela, ça doit être la ménopause, voilà, peut-être une petite remarque mais pas une discussion sur la ménopause quoi. »* »

Femme 6 : « *Et à mes amies aussi, dans le même âge j'en ai discuté, on en parlait, on se disait ce qu'on ressentait quand même. »* »

### **Collègues :**

Femme 4 : « *On parle de ça entre collègues, parce que j'ai des collègues qui sont en fin de compte plus âgées que moi. »* »

Femme 6 : « *Même avec des jeunes collègues bien sûr, qui m'en ont parlé. »* »

Femme 7 : « *Avec les collègues, entre femmes on parle beaucoup, on se dit comment on vit les choses. Je pense que j'ai beaucoup appris par mes collègues. »* »

### **e) Entourage familial**

La sphère familiale féminine élargie est également un moyen de renseignement des femmes.



### **Mère :**

Femme 8 : « *La façon dont nous avait parlé ma mère, j'ai été informée. »* »

### **Belle-mère :**

Femme 10 : « *J'avais demandé une fois à ma belle-mère. »* (mère de son mari)

Femme 7 : « *J'ai été élevée en partie par ma belle-mère qui me disait des choses sur les femmes mais en même temps c'était quelqu'un qui m'a fait avoir peur à l'arrivée de mes règles. Elle ne me disait pas le pourquoi des choses, c'était plutôt "tu as ça, il ne faut pas aller jouer avec les garçons", donc ça me faisait très peur!* » (épouse de son père)

### **Sœur :**

Femme 2 : « *J'en parlais à ma sœur, parce que c'est vrai que je lui demandais si elle aussi elle ressentait ces choses là. »* »

Femme 4 : « *A mes sœurs aussi. J'en ai une qui est tout le temps fatiguée elle.»* »

Femme 12 : « *J'ai pu en parler à une de mes sœurs, c'est bien d'avoir une frangine!* » »

### **Autres :**

Femme 14 : « *La femme de mon neveu, elle a été ménopausée à 36 ans, c'est jeune hein ! Bon heureusement elle a déjà un enfant mais bon. »* »

Femme 6 : « *Et à ma famille aussi, mes cousines, on est dans le même créneau d'âge. »* »

## ***f) Les médias :***

Le rôle très hétérogène des différents médias a été mis en évidence : peu de femmes utilisent des supports d'informations télévisés et encore moins papiers. En revanche, internet joue un rôle important dans les méthodes de renseignements des femmes.

### **Rôle de la télévision, des revues et de la radio:**

Femme 4 : « *Parfois si je vois une émission je peux regarder mais aller chercher plus sur les revues... »* »

Femme 18 : « *J'ai vu des émissions, ils disaient qu'il ne fallait pas manger la viande. »* »

Femme 10 : « *J'écoute la télé, il y a toujours des émissions médicales, donc j'écoute. »* »

Femme 6 : « *Je ne me souviens pas avoir lu de choses là dessus. Mais je ne lisais pas vraiment de journaux médicaux. Et on m'a toujours dit que ce n'était pas bien de faire des recherches sur internet donc je m'y tiens!* » »

Femme 11 : « Et puis j'aime bien lire les documents de santé, tout ça là, ça j'aime bien ! »

Femme 13 : « Je pense que beaucoup de femmes tiennent toutes leur science de « fémina » ou de « femme actuelle » ou de ces trucs là. »

Femme 15 : « Dans les journaux, dans « le parisien », il y a une page santé, dans « le figaro » aussi. Mais je ne vais pas aller au devant d'un truc, c'est quand j'ouvre mon journal. »

Femme 9 : « Le problème justement c'est que la presse féminine, d'ailleurs c'est pour ça que je n'en achète pas du tout, enfin la presse tout court, on trouve tout et n'importe quoi. »

Femme 12 : « Les émissions médicales, je veux dire où je travaillais [chaîne de radio], peut-être qu'il y a eu des choses sur la ménopause. Je pense que je les aurais écoutées. [...] Donc à la fois je trouverais plus normal qu'on libère les femmes de ça en en parlant plus simplement et ouvertement, et en même temps je n'achèterai pas un livre dont l'héroïne nous parle de ça... »

#### **Internet :**

Femme 7 : « Sur internet aussi je suis allée voir, les informations. »

Femme 9 : « Quand je me pose des questions un peu plus pointues, je vais voir sur internet. »

Femme 15 : « Google. Mais c'est mauvais. Je vais voir pour des symptômes, pas pour de la prévention.[...] Maintenant, si j'ai des questions à poser précisément, c'est plus par internet. »

Femme 18 : « J'ai regardé sur internet, sur youtube, il y a beaucoup d'émissions sur la ménopause. »

#### ***g) Divers :***

Enfin, d'autres sources d'informations ont été citées pour obtenir des informations.

#### **Notices de médicaments et de crème :**

Femme 2 : « Non je lisais les notices de crème qu'elle me donnait et que je me mettais sur le ventre, je lisais ce qu'il y avait dedans. »

Femme 10 : « Mais maintenant j'ai beaucoup de maux de tête. J'ai vérifié dans la notice des médicaments, mais c'était pas écrit. »

#### **Formations :**

Femme 9 : « De par ma formation [naturopathie], on en a pas mal parlé, on a pas mal de cours d'anatomie et de physiologie donc on a parlé des cycles et des hormones etc. »

Femme 15 : « Mais j'ai eu des cours forcément quand j'étais à l'école. [De sage-femme] »

## E. Rôle du médecin traitant

### 1. Qualités attendues

En demandant aux femmes comment elles s'imaginent un médecin généraliste qui prend en charge la ménopause, certaines mettent en avant des caractéristiques non modulables, comme l'âge et le sexe du médecin. Mais ce sont surtout les qualités humaines du médecin que souhaitent voir les femmes pour cette prise en charge.

#### a) Des personnes à qui s'identifier :

Les consultations avec leur médecin généraliste seraient plus faciles avec des médecins femmes elles-mêmes ménopausées, pour pouvoir partager certaines informations et pour s'identifier à elles.

#### Sexe :

Femme 1 : « *Mais c'est vrai qu'on est plus en confiance, que c'est plus facile de parler avec une femme des problèmes de ménopause. Je laisse l'andropause pour les garçons!* »

Femme 2 : « *Est-ce qu'un médecin généraliste homme est compétent aussi pour ça? Je ne sais pas.* »

Femme 4 : « *Je parlais toujours de ça avec ma gynéco mais pas avec mon docteur [...] Parce que c'était un homme.* »

Femme 7 : « *Avec les filles on aborde plus facilement la question.* »

Femme 10 : « *Juste m'en parler. Mais comme c'est un homme, je ne sais pas s'il peut... s'il s'y connaît. Ça serait plus facile avec une femme.* »

Femme 6 : « *Mais je pense que je suis quand même plus à l'aise avec une femme, peu importe son âge.* »

#### Age :

Femme 10 : « *Il faut qu'elle soit ménopausée pour pouvoir... Ça serait plus dur de donner un avis si elle-même n'est pas ménopausée. Elle peut nous dire ce qu'elle a appris dans les bouquins...* »

Femme 12 : « *Et maintenant que nous en parlons, moi je vous fais totalement confiance mais sans doute qu'il y a un vécu, enfin je veux dire le fait que vous pourriez être ma fille, c'est un peu compliqué. Peut-être que je préférerais en parler à quelqu'un de mon sexe et qui est passé par là, encore que... Dans l'idéal ça serait ça disons.* »

Femme 15 : « Pour moi l'idéal, même si je ne sais pas ce que c'est la ménopause, ça serait une femme mûre, qui peut-être a vécu la même chose et qui a surtout l'habitude d'accompagner les patientes [...] Je pense que la maturité est importante pour moi. Enfin, la maturité dans leur profession. »

### **b) Qualités humaines :**

La disponibilité, l'empathie, le temps de parole et d'écoute et les compétences professionnelles sont les principales qualités qu'espèrent les femmes pour leur prise en charge de la ménopause. Certaines recherchent également l'esprit « médecin de famille » qui permet une prise en charge plus personnalisée des désordres liés à leur féminité.

#### **Temps et disponibilité :**

Femme 4 : « Etre plus présent. Je vois mon cas, c'est vrai, au moins me redonner un petit rendez-vous, me dire de venir discuter pour voir comment ça se passe. »

Femme 2 : « Il faut quelqu'un qui ait du temps, qu'on ne sente pas que c'est du travail à la chaîne, et puis quelqu'un qui soit à l'écoute. C'est vrai que c'est en ce sens là que j'imagine un médecin. »

Femme 9 : « Il faut avoir le temps, il faut prendre le temps et ne pas se sentir expédiée en 5-10 min. »

#### **Empathie, être à l'aise:**

Femme 3 : « C'est de ça dont j'ai besoin. Il faut se sentir à l'aise, il ne faut pas que ce soit un ordinateur froid en face de moi, ça ça ne va pas. »

Femme 7 : « A ce moment là, c'est bien d'avoir quelqu'un qui vous comprend. »

Femme 11 : « Ce qui est important, c'est que le médecin ait de la disponibilité, et sa gentillesse, et c'est tout. Parce qu'on a besoin de ça quand même. Quand tu vas chez le médecin avec tes douleurs, s'il n'est pas très accueillant ou désagréable, ça aggrave la maladie. »

Femme 17 : « J'attends aussi qu'il ne soit pas là à me gronder, qui accepte qu'on frôle un peu les limites sans que ce soit dramatique. »

Femme 18 : « Un médecin, d'abord, il faut qu'il ait le sourire [...] rien que le fait de lui tenir la main ou de l'écouter, de le rassurer et il se sent compris, il se sent pris en charge, et il aura toujours besoin et envie de venir voir le médecin et de voir cette lueur qui illumine son visage. »

### **Parole, écoute et confiance :**

Femme 2 : « *C'est vrai que tout passe par la parole, c'est vrai aussi que je crois que les médecins généralistes, on devrait pouvoir leur parler de tout. »*

Femme 8 : « *La confiance avec son médecin. Je crois que c'est tout. Si on a confiance, on parle. [...] Et vice-versa, si un médecin écoute, tu es déjà à moitié guérie!* »

Femme 9 : « *Quelqu'un qui soit très à l'écoute, et puis pas quelqu'un qui essaie de se débarrasser de vous avec un traitement et une analyse ou autre. »*

Femme 11 : « *Parce que moi, j'aime bien comprendre et connaître les choses, poser des questions, pourquoi ça ou ça [...]. Des fois tu viens voir un médecin par exemple en rendez-vous, elle prend son temps, elle t'écoute, tu lui expliques, déjà ça fait du bien.»*

Femme 12 : « *Et je sens bien qu'une généraliste est quelqu'un qui peut l'entendre et avec qui il est souhaitable d'en parler! »*

Femme 16 : « *Et oui, le généraliste il doit être à l'écoute, et je pense qu'il aura les mêmes connaissances que la gynéco là-dessus, moi j'en suis convaincue. »*

### **Honnêteté :**

Femme 7 : « *Quelqu'un qui parle franchement, qui dit vraiment les choses sans détour. »*

Femme 8 : « *Nous dire la vérité, ne pas détourner le sujet et parler franchement, aussi bien d'un côté que de l'autre. »*

Femme 13 : « *Donc le médecin généraliste c'était aussi des fois celui qui remettait les pendules à zéro et qui disait « oh ben là tu déconnes ! » »*

### **Compétence :**

Femme 3 : « *J'attends aussi de la compétence mais surtout qu'il explique. Moi j'ai des gens qui ne parlent pas et ne m'expliquent pas, j'aime bien comprendre. Je pose des questions mais il faut que ça réponde en face! »*

Femme 9 : « *Du moment que la personne est compétente dans ce que je recherche. »*

Femme 15 : « *Je trouve que c'est important de savoir que ton médecin est à la page et qu'il est au courant de tout ce qu'il se passe.»*

Femme 16 : « *J'espère que les médecins, pas les anciens, mais qu'il y a des modules en fac, et qu'il y a suffisamment de pratique en gynéco, de formations, et par la suite des stages ou des colloques. »*

