



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

La ménopause : quelle place pour le médecin généraliste ?
Enquête auprès de patientes

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2019 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Philipphine MOTTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel COSSON

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

Dr	Docteur
FSH	Hormone Folliculostimulante
MT	Médecin Traitant
P	Patiente
THS	Traitement Hormonal Substitutif
TTT	Traitement
VPP	Valeur Prédictive Positive
WHI	Women Health Initiative

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Matériel et Méthode	7
I. Type d'étude.....	7
II. Recrutement des participantes à l'étude	7
III. Déroulement des entretiens	8
IV. Analyse des données	9
A. Codage ouvert.....	9
B. Triangulation	9
C. Codage axial	9
D. Suffisance des données	10
V. Éthique	10
Résultats	11
I. Caractéristiques des entretiens	11
II. Les patientes et leur ménopause	13
A. Les représentations de la ménopause dans l'esprit des patientes.....	13
B. De multiples sources d'information	15
C. Leur vécu : des inconvénients mais aussi parfois un soulagement.....	20
III. La ménopause : un motif de consultation ?.....	25
A. Les patientes ne consultent pas.....	25
B. Les patientes consultent.....	27
C. Un refus des traitements qui limite la prise en charge.....	30
IV. Qui consultent-elles ? Quelle place pour le médecin généraliste ?	34
A. Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié	34
B. Un dialogue parfois difficile	40
C. Quelle place pour le gynécologue ?	44
D. Quelle place pour le pharmacien ?.....	49

Discussion	51
I. Principaux résultats	51
II. Discussion de la méthode : forces et limites	53
A. La méthode choisie	53
B. L'échantillon étudié.....	53
C. Les entretiens.....	54
III. Discussion autour des résultats	55
A. La ménopause : une étape vécue différemment	55
B. Un thème de consultation rare : les raisons	55
C. Quel interlocuteur pour les femmes ?.....	58
IV. Perspectives.....	61
Conclusion.....	62
Bibliographie	63

Résumé

Introduction : La ménopause est définie par l'arrêt définitif des règles et s'accompagne d'un syndrome climatérique. Celui-ci regroupe de nombreux symptômes qui seront différents d'une femme à l'autre et auront généralement un impact sur la qualité de vie des patientes. L'objectif de ce travail est d'évaluer le ressenti des patientes concernant leur ménopause et la place de leur médecin généraliste pour sa prise en charge et son accompagnement.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Quatorze entretiens compréhensifs ont été réalisés auprès de patientes des Hauts-de-France entre mars et septembre 2019.

Résultats : Les patientes ont une représentation de la ménopause qui provient de multiples sources d'information. La famille, les amies mais aussi les collègues ou les médias semblent être des sources privilégiées. Les femmes parlent de la ménopause entre elles, souvent entre femmes concernées mais s'expriment peu auprès du milieu médical. D'une part, elles considèrent que la ménopause sera évoquée s'il y a une plainte et un souhait de traitement. Elles se tourneront ensuite vers leur médecin traitant s'il existe une relation patient-médecin forte et ce, d'autant plus que le médecin est une femme. D'autre part, le médecin traitant sera écarté de la prise en charge s'il montre un désintérêt par son attitude lorsque les patientes évoquent le sujet ou par les préjugés qu'elles ont concernant le manque d'intérêt et de compétences gynécologiques de leur médecin. Dans ce cas, elles se tournent plus volontiers vers leur gynécologue dans le cadre de leur suivi habituel et régulier avec l'idée d'un spécialiste plus compétent. Enfin, les patientes expliquent que la possible future pénurie de gynécologues les inciterait à se tourner vers leur médecin généraliste. Elles sont favorables au réinvestissement des médecins généralistes dans la gynécologie, d'autant plus s'ils abordent d'eux-mêmes le sujet.