### **Médecin de famille, connaissance des patientes :**

Femme 3 : « L'idéal, je pense que c'était le médecin de famille, mais ça a disparu. Parce qu'il connaissait l'évolution d'une famille et le contexte. »

Femme 7 : « C'était facile avec mon médecin car je la connaissais bien, il y a des choses intimes qu'on ne peut pas aborder avec n'importe qui, même si c'est votre médecin, ça dépend du lien entre les deux personnes. »

Femme 9 : « Pouvoir répondre aux questions, rassurer et prendre de la distance, connaître un peu la personne, son vécu, et essayer de sentir un peu ce qui serait le mieux pour elle en fait. »

Femme 13 : « On allait voir le généraliste, et il avait plus ou moins réponse à tout. Et bon, c'était quelqu'un qui était dans la famille très proche, qui connaissait les enfants, le mari, tout le monde quoi ! C'est vrai que c'était presque un membre de la famille ! »

Femme 17 : « Globalement, je dirai que la personne me connaisse depuis un moment. J'aime bien être dans une relation, même si on ne se voit pas souvent, ça fait 20 ans qu'on la voit, je l'ai vu peut-être 6 ou 7 fois en 20 ans mais voilà, ça fait 20 ans qu'on se connaît quoi. »

### **La psychologie avant tout :**

Femme 15 : « Et puis peut-être un petit peu plus des questions sur la façon dont on le vit psychologiquement, voir s'il n'y a pas de mal être. »

Femme 2 : « Elle s'inquiétait de voir comment ça allait, ce que je ressentais. »

Femme 6 : « Pour parler de son ressenti et de ce qu'il se passe ! »

Femme 13 : « On a besoin d'écoute bien sûr mais on a aussi besoin d'un soutien psychologique. »

### **S'adapter à la personne, prise en charge personnalisée, centrer les consultations sur les patientes:**

Femme 4 : « Au moins on voit qu'on est suivies, qu'on est considérées, ça nous fait quand même du bien de voir qu'on s'occupe de nous. »

Femme 5 : « Qu'il pose des questions justement sur les choses qu'il faut surveiller, avec un questionnaire un peu ciblé en fonction de l'âge et des problèmes qu'on peut avoir. »

Femme 8 : « Mais surtout la confiance et un docteur qui écoute, vous vous sentez au centre comme ça !! »

Femme 12 : « Il y a d'abord à savoir qui est le sujet en face de soi. »

Femme 3 : « Etre à l'écoute et puis surtout ne pas trop mettre de règles. L'être humain n'a pas toujours eu de règles. »

## 2. Conscience des changements à venir

### **a) Enthousiasme sur l'évolution du rôle des généralistes, diversification des compétences:**

La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes est appréciée par les femmes, qui mettent également en avant l'importance de la formation initiale et continue des médecins.

Femme 9 : « *C'est vrai qu'un médecin compétent qui serait spécialisé justement, je pense que ça serait vraiment chouette quoi.* »

Femme 10 : « *Vous faites de la gynécologie, de la PMI (Protection Maternelle et Infantile). On peut parler de tout et vous sauriez répondre.[...] Approfondir un peu ses connaissances.* »

Femme 16 : « *Parce que je sais très bien que de plus en plus de généralistes traitent aussi de la gynéco. C'est de plus en plus en ville, même en région parisienne.* »

Femme 2 : « *Mon père était médecin généraliste et il a fait des accouchements, et je pense que effectivement c'est une approche qu'il serait bon que le médecin généraliste ait, pour avoir une idée de la femme dans son ensemble, et je pense que c'est important.* »

Femme 12 : « *Faire des stages en gynécologie, c'est à dire aller à la porte des gynécologues à la retraite, il faut vous appuyer sur l'expérience des autres, voilà.* »

Femme 18 : « *Il ne doit pas juger tout ce qu'il écoute tout de suite, s'il a un petit moment, qu'il note dans son carnet, il révise et puis voilà.* »

### **b) Vers la diminution des consultations chez le spécialiste :**

Trois femmes interrogées ont évoqué la difficulté actuelle et à venir de consulter des médecins spécialistes à cause de la démographie médicale et des délais d'attente, des tarifs pratiqués et de la féminisation du milieu médical.

Femme 12 : « *Je sens bien le rôle qui incombe aux généralistes, on va vous demander, non pas de remplacer tous les spécialistes mais un peu quand même, parce que les spécialistes il y en a moins et puis c'est carrément 3 fois le prix que vous nous prenez! Et c'est aussi 6 mois d'attente. [...] Mais je pense qu'aujourd'hui, étant donné la pénurie de médecins spécialistes, je pense que les généralistes ont tout intérêt à prendre à bras le corps cette séquence de la vie des femmes, c'est dans l'intérêt des patientes.»*

Femme 13 : « *Je sais que dans tout mon entourage qui n'est pas dans le médical, une femme va toujours chercher à voir une femme. Mais bon dans 50 ans, la question sera résolue, on ne se posera plus ce genre de questions. Ça va devenir comme chez les infirmières, un milieu purement féminin.[...]*

*C'est pour ça que je pense que c'est très important, comme on ne va plus trop avoir de spécialistes , que les généralistes soient beaucoup plus à l'écoute là-dessus quoi. »*

Femme 14 : *« Si je ne vais pas chez la gynéco, si elle n'est pas disponible, si j'ai un rendez-vous trop tard, parce que c'est long quand même la gynéco. »*

### **3. La consultation idéale**

#### **a) Informations à développer**

Selon les femmes interrogées, une consultation concernant la ménopause doit avant tout développer certains thèmes en lien avec les questions qu'elles se sont posées : informations sur les symptômes et les complications, sur les traitements, sur leur sexualité, sur la prévention et l'hygiène de vie.

#### **Symptômes :**

Femme 7 : *« En fait, quand j'y vais, on parle de tout donc justement, ça permet qu'elle me dirige après. Je lui parle de tous les symptômes que je peux avoir. »*

Femme 14 : *« Commencer à demander à 45 ans par exemple « est ce que vous avez des petits symptômes ? » »*

Femme 15 : *« Pareil, pour la ménopause, c'est informer, dans le même style : pourquoi tel symptôme, parce que je pense qu'une fois que tu sais, tu acceptes mieux. »*

#### **Sexualité, rapport avec son corps :**

Femme 1 : *« Ou sur un plan psy aussi de parler de comment je vis ma féminité différemment, mon relationnel ou manque de libido etc... [...] Expliquer quels changements dans son corps elle ressent, est-ce que ça a des incidences dans ses relations dans son couple, est-ce que ça a des incidences tant physiques que psychologiques. »*

Femme 2 : *« J'ai pu lui parler de sexe comme ça sans qu'il intervienne. »*

#### **Traitements :**

Femme 1 : *« Est-ce qu'il y a des traitements qui méritent d'être appliqués ou pas, allopathie ou phyto, enfin voilà. »*

Femme 4 : *« Au début quand on va voir le docteur, il nous donne un traitement et revenir le voir, pour voir si ça marche ou pas. »*



Femme 16 : « Le médecin pose toutes les questions de ce qu'on a comme désordres enfin comme dérangements, si on a des symptômes qui nous gênent par rapport à cette absence de règles, si on souhaite un traitement. »

#### **Hygiène de vie :**

Femme 9 : « Et puis même le sport, il y a beaucoup de femmes ici assez fortes, qui ne bougent pas beaucoup, alors que bon, la ménopause on prend du poids, il faut quand même se bouger quoi! »

Femme 10 : « Mais ça serait intéressant, on donnerait des conseils alimentaires aussi, ce qu'on peut faire ou non. »

Femme 18 : « D'abord moi le suivi il faut que ça soit sur l'alimentation, parce que une dame qui prend des médicaments et qui ne respecte pas ce qu'elle mange, elle ne respecte pas son corps. »

#### **Complications de la ménopause :**

Femme 5 : « Peut-être qu'il y a des choses comme ça qu'il faudrait connaître. Les risques plus importants à ce moment là chez une femme, même après la ménopause. »

Femme 6 : « Qu'il nous explique bien sûr ce que cela va entraîner sur notre organisme. »

Femme 11 : « Bah il faut qu'elle m'explique s'il y a des effets secondaires, est-ce qu'il y a des conséquences, qu'est ce que ça peut faire pour ... enfin... comment dirais-je, qu'est-ce que ça peut faire par exemple quand on est ménopausée, est-ce qu'on est bien dans la tête ou des trucs comme ça.»

#### **Prévention :**

Femme 7 : « Elle m'informe quand je dois faire mes dépistages, ma mammographie... je pense que c'est bien d'avoir quelqu'un qui vous rappelle les choses. »

Femme 5 : « Je trouve qu'il y a beaucoup de prévention et d'informations sur la grossesse. On trouve très facilement des petites brochures, et on pourrait trouver la même chose pour la ménopause. »

Femme 9 : « La prévention, peut être ne pas attendre que les premiers signes arrivent ou quand la personne vient consulter pour ça, quand une femme vient autour de 45 ans même pour une autre raison, ça peut être bien effectivement de commencer à parler de ça quoi. »

Femme 11 : « Parce que là tu t'orientes vers les médecins et ils te disent « va faire mammographie, fais frottis, ça et ça. » »

## **b) Développement de la consultation :**

### **Interrogatoire, anamnèse :**

Le déroulement d'une consultation classique de suivi de ménopause selon les femmes doit mettre l'accent sur l'interrogatoire et le recueil d'antécédents plus que sur l'examen physique.

Femme 2 : « *D'abord, faire un petit bilan avec des questions par rapport à ce que j'ai comme enfants, comment se sont passées peut-être les grossesses.* »

Femme 7 : « *Je pense qu'il y a déjà un dialogue au départ, je pense que par rapport à tout ce que j'entends, on a pas toutes les mêmes symptômes et on ne le vit pas forcément pareil donc je pense que dès le départ le dialogue est important pour pouvoir justement diriger le praticien dans la consultation.* »

Femme 12 : « *Sauf si elle amène le sujet, si je sens qu'elle est dans son champ d'action, là je veux dire bravo, on y va ensemble!* »

Femme 8 : « *Poser la bonne question, est-ce que c'est la ménopause, comment ça se passe.* »

Femme 15 : « *Bah peut-être comme une consulte gynéco, avec peut-être plus d'interrogatoire sur les effets indésirables de la ménopause et des conseils.* »

Femme 16 : « *Déjà l'interrogatoire médical, depuis combien de temps tu n'as pas tes règles.* »

### **Examen clinique et gynécologique :**

La palpation des seins avec un examen général doit être réalisé fréquemment, avec selon certaines, un examen pelvien.

Femme 8 : « *Qu'on ausculte bien, tout ça. Regarder les seins, ne pas regarder que le cœur. Je trouve que c'est super.* »

Femme 9 : « *Oh ben par exemple, une fois je suis venue au centre pour un certificat médical, et le médecin en a profité pour faire une palpation des seins, tout ça, c'est bien, je trouve ça rassurant. Maintenant, sur le plan gynécologique, s'il n'y a pas de frottis, je ne sais pas s'il y a un intérêt, ça c'est le médecin qui voit. Examiner ça peut rassurer.* »

Femme 11 : « *Il doit regarder les seins, pas tous les jours mais de temps en temps, il doit voir où on en est avec cette ménopause là. Un suivi quoi!* »

Femme 15 : « *Bien regarder les seins et un examen gynéco. Et puis quand même le poids, la tension évidemment, comme un gynéco quoi!* »

Femme 17 : « *Pour le reste du suivi, le frottis, l'examen des seins, la mammographie, ça fait faire un examen gynéco de base.* »

### **Souhait d'examens complémentaires :**

Beaucoup de femmes sont en demande d'examens complémentaires pour confirmer la ménopause ou pour savoir à quel stade de leur vie elles se trouvent.

Femme 4 : « *Peut-être plus avec une prise de sang, non je ne sais pas, je dis ça comme ça!* »

Femme 7 : « *Elle va voir par rapport à ce que je lui dis, elle va peut-être me donner à faire des examens, genre échographie ou prise de sang et me dire d'aller voir la gynéco.* »

Femme 9 : « *Faire des bilans, les femmes elles aiment savoir où elles en sont à cet âge là.* »

### **Rassurer, normaliser la situation :**

Le but de la consultation médicale est principalement d'informer, et de façon assez contradictoire, de démedicaliser la ménopause pour rassurer les femmes.

Femme 9 : « *Et puis surtout rassurer, relativiser, ne pas médicamenter à tout prix, ne pas chercher à faire taire tous les symptômes, montrer que c'est quelque chose de normal, que c'est un passage.* »

Femme 10 : « *Ne pas aggraver les choses, être cool. Qu'on ne me dise pas que c'est une sorte de maladie.* »

Femme 3 : « *On médicalise un peu trop les choses maintenant. Bon, évidemment, le contexte a changé, je suis bien consciente qu'il y a une évolution mais je pense qu'on y apporte trop d'importance et que bon...* »

## **4. Suivi de la ménopause à plus long terme**

### **a) Chacune son rythme :**

Le suivi de la ménopause au-delà d'une consultation initiale ne doit pas être forcément être programmé de façon systématique mais plutôt s'adapter aux besoins des femmes.

Femme 5 : « *Aller voir le médecin quand on en a besoin, pas forcément de façon fréquente.* »

Femme 7 : « *Des fois, j'y vais régulièrement, presque tous les mois, et d'autres fois où je n'ai pas besoin. Ça varie aussi suivant ce qu'on vit et suivant les symptômes qu'on a.* »

Femme 9 : « *Après, combien de fois il faut venir voir, je ne sais pas, un suivi de ménopause, 1 fois, 2 fois, je ne sais pas, en fonction des troubles.* »

Femme 15 : « Une fois par an si tout va bien. Maintenant si vraiment il y a une phase où vraiment je sens que là je ne contrôle plus mon corps, que je ne me comprends plus et qu'il y a quelque chose qui m'inquiète, j'irai le revoir spontanément. »

### **b) Réévaluation et surveillance régulière :**

Beaucoup des femmes s'accordent à dire que ce suivi doit être régulier, tous les 6 mois voire tous les 3 mois au début pour certaines.

Femme 1 : « Que de temps en temps on en parle en fin de séance ou quand on fait des rendez-vous 2 fois par an où tu fais le check-up, tu dis au fait, vous en êtes où de votre ménopause ? »

Femme 4 : « Etre suivie tout le temps en fin de compte. Avoir un suivi régulier, tous les 6 mois par exemple pour voir si le corps a accepté le médicament ou s'il y a eu des choses ou pas. »

Femme 8 : « Moi je dirai tous les 3 mois ou 6 mois puis tous les ans. »

Femme 10 : « 1 fois par mois, ça serait bien. Je prendrais rendez-vous souvent pour faire attention à moi. »

Femme 11 : « Souvent, tous les 3 mois ou tous les 6 mois. »

Femme 15 : « C'est un médecin que je verrai beaucoup plus régulièrement que je ne le vois. »

### **c) Collaboration avec spécialistes :**

De plus, les femmes interrogées félicitent l'orientation réfléchie vers les médecins spécialistes ou autres professionnels de santé ainsi que la collaboration entre généralistes et spécialistes.

Femme 7 : « Le nom "généraliste", ça veut dire quand même quelque chose! Elle peut nous diriger vraiment vers les spécialistes qu'il faut. »

Femme 8 : « Comme j'allais voir ma gynéco, elles [mon médecin traitant et ma gynéco] étaient en rapport ensemble en fin de compte. Elle a toujours été au courant des radios, des frottis... Donc je parlais plus avec les gynécos de ces problèmes là. »

Femme 17 : « L'acupuncture ou l'ostéopathie peut être. »

## **F. Propositions d'amélioration de la prise en charge : point de vue des patientes**

### **1. Au sein du cabinet de médecine générale**

Spontanément, les femmes donnent des conseils sur ce qui doit être amélioré en médecine générale pour une meilleure prise en charge de la ménopause au sein du cabinet.

#### **a) Pour les consultations**

##### **Consultation dédiée :**

Les femmes sont demandeuses d'une consultation spécifique sur la péri-ménopause et sur la ménopause, à réaliser en fin de quarantaine.

Femme 5 : *« Peut-être qu'il y a un moment où il faudrait peut-être une consultation un peu particulière là-dessus. »*

Femme 9 : *« Après au niveau du praticien, c'est vraiment une question de personnalité et d'envie de le faire. C'est pour ça que c'est intéressant comme système de mettre une consultation pour ça, autour de 45-47 ans. »*

Femme 13 : *« Dans la croyance habituelle, la ménopause c'est après 50-55 ans, quand on est vieux. Mais faire une consultation vers 48 ans je dirai, c'est là qu'on commence à se dire « oula, j'approche le demi-siècle, ça sent le sapin. »»*

##### **Venir chercher les patientes, prendre les devants :**

Les femmes souhaiteraient que les médecins généralistes les incitent à venir ou revenir en consultation pour pouvoir parler de la ménopause.

Femme 2 : *« Je pense qu'en voyant les dates de naissance des patientes, leur demander est ce que les choses se passent bien, est-ce qu'il n'y a pas des petits symptômes qui font qu'elles entrent dans une ménopause. »*

Femme 4 : *« Moi je pense ça aurait été bien si elle m'avait dit vous pouvez revenir. »*

Femme 5 : *« Le fait de poser une question quand on est médecin sur les hormones et les règles quand on voit un patient, ça me semble important, savoir si les cycles sont réguliers et si c'est le début de la*

*ménopause, et bien à ce moment là, dire « vous savez la prochaine fois, vous pourrez peut-être venir pour qu'on parle de ménopause, prenez un rendez-vous même si vous n'êtes pas malade. » »*

*Femme 6 : « Prendre les devant bien sûr, et bien expliquer! »*

*Femme 14 : « D'après l'âge qu'a la patiente, commencer à lui en parler. Peut-être ça. »*

### **Relances par courrier ou secrétaire :**

Ces incitations peuvent se faire par les médecins eux-mêmes mais aussi via leur secrétariat par téléphone ou courrier.

*Femme 7 : « Et pourquoi pas le rappeler avec un petit courrier aussi! »*

*Femme 4 : « Ou bien même parfois on peut aussi convoquer, même par la secrétaire, nous dire est ce que vous voulez voir le docteur? »*

### **Groupes d'échanges :**

La réalisation de réunions de groupes, notamment celles de femmes d'une même tranche d'âge pour évoquer librement la ménopause avec le médecin comme animateur et régulateur a été plébiscitée par plusieurs femmes.

*Femme 7 : « Je pense que des réunions d'informations... Je n'en ai pas connu des réunions de groupes entre femmes pour discuter là-dessus avec le généraliste qui fait la discussion. Ces femmes échangeraient. [...]Donc des réunions d'informations à partir de 40 ans c'est bien. J'ai déjà eu des dépliants là-dessus mais c'est pas la même chose quand on lit les choses et quand on en parle, l'impact est différent.»*

*Femme 8 : « Faire des colloques, des réunions par exemple. Je pense que ça serait pas mal. »*

*Femme 11 : «Faire des réunions, ou des conférences, des débats avec ces femmes là en leur expliquant qu'est ce que c'est que la ménopause. »*

## **b) Moyens physiques**

### **Echantillons gratuits :**

La mise à disposition d'échantillons gratuits de traitements a également été demandée par deux des femmes de ce travail.

Femme 1 : « *Et bien j'ai déjà vu chez Delphine (NB : Delphine = médecin traitant de la Femme 1) mais surtout chez la gynéco, tu as des hormones comme ça derrière chez le médecin, du manhaé® [compléments vitaminiques], enfin des gels.[...] De dire aux gens voilà, je peux vous donner des échantillons gratuits, testez ça !* »

Femme 18 : « *Avant j'étais infirmière, je travaillais à l'hôpital, je prenais des échantillons.* »

### **Dépliants, prospectus médicaux, affiches:**

L'utilisation de prospectus ou d'affiches, notamment en salle d'attente les intéressent.

Femme 1 : « *Ou dans la salle d'attente, d'avoir des dépliants, je pense que ça peut aider aussi.* »

Femme 5 : « *Il y a plein de choses qu'on pourrait connaître quoi, qui pourraient être transmises assez facilement par les petits livrets qui traînent dans les salles d'attente.* »

Femme 8 : « *Des petits fascicules en salle d'attente. Des affiches à mettre dans les cabinets. S'il y en avait eu, je les aurai vu. Même si on est que 10 minutes dans une salle d'attente, on lit quand même tous les trucs qui sont sur les murs.* »

Femme 13 : « *Je pense que effectivement ce serait bien de mettre un peu de l'info sur les murs.* »

### **Calendrier avec les étapes de vie :**

L'une des femmes propose de donner aux femmes un calendrier reprenant les différentes étapes physiologiques de la vie d'une femme dès l'enfance.

Femme 8 : « *Donc un genre de calendrier avec les âges différents et les étapes qui correspondent, pour en parler plus tôt aux enfants.* »

## **2. En dehors du cabinet de médecine générale**

En plus des efforts à apporter dans le cabinet, certaines propositions ont été faites par les femmes sur les améliorations à apporter par la société en général.

### **Publicités :**

L'une des participantes souhaiterait voir des publicités incitant à la réflexion sur la ménopause.

Femme 1 : « *Ils feraient mieux de faire des pubs sur la ménopause que sur les serviettes Téma® par exemple! (rires) Ils feraient mieux de parler de ça! Nan mais ce qui me fait hurler de rire c'est que la ménopause c'est beaucoup plus invisible que les fuites urinaires !* »

### **Rôle de la sécurité sociale :**

Trois des femmes ont cité la sécurité sociale comme possible incitateur à une consultation médicale, comme c'est déjà le cas pour les dépistages des cancers du sein ou du colon.

Femme 8 : « *Ça serait la sécurité sociale qui devrait faire ça, envoyer un petit courrier, comme pour les mammographies. »*

Femme 14 : « *Peut-être aussi la sécu, quand ils nous envoient les remboursements, mettre peut être un petit papier dedans aussi. Souvent ils mettent des trucs comme « appelez ameli », donc mettre des petits trucs comme ça. »*

Femme 15 : « *Je pense au cancer colorectal, on nous envoie un truc à 50 ans, pourquoi on n'enverrait pas aux femmes un truc sur la ménopause et sur le cancer du sein ? Je ne l'ai jamais reçu ce truc là ! (...) L'envoi personnalisé en effet vers 45 ans. »*

### **Intervention d'humoristes :**

Enfin, une femme a émis le souhait de voir des femmes célèbres telles que les humoristes, parler plus souvent de ménopause pour toucher un plus large public.

Femme 12 : « *Mais enfin peut-être que Sylvie Joly, peut-être que des humoristes pourraient nan? Ça pourrait être bien pour vous. Pourquoi ne pas taper du côté des humoristes? C'est vrai qu'il y a des filles qui parlent de tout là, comme Florence Foresti qui a parlé de sa maternité comme étant le plus mauvais moment de sa vie. »*

## **3. Différence de propositions en fonction des milieux socio-économiques**

Ces propositions d'amélioration doivent également s'adapter au niveau d'éducation des femmes, notamment en ce qui concerne les informations écrites chez les femmes illettrées.

Femme 9 : « *Après, les dépliants ici à Montreuil, il y en a plein qui ne parlent pas français, beaucoup sont illettrées... Mais je pense que dans le 16e par contre elles savent déjà tout sur tout![...]. C'est des femmes [population immigrée à Montreuil] qui sont beaucoup dans l'oralité et ça passait très bien de pouvoir faire des réunions sur des thèmes comme ça. Elles entendent ça. Faire des réunions en groupe. Après ça peut déboucher sur une consultation plus personnelle.»*

Femme 11 : « *Quand tu n'arrives pas à lire ou comprendre le truc, ce n'est pas la peine. Je trouve que par exemple, quelqu'un qui est cultivé, il peut comprendre par exemple la ménopause ce que c'est. Mais les femmes du village qui viennent directement ici, elles n'ont pas de formation, elles n'ont pas fait l'école, elles n'arrivent pas à lire, elles ne comprennent rien du tout! »*



## **V. Discussion**

### **A. L'originalité de l'étude**

#### **1. Le sujet**

Il existe assez peu de travaux de recherche de médecine générale sur la ménopause, en particulier sur l'information et la place du médecin traitant. En effet, la recherche sur le SUDOC de thèses contenant le mot ménopause donne 614 résultats, huit seulement avec les mots ménopause et information, et six avec les mots médecin généraliste et ménopause. En comparaison, la grossesse en compte 7737 et la contraception 1388.