Conclusion : La ménopause est une étape essentielle dans la vie d'une femme avec souvent une répercussion sur sa qualité de vie. Pour différentes raisons, Les médecins généralistes ne sont pas toujours inclus dans la prise en charge mais les patientes se disent favorables pour qu'ils se réinvestissent.

Introduction

La ménopause est une étape inévitable dans la vie d'une femme. En effet, c'est le deuxième changement hormonal majeur qu'elle rencontrera après la puberté vers l'adolescence. Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) rappelle que la ménopause se caractérise par l'arrêt définitif des règles. Le diagnostic est donc rétrospectif avec la constatation d'une aménorrhée d'une durée supérieure ou égale à 12 mois. [1]

En France, la ménopause concerne 10 millions de femmes. Ces femmes ont en général plus de 50 ans, mais il peut exister une ménopause précoce ou insuffisance ovarienne prématurée si les symptômes surviennent avant l'âge de 40 ans.

Cependant, la ménopause ne se limite pas à un arrêt des menstruations. Elle rassemble tout un ensemble de signes regroupés sous le terme de « syndrome climatérique ». Ce syndrome inclut bouffées de chaleur, crises de sueurs nocturnes, sécheresse vaginale, troubles du sommeil, céphalées, douleurs articulaires, troubles de l'humeur et du caractère. Ces signes sont très différents d'une femme à l'autre et peuvent avoir un impact sur la qualité de vie.

Une thèse quantitative soutenue en novembre 2018 sur les souhaits des patientes en matière d'information sur la ménopause montre que près de deux tiers des patientes ressentent le besoin d'être mieux informées au sujet de la ménopause. Parmi les patientes qui ont fait des recherches seules, 74% d'entre elles n'ont pas trouvé de réponses à leurs questions. Enfin, plus de 83% des femmes aimeraient une information médicale, 71,19% par leur médecin généraliste et 28,81% par leur gynécologue. [2]

Cette étude est intéressante puisqu'elle prouve qu'il existe une demande de la part des femmes concernées par la ménopause et qu'elles aimeraient plus d'implication de la part de leur médecin généraliste sur ce sujet. Aussi, il convient de s'interroger sur ce que pensent les femmes de l'attitude de leur médecin quant à l'appréhension de leur ménopause.

Ce travail a pour objectif principal d'explorer le ressenti des patientes sur l'implication et la prise en charge de leur ménopause par leur médecin généraliste.

Les objectifs secondaires sont :

- la perception de la ménopause par les patientes.
- la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique des patientes.

Matériel et Méthode

I. Type d'étude

Cette étude est une recherche qualitative qui permet l'analyse des vécus et des ressentis d'une population choisie. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer une valeur mais plutôt à émettre des hypothèses en lien avec une question précise. [3] Par conséquent, ce n'est pas la répétition d'une donnée qui lui donne sa valeur mais simplement sa présence.

Cette étude se base sur la méthode de la théorisation ancrée, fondée elle-même sur l'interprétation des résultats à but compréhensif. En effet, il s'agit d'une étude d'un sujet sans hypothèse préalablement établie ; c'est l'analyse progressive du recueil de données qui va donc permettre d'appréhender le phénomène. [4]

Enfin, la théorisation ancrée n'incite pas à la recherche bibliographique sur le sujet a priori afin de garder la plus grande neutralité possible et ne pas influencer les réponses. L'investigateur garde un esprit neutre sans idées préconçues inspirées par la littérature. [5]

II. Recrutement des participantes à l'étude

L'échantillonnage a été choisi par recrutement aléatoire puis par effet « boule de neige ». En effet, à partir d'une participante sélectionnée au départ, celle-ci transmet un contact à interroger qui donnera ensuite un autre contact et ainsi de suite. Il existe plusieurs patientes sources afin d'avoir un échantillonnage diversifié.

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme âgée de 40 à 70 ans, d'accepter de participer à l'étude et d'être enregistrée à l'aide d'un dictaphone.