De même, en utilisant le « MeSH term » « *menopause* » (ménopause) sur pubmed, 49107 publications sont retrouvées contre 779813 pour celui de « *pregnancy* » (grossesse) et 233224 pour celui de « *breast cancer* » (cancer du sein).

Sur Google Scholar, 575000 résultats sont en lien avec le mot « *menopause* » alors que celui de « *abortion* » (avortement) en révèle 1050000.

Le rôle du médecin traitant a déjà été étudié dans la prise en charge de divers problèmes inhérents à la médecine générale et aux pathologies gynécologiques, mais moins souvent sur le domaine de la ménopause en particulier.

#### **2. La population et les données recueillies**

La définition au préalable des critères de variation (énoncés précédemment) a permis d'obtenir un échantillon ciblé et représentatif du thème étudié. Ainsi, les profils des femmes de plus de 45 ans, avec une ménopause naturelle ou provoquée ou sans ménopause, avec ou sans traitement hormonal, aux catégories socioprofessionnelles, origines géographiques et antécédents variés, ont mis en évidence une palette assez large de discours. Nous avons donc eu accès à une diversité de situations, de vécus et de représentations.

Au total, la saturation des données s'est faite à l'issue de dix huit entretiens, témoignant de la richesse et du nombre d'informations obtenus. Beaucoup de thèmes ont été dégagés à l'issue des interviews.

### **3. Le type d'étude**

Le choix de réaliser une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés pour répondre au mieux à la problématique posée via une approche phénoménologique, permet de s'approcher du vécu des femmes. L'objectif de cette méthode est de découvrir les processus par lesquels les participantes donnent du sens à leurs expériences, et se réfère aux récits subjectifs des femmes. L'application de la phénoménologie dans notre étude utilise des données recueillies auprès des femmes de plus de 45 ans et donc susceptibles d'être ménopausées, c'est-à-dire de personnes qui connaissent le phénomène étudié pour l'avoir vécu.

Cette méthodologie demande un travail et un investissement important avec la mise en place du protocole de recherche, la réalisation des entretiens puis de la retranscription et de l'analyse des données. Mais la participation des femmes de l'étude a rendu ce travail enrichissant grâce aux échanges et à l'immersion dans ce qu'elles m'ont laissé entrepercevoir de leurs pensées et de leur vie en général.

## **B. Les biais**

### **1. Liés au recrutement et au mode d'échantillonnage**

La plupart des femmes a été recrutée dans un cabinet de médecine générale ou dans un autre lieu de pratique de la médecine francilien. La population de l'étude représente donc une catégorie de femmes urbaines, actives, peu concernées par le chômage ou le manque d'accès aux soins.

De plus, la barrière de la langue fait que les entretiens ont été réalisés uniquement avec des femmes parlant français.

### **2. Liés à l'interviewer**

Le fait que je sois un médecin a pu limiter le discours de certaines femmes de peur de « dire des bêtises » devant un professionnel de santé. Plusieurs des participantes m'ont d'ailleurs interpellée pour approfondir certains points d'ordre médical.

Mes qualifications limitées dans le domaine de la recherche qualitative sont probablement responsables d'une certaine perte d'information. Bien qu'ayant effectué des recherches sur la méthodologie à utiliser lors des entretiens, certaines questions n'ont pas été formulées de façon ouverte et d'avantage de relances auraient pu être utilisées, ce qui est responsable d'un biais d'investigation (50). J'ai essayé d'éviter au mieux de donner mon avis sur le sujet lors des entretiens.

### **3. Liés aux interviewées**

L'incapacité de certaines femmes à rester dans le sujet de recherche a été limitée par le caractère semi-dirigé des entretiens.

La durée moyenne des entretiens (30 minutes) témoigne de la difficulté pour certaines femmes de se livrer et de passer au-delà du discours de conformité sociale, il faut souvent du temps pour faire émerger la pensée des personnes. La durée des entretiens semi-dirigés lors d'études qualitatives est très variable, en général entre trente minutes et deux heures. (52)

### **4. Liés à l'analyse : biais d'interprétation**

Je suis la seule à avoir effectué la retranscription et le codage des verbatim, ce qui peut être responsable d'une subjectivité dans l'analyse des données.

## **C. Les critères de scientificité**

L'article « Diversité et créativité en recherche qualitative » de Michel DORAIS (53) explique ces critères. Ils varient selon les chercheurs, certains estimant qu'ils peuvent être superposables à ceux de la recherche quantitative. A l'inverse, d'autres pensent qu'il faut les distinguer, le but et la méthodologie d'une étude qualitative étant différente. Il existe toutefois des points communs, quelles que soient ces opinions.

Comme le dit le Docteur DRAPEAU (psychologue, université de Montréal), « *il n'est pas inhabituel que ces critères soient comparables d'une recherche à l'autre, et ce malgré des fondements épistémologiques parfois bien différents* » (54).

La validation des méthodes qualitatives fait référence à la capacité de produire des résultats ayant « *une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié* » (MUCCHIELLI, Docteur en philosophie) (55).

### **1. La validité interne ou crédibilité**

La validité interne consiste à vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer (44).

Le chercheur doit pour cela vérifier que son interprétation des données coïncide avec celle des acteurs de la recherche (validité des interprétations).

Pour cela, dans le cas de cette étude, les résultats de l'analyse ont été montrés à trois des femmes y ayant participé. Celles-ci ont confirmé les conclusions de l'étude, augmentant ainsi sa crédibilité.

### **2. La validité externe ou transférabilité**

Ce principe signifie que les résultats obtenus lors du travail de recherche puissent être « exportés » et appliqués dans d'autres contextes.

L'échantillonnage ciblé a permis d'obtenir une population représentative de la problématique. Le recrutement de dix huit femmes avec des critères variés sur l'âge (de 49 à 81 ans), sur les lieux de résidence (Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et de naissance (France Métropolitaine et d'Outre Mer, Maroc, Sénégal, Inde et Allemagne), sur la prise ou non d'un THM, sur la profession en dehors et au sein du domaine paramédical (sans emploi, journaliste, sages-femmes, infirmières, aide-soignante et agent des services hospitaliers), et sur les caractéristiques de la ménopause (âge de 39 à 54 ans, ménopause provoquée ou naturelle).

La saturation des données impliquant dix huit participantes a favorisé l'obtention d'informations riches et complexes.

De plus, la description la plus exacte possible de la population de recherche permet de comparer au mieux les résultats de l'étude et ainsi de les extrapoler.

Dans mes recherches, je n'ai pas trouvé d'autres études qualitatives exactement sur le même sujet qui permettraient de comparer les résultats obtenus.

### **3. La cohérence interne ou fidélité**

Proche de la validité externe, la cohérence interne est définie par Le Docteur LESSARD-HEBERT (docteur en éducation) comme « *la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe quand et comment celle-ci est produite* »(56).

Pour y parvenir, il est possible de faire intervenir plusieurs interviewers et de chercher une concordance des résultats, ce qui n'a pas été fait dans cette étude.

Enfin, une implication sur le long terme et sur différents lieux augmente cette fidélité. Dans le cas de cette étude, le travail de thèse a duré environ 20 mois dont huit mois pour réaliser les entretiens, qui se sont effectués à différents endroits d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### **4. La fiabilité ou objectivité**

La fiabilité juge l'indépendance des résultats par rapport aux croyances du chercheur, cela concerne sa transparence et son honnêteté. Le chercheur ne doit donc pas conforter ses théories mais plutôt les confronter aux données obtenues, son attitude doit être impartiale.

Une exposition claire des méthodes et des procédures employées pour récolter, analyser et rédiger les données a été faite dans ce travail, et permet de connaître mon cheminement et mes déductions et de prendre ainsi conscience de la part subjective de mon travail.

La triangulation théorique accroît cette fiabilité en comparant les résultats à ceux obtenus dans d'autres études, ce qui est fait à la suite de ce chapitre (partie Discussion).

### **5. La triangulation**

La triangulation se définit comme une démarche où l'on croise différentes approches d'un objet de recherche, dans le but d'augmenter la validité et la fiabilité des résultats obtenus.

Le spécialiste en sociologie, le Professeur DENZIN (1970) en décrit quatre formes (57):

- Triangulation des données : la prise de données se fait sur des échantillons différents (lieux, temps et intervenants différents).
- Triangulation des investigateurs : travail de plus d'un chercheur pour rassembler et interpréter les données.
- Triangulation théorique : interprétation de données selon plusieurs théories (fait appel à des théories alternatives ou concurrentes). Des hypothèses d'explication issues de différentes approches théoriques sont formulées.
- Triangulation méthodologique : utilisation de plus d'une méthode pour rassembler des données (questionnaires, entretiens, focus-groupe...).

Pour cette étude, nous avons effectué une triangulation des données en faisant participer les femmes dans différents lieux et à plusieurs moments des années 2014 et 2015.

En revanche, il n'y a eu qu'un seul investigateur et une seule méthode utilisée.

## **D. Discussion des principaux résultats**

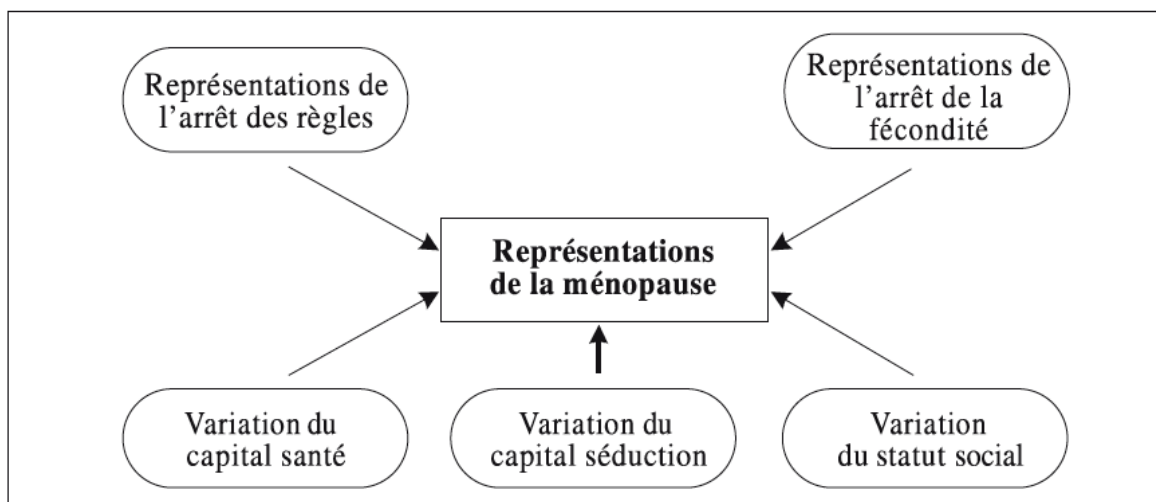
### **1. Ambivalence des représentations de la ménopause**

Nous avons vu dans notre étude grâce à la question brise-glace « *Que vous évoque la ménopause ?* » que les femmes ont toutes une vision assez mitigée de la ménopause. Presque toutes reconnaissent son côté naturel en la décrivant comme un passage obligé dans la vie d'une femme, mais malgré cette caractérisation, elles dénoncent très souvent un ressenti négatif en lien avec cette période. Ainsi, bien que tout à fait conscientes de la transformation physiologique qui s'opère, elles ne peuvent s'empêcher de penser aux répercussions que celle-ci a sur leur corps : les symptômes climatériques gênants et la transformation physique ont été souvent rapportés. Plusieurs études font également lieu de cette ambivalence de ressenti, telle que la thèse en médecine générale de Jeanne GINDRE et l'étude de PIMENTA et al de 2011 (58) (59).

D'après une étude américaine publiée en 2008, toutes les femmes pensent à la ménopause comme à un processus naturel mais malgré cela, pour beaucoup d'entre elles, la ménopause est synonyme de fin de l'âge jeune et est propice pour se redéfinir en temps qu'être humain. Ainsi, la ménopause fait figure de rappel que leur vie change et prend un tournant vers la maturité (60).

En revanche, dans cette même étude, elle est également vue comme une source de stress qui se surajoute à celui de leur vie quotidienne, révélant encore davantage leurs symptômes, un peu comme un cercle vicieux. La plupart préfère donc en rire et l'accepter, voir le bon côté des choses et être optimiste, comme dans le fait de ne plus avoir de règles. Cette notion a aussi été développée par les participantes de notre étude, qui ont évoqué le soulagement de ne plus être réglées mais également les diverses techniques de relaxation qu'elles utilisent pour faire face aux désagréments liés à la ménopause.

Pour expliquer au mieux cette opposition de ressenti, le psychiatre et anthropologue Daniel DELANOË a construit un modèle en cinq dimensions de la représentation de la ménopause par les femmes. Chacune de ces dimensions peut être affectée par une valeur négative, positive, nulle ou ambivalente (61) (62).



5 dimensions de la représentation de la ménopause selon Delanoë  
(Stéroïdes, ménopause et approche socioculturelle. Paris: Elsevier; 1998.)

L'arrêt des règles : satisfaisant d'un point de vue pratique mais parfois difficile à vivre d'un point de vue symbolique.

L'arrêt de la fécondité : ne plus avoir à se soucier de contraception, c'est aussi ne plus avoir de possibilité d'avoir un enfant.

Variation du capital santé : rarement synonyme de meilleure santé (fin de migraine cataméniale par exemple), la ménopause est parfois révélatrice de fragilités.

Variation du capital de séduction : la liberté dans la vie sexuelle et amoureuse s'oppose aux transformations physiques liées à la ménopause.

## Variation du statut social : place d'une femme plus mature ou plus vieille ?

Il semble que les femmes blanches américaines cherchent à contrôler leurs symptômes via diverses stratégies tandis que les femmes américaines issues de minorités essaient plutôt de les minimiser, comme le montre l'étude de IM et al de 2010 (63). Dans notre étude, les femmes venant ailleurs que de métropole française se posent plus de questions, sont plus à la recherche d'informations que les autres, pour mieux comprendre et contrôler les changements qu'elles ressentent.

De plus, les femmes sont plutôt rassurantes quant à leur sexualité pendant la ménopause : la contraception naturelle est assurée et les enfants sont partis de la maison ! Même si certaines se posent des questions, celles qui l'ont abordée l'ont fait positivement. Mais dans la littérature, la sexualité est souvent abordée comme un point négatif de la ménopause (sécheresse vaginale, diminution de la libido, peur des pertes de performance) comme dans l'étude de Pimenta et collaborateurs (59).

Sur ce sujet, l'étude de WINTERICH (64) met en évidence que le réel frein à une sexualité épanouie pendant la ménopause revêt plutôt une problématique culturelle et sociale : définir les relations simplement par l'acte sexuel limiterait les femmes dans leurs vies amoureuses. Beaucoup de femmes se plaignent en effet de sécheresse vaginale sans que cela n'impacte leurs rapports grâce à l'utilisation de lubrifiants mais surtout grâce au dialogue avec leur partenaire. La qualité d'un dialogue préexistant avec son conjoint ainsi que le passé sexuel des femmes serait donc primordial pour vivre de façon harmonieuse leur sexualité pendant la ménopause, en faisant ainsi un déterminant social.

En ce qui concerne cette thèse, les femmes interrogées disent ne pas communiquer suffisamment avec les hommes sur la ménopause. Mais le dialogue entre les femmes et leur partenaire à propos de la sexualité a probablement été facilité par leur culture et leur éducation, la grande majorité d'entre elles étant issues d'un milieu relativement aisé, ce qui pourrait expliquer la différence de vécu par rapport à d'autres études.

## **2. Rôle des hommes**

Les femmes de l'étude ont été claires : la ménopause n'est pas un sujet qu'elles abordent avec les hommes de leur vie, en particulier avec leur mari. L'une d'entre elle s'est même décrite comme trop « honteuse » pour lui en parler.



En Turquie, une étude de 2003 a mis en évidence le manque criant de connaissances des hommes sur les menstruations et la ménopause des femmes. Ils considèrent que cette dernière est responsable d'une prise de poids et d'une perte de beauté physique chez les femmes, mais surtout qu'elle est synonyme de la fin de leur propre vie sexuelle(65).

En 2008, la TNS Sofres expose des chiffres assez différents de ceux retrouvés dans cette thèse puisque 77% des hommes interrogés disent avoir déjà parlé de ménopause avec leur compagne (66). Cette différence pourrait être expliquée par les divergences d'attente entre les hommes et les femmes dans le dialogue sur la ménopause : certaines des femmes de notre travail de thèse disent avoir déjà parlé de la ménopause avec leur mari mais de façon peu approfondie, sans vraiment expliquer ce qu'elles ressentent, elles mettent donc en avant le manque de communication avec leur conjoint sur leurs propres expériences (*« on ne peut pas dire que j'ai à débattre de choses de psychologie féminine et compagnie avec lui, il n'a jamais été très réceptif à ça. »*). A l'inverse, pour les hommes, communiquer sur la ménopause veut peut-être signifier d'avoir fait l'effort d'aborder le sujet avec leur conjointe au moins une fois, même sans forcément trop s'impliquer dans la discussion.

Toujours selon l'étude TNS Sofres, 87% des hommes pensent avoir un rôle plus ou moins important à jouer dans cette période de la vie de leur femme et 56% déclarent avoir besoin, pour l'accompagner, qu'elle leur en parle facilement. L'instauration d'un dialogue franc entre homme et femme sur la ménopause permettrait donc de contenter les uns et les autres.

### **3. Le gynécologue et... le médecin généraliste**

L'idée de ce travail de thèse est née suite à la constatation du faible nombre de consultations sur la ménopause lors de mes stages de médecine générale. Les femmes participant à l'étude ont d'ailleurs clairement énoncé que jusqu'à présent, elles ne vont que très peu, voire pas chez leur médecin traitant pour évoquer les diverses interrogations ou problématiques qui y sont liées.

De même, comme le montre IVERSEN et al, entre 1996 et 2005, suite aux diverses controverses concernant le THM, le nombre de consultations en médecine générale concernant la ménopause chez les femmes de 45 à 64 ans a chuté de plus de 40% au Royaume Uni, révélant en plus que l'une des principales motivations à la consultation concerne le traitement. En parallèle, l'orientation vers un gynécologue a été multipliée par 10 (67).

Le rôle majeur des gynécologues dans l'éducation des patientes pour la ménopause et le traitement hormonal de la ménopause est également retrouvé dans d'autres études : 78% des femmes Croates ont reçu des informations par un médecin dont 55.8% par des gynécologues contre seulement 12.5% par des généralistes. En outre, de 1998 à 2000, l'observance d'un traitement hormonal est environ 10 fois plus faible lorsqu'il est prescrit par un médecin généraliste que lorsqu'il l'est par un gynécologue hospitalier (68).

Bien que les principes de prescription de ces traitements aient été modifiés depuis, ces chiffres révèlent tout de même l'importance aux yeux des femmes de «l'autorité hospitalière et donc de l'actualisation des compétences » dans l'adhésion à un traitement.

Les femmes de notre étude ont, elles aussi, mis le gynécologue en tête de liste des informateurs, le présentant comme le plus apte et le plus compétent à prendre en charge la ménopause et les questions qui y sont en lien. L'une des participantes a également évoqué le côté rassurant d'avoir affaire à un spécialiste hospitalier, les autres n'y ont pas fait référence.

En parallèle, elles se sont montrées très favorables au développement des compétences des médecins généralistes, quelques unes proposant qu'ils soient formés spécifiquement lors de leur cursus universitaire et même au-delà. Cela favoriserait selon elles leur orientation vers un généraliste.

#### **4. Rôle des médias en médecine et sur la ménopause**

Dans notre travail, la quasi-totalité des femmes s'est dite mal informée sur la ménopause. Similairement, selon ROBERTS et collaborateurs, au début des années 90, seulement 14% des femmes américaines estimaient avoir de bonnes connaissances sur la ménopause et 80% auraient voulu avoir plus d'information sur le sujet (69).

##### ***a) Internet***

Le rôle d'internet pour s'informer sur la ménopause n'est pas négligé puisqu'il a été cité par quatre des 18 femmes de cette thèse. D'une façon générale, ce rôle prend une place significative dans la recherche d'information médicale car il offre des réponses quasiment instantanées à des questions relativement précises. Quel médecin en consultation n'a d'ailleurs jamais entendu l'un de ses

patients lui dire être allé se renseigner sur la toile quel qu'en soit le motif ? La ménopause ne fait donc pas exception à cette tendance.

Beaucoup de femmes vont sur internet pour avoir une meilleure connaissance sur la ménopause faute d'une réelle discussion avec leur médecin traitant. D'autres sources d'informations sont également citées dans l'étude de IM et al : amis, famille et magazines féminins (63).

Au niveau européen, 75.1% des femmes croates se sont informées sur la ménopause via les médias et 11.2% via leurs amies (68). Concernant le THM, 57% des femmes norvégiennes en 1990 se disaient informées par la presse, 19% seulement par un médecin (70).

Au total, 31% des patients interrogés lors d'une étude américaine menée par Murray et collaborateurs effectuée entre 2000 et 2001 disaient avoir déjà effectué des recherches médicales sur internet (71). Il est probable que ces chiffres se soient depuis majorés compte tenu du développement de l'accès à internet et de la rapidité des recherches actuelles.

Il a également été estimé à 8% le nombre de patients ayant ramené les résultats de leurs cyber-recherches médicales à leur généraliste, avec pour les trois quart d'entre eux, des attentes sur l'opinion de leur médecin concernant leurs trouvailles. Le fait d'amener les informations relevées sur internet à leur médecin revêt un aspect positif pour les patients qui se sentent plus confiants pour l'aborder et qui pensent que cela stimule leur praticien. Ainsi, 30% des patients estiment avoir amélioré la qualité de leur relation médecin-malade.

Toutefois, la qualité des informations circulant sur internet est variable puisque l'étude des 100 premiers sites apparaissant sur Google en 2003 avec le mot « *menopause* » met en évidence que la popularité des sites retrouvés n'est pas parallèle à leur qualité. (PEREZ-LOPEZ. An evaluation of the contents and quality of menopause information on the World Wide Web)(20).

Il semble donc nécessaire de prendre en compte ce nouveau mode de recherche d'information par les patients sur leur santé mais aussi sur la ménopause. Bien que certains sites soient d'une grande justesse, d'autres possèdent encore des informations imprécises ou erronées et peuvent être à l'origine de fausses croyances ou d'appréhension de la part des femmes qu'il serait bon d'ajuster.

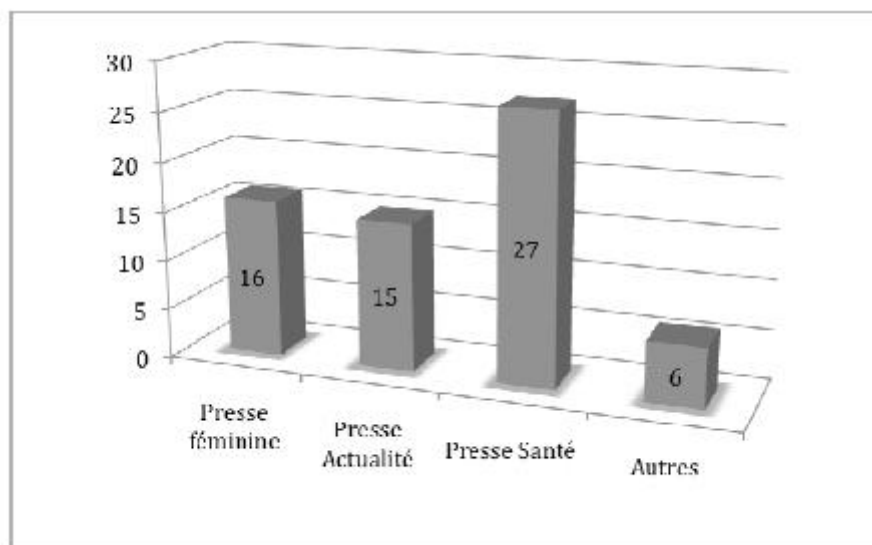
### ***b) La presse et les documents papiers***

Dans notre échantillon, 6 femmes citent la presse comme un moyen potentiel d'obtenir des informations sur la ménopause mais 4 d'entre elles semblent douter de l'intérêt et de la fiabilité des

articles. Hormis l'une d'entre elles, toutes ces femmes n'achètent d'ailleurs pas de revues spécifiquement pour y lire un article traitant de la ménopause.