Le recrutement s'est prolongé jusqu'à avoir un nombre suffisant de patientes pour arriver à saturation théorique des données. Au total, douze patientes ont été interrogées, puis deux entretiens supplémentaires ont été nécessaires pour confirmer la suffisance des données.

III. Déroulement des entretiens

Le recueil des données s'est fait par des entretiens compréhensifs individuels. En effet, aucun guide d'entretien n'était établi en amont. Cependant, l'analyse des premiers entretiens a permis l'émergence de certaines idées à approfondir lors des entretiens suivants.

Les entretiens se sont déroulés entre le 18 mars et le 20 septembre 2019. Ils ont été réalisés au domicile des patientes, à leur demande, en face à face, toujours par le même interrogateur.

Afin de respecter le principe de théorisation ancrée, les patientes étaient libres dans leurs réponses face à des questions ouvertes. Il a été important de respecter la neutralité des questions et de ne pas les influencer. [6] [7]

Après consentement de la patiente et afin de retranscrire le plus fidèlement ses dires, chaque entretien a été enregistré dans sa totalité à l'aide d'un dictaphone. Ensuite, l'enregistrement a été retranscrit intégralement sur logiciel informatique Word® sans changement, le vocabulaire et la syntaxe restant conformes aux dires des participantes. Ces verbatim sont anonymes et les seules caractéristiques demandées aux patientes étaient :

- leur âge
- leur profession
- leur statut marital
- le sexe de leur médecin traitant

IV. Analyse des données

A. Codage ouvert

Chaque entretien a été « codé » de façon chronologique par l'investigateur. Les « codages » ont été rapportés dans le logiciel NVivo 12® afin de pouvoir réaliser des « nœuds » permettant des liaisons entre les grandes idées. Le codage consiste au rassemblement d'un mot, d'un groupe de mots ou d'une phrase sous forme d'un « code », c'est-à-dire un ou plusieurs mots représentatifs de l'idée. Les codes sont issus du vécu et des idées de la personne interrogée pour retranscrire ses idées de la manière la plus fidèle possible.

B. Triangulation

Chaque entretien a été codé à la fois par l'investigateur et par une personne extérieure à l'étude, dans le but d'avoir une double interprétation. Ces deux codages ont été comparés afin d'être le plus fidèle possible aux idées exprimées des participantes. Le deuxième chercheur ayant participé au codage est le Dr Anne Parmentier, Docteur en Médecine Générale. Cette triangulation permet d'augmenter la validité interne du travail de recherche.

C. Codage axial

Le codage permet de relier entre eux les différents codes ouverts en nœuds plus importants. Ces nœuds permettent de faire émerger des concepts plus prégnants et d'établir progressivement une théorie.

D. Suffisance des données

La théorisation ancrée amène progressivement à une saturation théorique des données. En effet, les nouveaux entretiens n'apportent plus de nouvelles données permettant de faire évoluer la théorie. A partir de ce moment, le recueil de nouvelles données s'arrête et pour confirmer cette suffisance, des entretiens supplémentaires sont alors réalisés.

V. Éthique

Cette étude n'a pas eu besoin de l'accord du Comité de Protection des Personnes car l'étude se situe hors loi Jardé selon l'article 2, II-1c du décret N°2017-884 du 9 mai 2017. En effet, ce travail se base sur des entretiens compréhensifs permettant d'analyser le ressenti des patientes concernant la prise en charge de la ménopause par leur médecin généraliste.

Cette étude a été validée par la CNIL (dossier N°2018142) le 03 décembre 2018.

Résultats

I. Caractéristiques des entretiens

Douze femmes, âgées de 46 à 62 ans, ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont eu lieu dans la région des Hauts-de-France et ont duré entre 18 et 47 minutes. La suffisance des données a été constatée au douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette suffisance.

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes interrogées.