Les femmes semblent donc plus intéressées par aller rechercher des informations sur internet que via les autres médias existant.

La thèse de médecine générale du Dr Caroline VALENTIN, soutenue en 2011 à l'Université de médecine de Nancy, a permis d'analyser les informations contenues dans la presse féminine sur la ménopause entre janvier 2009 et décembre 2010. Vingt quatre revues ont été sélectionnées avec un total de 54 articles (4).



Répartition des articles recueillis par type de revues.

Elle met en évidence que les thèmes abordés et la présentation divergent en fonction du format de l'article et que les informations divulguées à travers les petits articles sont préférentiellement des informations d'actualité, les grands articles étant tournés vers une information plus générale.

De plus, elle a relevé de nombreuses contradictions dans les divers articles lus, qui font souvent preuve de partialité et manquent de sources scientifiques fiables.

L'utilisation de brochures et dépliants sur la ménopause a été demandée par plusieurs des participantes de notre étude pour améliorer leur connaissance sur la ménopause. L'étude américaine de 2006 menée par SAVER et al a tenté de mettre en évidence la différence de connaissances et de satisfaction entre les femmes utilisant internet par rapport à celles lisant des dépliants sur la ménopause. Bien que non significatifs, les résultats tendent à montrer que les femmes utilisant

internet ont de meilleures connaissances sur la ménopause que celles lisant des brochures spécifiques (72).

Les différents médias occupent donc une place importante dans l'information des femmes sur leur ménopause. Leur qualité étant variable, il serait tout à fait acceptable du point de vue des femmes que leur médecin fasse le point sur ces informations lors des consultations et d'éventuellement orienter les patientes vers des références fiables lorsqu'elles sont à la recherche d'informations supplémentaires. D'ailleurs, la multiplication des sources d'informations a été sollicitée dans plusieurs études, signifiant que la cohabitation entre le médecin traitant et les autres moyens d'obtention de données est tout à fait possible, permettant aux femmes de se sentir plus autonomes dans leur décisions (73).

## **5. Le médecin traitant idéal pour une consultation de ménopause**

### ***a) Le genre féminin***

La médecine générale française se féminise puisque 59% des médecins de moins de 40 ans en Ile-de-France sont des femmes en 2013 (74) (Etude du Conseil de l'Ordre des Médecins en 2013).

La préférence pour les médecins généralistes de genre féminin dans la prise en charge la ménopause et des motifs gynécologiques est variable d'une étude à une autre. C'est également le cas dans ce travail puisque près de la moitié des femmes a clairement dit préférer avoir affaire à une femme médecin pour prendre en charge leur ménopause, deux femmes ont dit ne pas avoir de préférence et les huit femmes restantes n'y ont pas fait mention.

Dans l'étude de SCHNATZ et al, seulement 4.2% des femmes en péri ou post-ménopause comptent le genre féminin comme un critère d'importance dans le choix de leur médecin. Quand il s'agit de réaliser un examen gynécologique, le pourcentage de femmes préférant avoir un médecin femme est légèrement plus élevé, à l'inverse, lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale gynécologique, les médecins hommes ont leur préférence (75).

Une revue de la littérature de l'équipe de JANSSEN et al, quant à elle, retrouve que le genre féminin est un facteur important pour 75% des patientes consultant en gynécologie-obstétrique, surtout pour les femmes de moins de 45 ans et au sein des minorités ethniques. Cette préférence est expliquée par les auteurs par une meilleure communication « centrée sur la patiente » de la part des praticiennes, c'est-à-dire une approche permettant d'explorer les expériences et vécus dans le but

d'établir une meilleure relation entre médecin et patient. Il n'y a en revanche pas de préférence évidente pour l'âge des praticiens dans leur prise en charge gynécologique (76).

**b) Les principales qualités attendues**

La même étude de SCHNATZ et al reprend ci-dessous les principales qualités vue par les femmes que devrait avoir un médecin généraliste pour la prise en charge de la ménopause.

Qualité	Pourcentage de femmes déclarant la qualité comme importante	IC 95% (%)
Expérience	95.6	87.8–98.5
Connaissance	95.6	87.8–98.5
Capacité	92.6	83.9–96.8
Diplôme	85.3	75.0–91.8
Réputation	72.1	60.4–81.3
Personnalité	64.7	52.8–75.0
Ecole fréquentée	19.1	11.5–30.0
Sexe	11.8	6.1–21.5
Age	10.3	5.1–19.8
Statut marital	7.4	3.2–16.1
Statut parental	1.5	0.3–7.9
Religion	1.5	0.3–7.9

Caractéristiques et qualités importantes des médecins pour les femmes ménopausées

Ainsi, les femmes du Connecticut mettent clairement en avant l'importance des capacités et connaissances du médecin avant son côté relationnel. D'autres critères comme le statut marital, le nombre d'enfant et la religion ont également été cités mais dans de moindre proportion.

Un autre travail met en revanche en avant l'importance pour les femmes de se sentir écoutées et comprises par leur médecin et que ces derniers ne se précipitent pas sur leur ordonnancier pour leur prescrire un traitement hormonal de la ménopause. En effet, beaucoup de femmes ont eu l'impression de « s'adresser à un mur » lorsqu'elles sont allées consulter leur médecin généraliste (60).

En Israël, c'est l'ensemble de ces deux catégories (connaissances et qualités humaines) qui font qu'un médecin est considéré comme « *bon* » aux yeux de ses patients (SCHATTNER A, RUDIN D, JELLIN N. Good physicians from the perspective of their patients) (43).

<b>Critères concernant le médecin</b>	<b>Préférence des patients (Nombre, %)</b>
Expérience	223 (50%)
Patience	170 (38%)
Information des patients	159 (36%)
Attentif / A l'écoute	132 (30%)
Empathie	127 (29%)
Confiance	125 (28%)
Actualise ses connaissances	14 (28%)
Respect des préférences des patients	112 (25%)

Les 8 critères les plus cités pour un « bon médecin » dans l'étude de SCHATTNER

Le besoin d'écoute et de patience a été celui le plus souvent cité par les femmes de cette thèse puisque 77% d'entre elles y ont fait référence. En comparaison, seulement 22% des femmes ont évoqué les compétences du médecin.

L'envie d'avoir une consultation personnalisée, qui prend en compte les facteurs de vulnérabilité de chacune, est également importante, comme le montre WALTER et al (« *Qu'il pose des questions justement sur les choses qu'il faut surveiller, avec un questionnaire un peu ciblé en fonction de l'âge et des problèmes qu'on peut avoir* ») (73) . Certaines ont également évoqué le rôle attendu du médecin de famille dans cette situation, qui serait plus apte à les aider car il connaîtrait mieux l'environnement dans lequel elles vivent et évoluent.

Elles expriment leur besoin et envie d'être au centre de cette consultation et de pleinement y prendre part, pas seulement d'y assister.

### **c) Informations attendues**

Dans notre travail, les femmes ont fait référence à plusieurs « catégories de recherche » qu'elles aimeraient voir reprises lors d'une consultation médicale : la symptomatologie, la physiologie et les complications, le traitement et le mode de vie.

Toutes se sont posées des questions à un moment donné sur les symptômes qu'elles ressentent ou seront amenées à ressentir, que ce soit sur leur durée prévisible, sur leur type et sur leurs retentissements éventuels, notamment la sexualité (« *Jusqu'à quel âge je peux avoir mes bouffées de chaleur ?* », « *Et aussi sur la relation sexuelle aussi il y a des diminution* »).

De même, elles se sont montrées demandeuses d'explications sur les mécanismes biologiques et physiologiques impliquant la ménopause ainsi que sur ses complications éventuelles, elles ressentent le besoin de comprendre leur corps (« *C'est dû à quoi, qu'est-ce qui fait que, voilà... Plus sur les mécanismes* », « *Qu'il nous explique bien sûr ce que cela va entraîner sur notre organisme.* »).

Enfin, discuter d'un éventuel traitement hormonal ou bien de l'utilisation de remèdes plus « naturels » leur semble tout aussi important lorsque les troubles climatériques sont dérangeants (« *Comment faire la part des choses entre est-ce qu'il faut prendre un traitement ou ne pas prendre, là-dessus pour moi c'est encore un petit peu flou.* »).

Une étude qualitative danoise de 2000 menée par le Dr HVAS a permis de montrer que les 3 principales motivations à une consultation chez un généraliste pour la ménopause concernent les avantages et inconvénients d'un éventuel traitement, un examen clinique pour vérifier l'absence d'anomalie et pour se sentir rassurées et l'évaluation des risques de complications notamment sur l'ostéoporose (77).

Dans notre travail, 28% des femmes ont effectivement fait mention d'un examen gynécologique régulier, notamment sur la palpation fréquente des seins. Là encore, il s'agit très vraisemblablement d'un moyen pour se rassurer quant à l'absence d'une éventuelle pathologie néoplasique.

## **E. Apports personnels**

La réalisation d'une thèse de médecine lorsque l'on est jeune médecin généraliste peut paraître difficile. Entre la recherche du sujet, le rejet puis l'accord de la commission de thèses, les heures de lecture d'articles médicaux en anglais, la découverte jusque là totalement inconnue des



méthodologies de recherche qualitative, le stress de la première demande d'entretien, les soixante dix heures passées à la retranscription des dix huit interviews, le déclic (longtemps attendu) nécessaire à la rédaction du travail et toutes les modifications apportées après l'avoir rédigé, je pense pouvoir dire que c'est effectivement fastidieux.

Mais en parallèle, les bénéfices que j'ai retirés de cette thèse sont multiples :

- Tout ce travail de « révision » des points importants de la ménopause m'a permis de remettre à jour un certain nombre de connaissances déjà oubliées ou jamais apprises, telles que les indications de remboursement d'une ostéodensitométrie ou les contre-indications à un traitement hormonal de la ménopause.
- Les nombreuses investigations effectuées sur les moteurs de recherches scientifiques m'ont rendue plus habile à trouver les articles médicaux dont je pourrais avoir besoin par la suite, et je sais désormais ce qu'est un MeSH term ou ce à quoi sert Zotero.
- Le stress qu'a généré ma première demande de participation à un entretien m'a révélé que j'étais bien plus anxieuse que je ne le pensais mais que je suis capable d'aller outre cette angoisse pour mener à bien les travaux que j'entreprends.
- L'unique refus féminin de participation que j'ai eu m'a permis de me rendre compte que les patients sont présents lorsqu'il s'agit de nous aider en tant que praticien. Ils sont volontaires et motivés pour nous aider à nous améliorer et à progresser.
- Enfin, le contenu des entretiens va définitivement modifier ma pratique médicale. J'ai surtout compris que la prise en charge de la ménopause passe avant tout par le dialogue avec les femmes et par le fait « d'oser demander où elles en sont » bien avant leurs 60 ans. Etre plus systématique dans mon interrogatoire médical, ne plus avoir peur de les vexer en abordant la ménopause ou de les choquer en évoquant leur sexualité, essayer de savoir ce qu'elles connaissent de la ménopause pour compléter leurs informations si elles le souhaitent et leur faire comprendre que je peux être un interlocuteur si le besoin s'en fait ressentir le moment venu pour leur proposer une consultation dédiée.

Mais le point le plus important au décours de la rédaction de cette thèse est que grâce à ce travail de recherche, je sais maintenant que je me suis améliorée en tant que médecin généraliste ; ce que j'ai appris pendant ce travail me sera utile le reste de ma carrière de praticienne. Je sais aussi que pour être un meilleur médecin, la rédaction d'une thèse est nécessaire mais non suffisante : il me faudra poursuivre ma formation tout au long de ma carrière pour m'adapter aux nouvelles recherches et les intégrer à ma pratique quotidienne.