Patiente	Age	Secteur professionnel	Statut marital	Sexe du MT
P1	61 ans	Médical	Mariée	Homme
P2	56 ans	Transport	Mariée	Femme
P3	52 ans	Enseignement	Veuve	Homme
P4	62 ans	Comptabilité	Concubinage	Homme
P5	59 ans	Médico-social	Mariée	Homme
P6	57 ans	Commerce	Divorcée	Femme
P7	58 ans	Enseignement	Mariée	Homme
P8	46 ans	Enseignement	Pacsée	Homme
P9	52 ans	Agriculture	Mariée	Femme
P10	61 ans	Communication	Mariée	Femme
P11	53 ans	Commerce	Pacsée	Homme
P12	58 ans	Commerce	Mariée	Homme
P13	56 ans	Social	Concubinage	Homme
P14	59 ans	Commerce	Mariée	Homme

II. Les patientes et leur ménopause

A. Les représentations de la ménopause dans l'esprit des patientes

Les patientes rapportent une idée préconçue sur la ménopause. En effet, dans leur esprit, la ménopause est tout d'abord une étape inévitable de la vie d'une femme, une sorte de fatalité.

P1 : « Bah c'est un cap à passer puisque de toute façon ça fait partie de la vie de la femme et puis bah c'est une étape... »

P3 : « Ça doit bien arriver ! On ne peut pas faire autrement ! [...] Après, de toute façon toutes les femmes y passent, on n'a pas le choix. »

P9 : « Et puis je me dis que j'ai tout intérêt à bien le passer puisque de toute façon on n'a pas le choix. »

Cette fatalité est accompagnée de la fin de la fertilité. Pour de nombreuses femmes, la ménopause est associée à la fin de la procréation.

P1 : « Bon après c'est sûr que c'est la fin... de la possibilité de mettre des enfants au monde et puis de concevoir mais bon ça fait partie de l'ordre des choses quoi. »

P2 : « En fait, pour moi, ménopausée c'est la période où on n'a plus de cycle et on ne peut plus procréer quoi. »

P9 : « La ménopause ? C'est le ... la fin de la... la fin de ... le moment où la femme ne peut plus avoir d'enfant, on passe à quelque chose d'autre. Voilà, quoi, on sait qu'à ce moment-là il n'y a plus d'ovulation, bah c'est tout c'est fini, le quota est fini, voilà. »

P13 : « Parce qu'on se dit « c'est vrai qu'on ne peut plus avoir d'enfant », on prend un coup de vieux, on vieillit. »

Cependant, on peut noter que chez une patiente, le raisonnement sur la ménopause a démarré plus précocement avec une hystérectomie. Cette opération ne lui permet plus d'avoir des enfants mais n'induit pas la ménopause.

P5 : « Ça s'est fait en différentes étapes, en fait, pour moi, même si ça s'est passé au même âge que tout le monde, réfléchir à l'après-période de fécondité de la femme etcetera... [...] Ce n'est pas la ménopause mais c'est déjà un cheminement car quelque part on se dit qu'on enlève une partie et même si dans notre tête on n'aurait pas eu de quatrième enfant, j'avais quarante ans, de toute façon c'était classé ! »

Ensuite, dans l'esprit des patientes, on retrouve un lien entre la ménopause et la vieillesse. En effet, la ménopause apparaît comme un tournant dans la vie d'une femme, le virage qui conduit vers la vieillesse.

P10 : « On devient vieux. »

P11 : « C'est juste que psychologiquement tu te dis « ça y est, j'ai passé un cap ! ». Bah ça y est, on est vieille quoi. [...] Voilà, en gros ce n'est pas génial, la peau se relâche, tout part en vrille, les cheveux cassent... d'un seul coup... on voit son corps vieillir, son physique changer. »

P12 : « Euh je commence à être vieille, j'ai la ménopause. Je suis pas belle à regarder, je suis moins attirante, je suis moins sexy. »

P14 : « Et euh... et puis du coup, bah je dirais, la ménopause, c'est un pas vers la vieillesse quoi ! »

De plus, les patientes rapportent une image parfois différente de ce qu'elles vivent en réalité. En effet, une patiente explique qu