## **F. Perspectives d'approfondissement**

### **1. Etudes qualitatives**

- Sur ce que les médecins généralistes pensent de leur prise en charge des femmes ménopausées. Quelle est leur vision de cette prise en charge ? Comment l'entreprennent-ils ? Quelles sont leurs connaissances sur le champ de la ménopause ?
- Sur l'implication possible des hommes dans la ménopause. Que savent-ils et comment vivent-ils ce changement chez leur partenaire ? Comment favoriser les échanges entre sexes opposés sur l'andropause et la ménopause ?

### **2. Autre**

- Sur la réalisation d'un livret ou d'une page internet sur la ménopause, à mettre à disposition des femmes en salle d'attente

## VI. Conclusion

Comme pour tout changement physiologique, la ménopause est responsable d'une curiosité ou d'un questionnement de la part des femmes.

Ce phénomène biologique universel concerne plus de dix millions de femmes en France. En considérant l'âge moyen de la ménopause à 50 ans et l'augmentation de l'espérance de vie des françaises à 84,7 ans, une femme est ménopausée pendant 40% de sa vie.

Notre étude suggère que la grande majorité des femmes ne s'oriente pas vers son médecin traitant pour répondre aux questions qu'elles peuvent se poser.

Pourtant, des thèmes simples sont souvent sources d'interrogations de leur part, comme la physiologie, la symptomatologie, les complications, le traitement de la ménopause et le mode de vie à adopter.

Les femmes interrogées souhaiteraient pouvoir parler de la ménopause à leur médecin généraliste plus fréquemment mais s'orientent encore souvent vers leur gynécologue.

Selon elles, pour une prise en charge optimale, le médecin traitant doit être une femme en âge d'être elle-même ménopausée, disponible, patiente et honnête. Le généraliste doit acquérir et mettre à jour au long de sa carrière des compétences gynécologiques et psychologiques grâce à des formations régulières, et devrait animer des réunions d'informations entre femmes d'une même tranche d'âge pour qu'elles puissent parler librement de leurs expériences personnelles.

En ce qui concerne l'objectif secondaire sur les représentations du suivi de la ménopause, les femmes l'imaginent de la façon suivante : des consultations régulières comprenant un interrogatoire qui privilégie les symptômes climatériques ressentis et leur retentissement psychologique, un examen général et gynécologique et une prescription d'exams complémentaires.

Les médias sont une source fréquente d'informations ponctuelles sur la ménopause. L'omniprésence d'internet dans notre vie quotidienne en fait un moyen privilégié de documentation sur tous les sujets relatifs à la santé.

Une information complémentaire via des dépliants, affiches ou sites internet mis en œuvre en collaboration avec les organismes de santé français (INPES, HAS) est également plébiscitée par ces femmes.

La réalisation d'une consultation initiale spécifique sur la péri ménopause et la ménopause, à l'initiative du médecin ou de la sécurité sociale, a été mentionnée à plusieurs reprises, selon le même principe que les dépistages organisés des cancers du sein ou du colon. La sécurité sociale pourrait être un moyen d'inciter les femmes à se renseigner sur cette période auprès de leur généraliste, mais également un moyen d'inciter les médecins à aborder le sujet de la ménopause plus systématiquement.

Sachant qu'en France, 61% des patientes consultant en médecine générale ont plus de 45 ans, il semble primordial que les femmes soient informées sur la ménopause, sensibilisées à ses complications et à ses traitements, et que les médecins généralistes soient en mesure de répondre à leurs interrogations.

## Références bibliographiques

1. Lopes P, Trémollières F. Traitement hormonal de la ménopause. La revue du praticien-Médecine générale. déc 2015;(Tome 29, N°952).
2. Insee - Population - Bilan démographique 2014 - Espérance de vie [Internet]. [cité 27 août 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age3d.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3d.htm)
3. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, argumentaire 11 mai 2004- ANAES AFSSAPS [Internet]. [cité 27 août 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th\\_s\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_argumentaire.pdf)
4. VALENTIN C. Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine. Thèse de médecine générale. 2011 [Internet]. [cité 5 nov 2015]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2011\\_VALENTIN\\_CAROLINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_VALENTIN_CAROLINE.pdf)
5. Baazeem M, Abenhaim H. Google and Women's Health-Related Issues: What Does the Search Engine Data Reveal? *Online J Public Health Inform.* 2014;6(2):e187.
6. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. juin 2004;n°315.
7. Delanoe D. Sexe, croyances et ménopause. Broché; 2007.
8. Tillier A. Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des 18e et 19e siècles. 2005.
9. Bodiou L, Brulé P, Pierini L. En Grèce antique, la douloureuse obligation de la maternité. *Clio Femmes Genre Hist.* 1 avr 2005;(21):17-42.
10. Lepoutre B, Amrani KE, Aubin I. Ménopause, ménopauses... Données sociales, culturelles et économiques sous-jacentes. *Médecine.* 1 févr 2009;5(2):85-9.
11. Lepoutre B, Amrani KE. Ménopause à travers les temps et les cultures Deuxième partie : un bon indicateur de la place de la femme dans la société... *Médecine.* 1 févr 2010;6(2):91-4.
12. Wilson R. *Feminine Forever.* M.Evans and Company. 1966.
13. 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.
14. 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 Lond Engl.* 11 oct 1997;350(9084):1047-59.
15. Investigators WG for the WHI, others. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama.* 2002;288(3):321-333.

16. Breast cancer and hormone-replacement therapy: the Million Women Study [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.thelancet.com%2Fjournals%2Fflancet%2Farticle%2FPiIS0140-6736\(03\)14597-7%2Ffulltext](http://www.thelancet.com/journals/flancet/article/PIIS0140-6736(03)14597-7/fulltext)
17. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer J Int Cancer*. 10 avr 2005;114(3):448-54.
18. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 20 févr 2007;115(7):840-5.
19. HAS. Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Rapport d'évaluation. 28 mai 2014 [Internet]. [cité 15 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval\\_thm\\_rapport\\_devaluation\\_annexe.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval_thm_rapport_devaluation_annexe.pdf)
20. Pérez-López FR. An evaluation of the contents and quality of menopause information on the World Wide Web. *Maturitas*. 2004;49(4):276–282.
21. La médicalisation de la ménopause. *Prescrire*. juin 2012;Tome 32 n°344.
22. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, et al. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas*. 2009;63(3):246–252.
23. Bien vivre la ménopause [Internet]. *Allo docteurs*. [cité 4 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.allodocteurs.fr/maladies/gynecologie/menopause/bien-vivre-la-menopause\\_32.html](http://www.allodocteurs.fr/maladies/gynecologie/menopause/bien-vivre-la-menopause_32.html)
24. Research on the menopause in the 1990s. WHO technical report series 866 [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_866.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf)
25. Petrek JA, Naughton MJ, Case LD, Paskett ED, Naftalis EZ, Singletary SE, et al. Incidence, time course, and determinants of menstrual bleeding after breast cancer treatment: a prospective study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 mars 2006;24(7):1045-51.
26. Meiorow D, Nugent D. The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. *Hum Reprod Update*. 2001;7(6):535–543.
27. Orphanet: Insuffisance ovarienne précoce [Internet]. [cité 11 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?Lng=FR&Expert=619](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=619)
28. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Orientations générales, conclusions et recommandations. HAS [Internet]. [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/thm\\_rapport\\_final\\_corrige\\_mtev\\_-\\_orientations\\_generales\\_2006\\_10\\_25\\_\\_15\\_41\\_5\\_415.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/thm_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25__15_41_5_415.pdf)
29. CNGOF: Le syndrome climatérique et la qualité de vie : balance bénéfiques/risques du THM et des traitements symptomatiques [Internet]. [cité 11 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2010\\_GM\\_513\\_letombe.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GM_513_letombe.pdf)

30. La ménopause. Campus National de Gynécologie Obstétrique [Internet]. [cité 1 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-menopause.pdf>
31. Société Française d'Endocrinologie [Internet]. [cité 1 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.s fendocrino.org/article.php?id=246#item55>
32. Item 56: l'ostéoporose. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie; 2011.
33. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'ostéoporose : la HAS publie une synthèse à destination des professionnels de santé [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_437005/prise-en-charge-de-l-osteoporose-la-has-publie-une-synthese-a-destination-des-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437005/prise-en-charge-de-l-osteoporose-la-has-publie-une-synthese-a-destination-des-professionnels-de-sante)
34. APOROSE | Aide à la Prise en charge de l'OstéopoROSE en soins primaires | Site réservé aux professionnels de santé [Internet]. [cité 21 janv 2016]. Disponible sur: <http://aporse.fr/telechargements.php>
35. Analyse des dépenses de santé : les pathologies qui pèsent le plus lourd [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 5 mars 2016]. Disponible sur: [http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/23/analyse-des-depenses-de-sante-les-pathologies-qui-pesent-le-plus-lourd\\_673716](http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/23/analyse-des-depenses-de-sante-les-pathologies-qui-pesent-le-plus-lourd_673716)
36. Intérêt des dosages hormonaux de FSH et de LH chez les femmes à partir de 45 ans [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages\\_hormonaux\\_FSH\\_LH\\_synth.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages_hormonaux_FSH_LH_synth.pdf)
37. CNGOF Item 55: la ménopause [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf>
38. Plu-Bureau G. Traitement hormonal substitutif de la ménopause. Rev Prat Médecine Générale. juin 2001;Tome 123-21(21):1445-51.
39. Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Traitement-Hormonal-de-la-Menopause-THM>
40. Traitements locaux de la sécheresse vaginale liée à la ménopause. Prescrire. sept 2015;Tome 35(383).
41. MARCO M. Caractéristiques des venues non programmées aux urgences gynécologiques et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : étude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: [https://www.google.fr/search?q=motifs+hospitalisation+gynecologie&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=v375VYLXNIzYaeTdq-gE](https://www.google.fr/search?q=motifs+hospitalisation+gynecologie&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=v375VYLXNIzYaeTdq-gE)
42. Jules-Clément M. La Formation gynécologique au cours du D.E.S. de Médecine générale - Étude sur la faculté Paris Diderot - Paris 7. 2011 [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647\\_JULES-CLEMENT.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647_JULES-CLEMENT.pdf)
43. Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good physicians from the perspective of their patients. BMC Health Serv Res. 12 sept 2004;4(1):26.

44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*; 84:142-5. 2008;
45. Huberman A-M, Miles M-B. *Analyse des données qualitatives*, 2e édition. de Boeck.
46. Gilles de La Londe J. Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes transgenres MtF ? Etude qualitative TRANSSPORT.
47. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd Revised edition. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Inc; 2002. 688 p.
48. Bréchon P, Abrial S, Bozonnet J-P, Gonthier F, Louvel S, Tournier V. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. PUG; 2011. (Politique en +).
49. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie: d'« Acteurs » à « Interdépendance » [Internet]. 2009 [cité 20 janv 2016]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/glo1.pdf>
50. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. *Initiation à la recherche*. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
51. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing* (2e ed). Blackwell Publishing. 2002.
52. Sauvayre R. *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod; 2013. 148 p.
53. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative - 706615ar.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: <http://erudit.org/revue/ss/1993/v42/n2/706615ar.pdf>
54. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. mars 2004;10(1):79-86.
55. Mucchielli A, Collectif. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. 3e édition revue et augmentée. Armand Colin; 2009. 296 p.
56. *La recherche qualitative. Fondements et pratiques* - Gabrielle Goyette, Gérald Boutin, Michelle Lessard-Hébert [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/la-recherche-qualitative-9782804125653.html>
57. Denzin NK, Lincoln YS, éditeurs. *Handbook of Qualitative Research*. Second Edition edition. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 2000. 1143 p.
58. Gindre J. *Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal*. Thèse de médecine générale. 2009 [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These\\_GINDRE\\_Jeanne\\_1277364856011.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_GINDRE_Jeanne_1277364856011.pdf)
59. Pimenta F, Leal I, Maroco J, Ramos C. Representations and Perceived Consequences of Menopause by Peri- and Post-Menopausal Portuguese Women: A Qualitative Research. *Health Care Women Int*. 1 déc 2011;32(12):1111-25.
60. An online forum on menopausal symptom experience of white women in the U.S. *J Adv Nurs*. juin 2008;62(5):541-50.

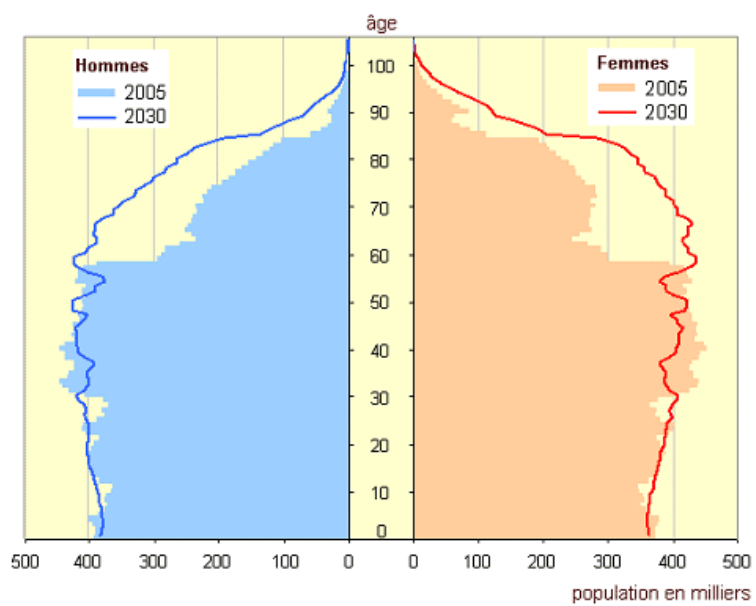


61. Delanoe D. Les représentations de la ménopause et les attitudes envers le traitement hormonal. Une enquête de la population générale en France. In Epelboin S, Heritier-Auge F, Sureau C. *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*. Elsevier. 1998.
62. Lepoutre B, Amrani KE. Ménopause à travers les temps et les cultures. Première partie : Faits et représentations. *Médecine*. 1 janv 2010;6(1):41-4.
63. Im E-O, Lee BI, Chee W, Dormire S, Brown A. A National Multiethnic Online Forum Study on Menopausal Symptom Experience. *Nurs Res*. 2010;59(1):26-33.
64. Winterich JA. Sex, menopause and culture sexual orientation and the meaning of menopause for women's sex lives. *Gender and Society*, 2003 [Internet]. [cité 10 déc 2015]. Disponible sur: [http://is.muni.cz/el/1411/jaro2009/BPSC041p/um/627-wnterich-sex\\_menopause\\_culture.pdf](http://is.muni.cz/el/1411/jaro2009/BPSC041p/um/627-wnterich-sex_menopause_culture.pdf)
65. A qualitative study on menopause described from the man's perspective [Internet]. [cité 10 déc 2015]. Disponible sur: [http://jpma.org.pk/full\\_article\\_text.php?article\\_id=6930](http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=6930)
66. Regards masculins sur la ménopause | TNS Sofres [Internet]. [cité 15 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/regards-masculins-sur-la-menopause>
67. Iversen L, Delaney EK, Hannaford PC, Black C. Menopause-related workload in general practice 1996–2005: a retrospective study in the UK. *Fam Pract*. 2010;cmq038.
68. Fistonc I, Srecko C, Marina F, Ivan S. Menopause in Croatia. Socio-demographic characteristics, women's attitudes and source of information, compliance with HRT. *Maturitas*. 2004;47(2):91–98.
69. Roberts PJ. The menopause and hormone replacement therapy: views of women in general practice receiving hormone replacement therapy. *Br J Gen Pract*. 1991;41(351):421–424.
70. Hunskaar S, Backe B. Attitudes towards and level of information on perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy among Norwegian women. *Maturitas*. 1992;15(3):183–194.
71. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med*. 2003;163(14):1727–1734.
72. Saver BG, Gustafson D, Taylor TR, Hawkins RP, Woods NF, Dinauer S, et al. A tale of two studies: the importance of setting, subjects and context in two randomized, controlled trials of a web-based decision support for perimenopausal and postmenopausal health decisions. *Patient Educ Couns*. 2007;66(2):211–222.
73. Walter FM, Emery JD, Rogers M, Britten N. Women's views of optimal risk communication and decision making in general practice consultations about the menopause and hormone replacement therapy. *Patient Educ Couns*. 2004;53(2):121–128.
74. La démographie médicale en région Ile-De-France. Situation en 2013. Ordre National des Médecins. [Internet]. [cité 15 févr 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf)
75. Schnatz PF, Johnson AM, O'sullivan DM. Qualities and attributes desired in menopause clinicians. *Maturitas*. 20 févr 2007;56(2):184-9.

76. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Educ Couns*. nov 2012;89(2):221-6.
77. Hvas L, Reventlow S, Malterud K. Women's needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22(2):118–121.

## Annexes

### Annexe 1 : Pyramide des âges Insee 2005 et estimation pour 2030



## Annexe 2 : Guide d'entretien

### 1/ Caractéristiques

- âge, profession
- lieu de résidence et lieu de naissance
- déclaration d'un médecin traitant: oui ou non suivi gynéco: oui ou non
- Antécédents gynécologiques: âge de la ménopause, nombre d'enfants, IVG, fausse couche, type de contraception utilisée, THS
- Antécédents généraux: (notamment tabagisme, cancer, HTA, antécédents familiaux)

### 2/ Information sur la ménopause

- *Pour lancer la discussion:* Que vous évoque le mot ménopause?
- Quel genre de questions vous êtes-vous posées ou pourriez-vous vous poser sur la ménopause? De quel type d'informations pensez vous avoir besoin ?
- A votre avis, quels moyens existent-il pour obtenir des renseignements sur le sujet ? Quels moyens utilisez-vous ? Où allez-vous chercher les réponses à vos questions? A qui avez-vous déjà parlé de ménopause ?

### 3/ Rôle du médecin traitant

- Qu'attendez-vous de la part de votre médecin traitant concernant la ménopause ? Que souhaitez-vous que fasse votre médecin généraliste pour votre ménopause ?
- Quelles situations concernant la ménopause vous amèneraient à aller voir votre médecin traitant? Qu'est ce qui pourrait vous inciter à aller consulter ?
- Comment votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous le sujet de la ménopause ?
- Quel serait « votre médecin idéal » pour prendre en charge la ménopause? Quelles qualités doit avoir un généraliste pour suivre la ménopause de ses patientes ?

### 4/ Suivi de la ménopause

- A votre avis, comment se déroule une consultation classique de ménopause? Et comment se déroule le suivi de la ménopause sur le long terme ?
- Comment aimeriez-vous que se déroule la prise en charge de la ménopause? Quelles seraient les moyens d'améliorer cette PEC en pratique ?
- Que pensez-vous d'une consultation dédiée à la ménopause?

### Annexe 3 : Caractéristiques détaillées de la population

	Age	Lieu de Résidence	Lieu de naissance	Profession/formation	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants	MT déclaré	Age de la ménopause	Suivie par gynéco	Atcd gynéco	Atcd généraux	THM	Durée entretien
Femme 1	56 ans	Paris	Maroc	éducatrice jeunes enfants sans emploi	célibataire	0	oui	47 ans	oui	IVG=3	toxicomanie à l'héroïne sevrée, hépatite B chronique, hépatite C et Delta guérie, tabagisme à 30 PA, gastrite	oui	28 min
Femme 2	64 ans	Paris	Cher (18)	commerciale dans une agence aéronautique, retraite	marlée	2	oui	45 ans	oui	FCS=3	appendicectomie, dyslipidémie, HTA, colique néphrétique, adénite tuberculeuse, dépression	non	26 min
Femme 3	81 ans	Paris	Maine et Loire (49)	administratif dans un cabinet d'architecte, retraite	veuve	2	oui	50 ans	oui	FCS=1	malvoyance sur DMIA, dépression, dyslipidémie, gammopathie monoclonale, embolie pulmonaire	non	17 min
Femme 4	49 ans	Montreuil (93)	Guadeloupe	administratif dans une structure juridique	divorcée	2	oui	45 ans	oui	IVG=2	HTA, obésité morbide, SAS appareilé	non	23 min
Femme 5	52 ans	Paris	Paris	architecte	marlée	3	oui	48 ans	oui	FCS=1	nodule thyroïdien bénin, papillome oesophagien, adénoïdectomie, amygdalectomie	oui	29 min
Femme 6	65 ans	Paris	Corrèze (19)	administratif dans une structure sociale, retraite	veuve	2	oui	51 ans	oui	0	hypoaecousie sur neurinome du VIII droit, pneumopathie	oui	23 min
Femme 7	53 ans	Montreuil (93)	Guyane	agent d'entretien	divorcée	3	oui	51 ans	non	IVG=1 FCS=2 myomectomie	appendicectomie, gonarthrose, coxarthrose, abdominoplastie	non	29 min
Femme 8	67 ans	Paris	Côtes d'Armor (22)	gardienne d'immeuble	veuve	2	oui	45 ans	oui	0	hypoaecousie droite sur séquelle d'otite, appendicectomie, gastrite, tabagisme sevré>10 ans	oui	59 min

	Age	Lieu de Résidence	Lieu de naissance	Profession/ formation	Situation maritale	Nombre d'enfants	MT déclaré	Age de la ménopause	Suivie par gynéco	Antécédents gynéco	Antécédents généraux	THM	Durée entretien
Femme 9	53 ans	Montreuil (93)	Hauts de Seine (92)	production et édition musicale	marlée	3	non	/	oui	GEU=2	appendicectomie, tabagisme non quantifiable	non	26 min
Femme 10	51 ans	Noisy le Roi (78)	Inde	secrétaire médicale	marlée	4	oui	/	non	hystérectomie IVG=1	dyslipidémie, tachycardie sinusale, hypothyroïdie, appendicectomie	non	35 min
Femme 11	65 ans	Montreuil (93)	Sénégal	garde d'enfants	marlée	2	oui	45 ans	non	IVG=2	SPA, thyroïdite de Basedow, nodule pulmonaire sur séquelle de tuberculose	non	27 min
Femme 12	70 ans	Paris	Paris	journaliste radio, retraite	célibataire	0	oui	42 ans	oui	IVG=3	appendicectomie	oui	49 min
Femme 13	58 ans	Pertuis (84)	Allemagne	infirmière	marlée	3	oui	39 ans	oui	1 enfant mort né, consécration	thyroïdectomie subtotale, appendicectomie, adénomnioplasie	oui	37 min
Femme 14	50 ans	Lauris (84)	Pyrenées Orientales (66)	agent des services hospitaliers	marlée	4	oui	50 ans	oui	0	tabagisme 17PPA	non	35 min
Femme 15	50 ans	La Garenne Colombes (92)	Nancy (54)	sage-femme	marlée	3	oui	/	oui	stérilité secondaire, fibromes utérins	colique néphrétique, myélite à EBV	non	23 min
Femme 16	52 ans	La Frette sur Seine (95)	Clichy (92)	agent d'accueil hospitalier	marlée	2	oui	/ (aménorrhée =3 mois)	oui	IVG=0 FCS=1	embolisation angiome cérébral, appendicectomie	non	25 min
Femme 17	54 ans	Courbevoie (92)	Marseille (13)	sage-femme	marlée	2	oui	/	oui	FCS=1	obésité morbide, cancer du sein maternel	non	23 min
Femme 18	55 ans	Saint Germain En Laye (78)	Maroc	aide soignante	marlée	1	non	54 ans	non	IVG=3	tabagisme sevré >5 ans	non	29 min

**PERMIS D'IMPRIMER**

VU :

Le Président de thèse

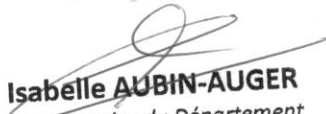
Université Paris Diderot  
Le Professeur AUBIN - AUGER

VU :

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date 14/4/2016

  
**Isabelle AUBIN-AUGER**  
Coordinatrice du Département  
de médecine Générale  
de l'Université Paris Diderot  
16 Rue Henri Huchard  
75890 PARIS Cedex 18



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI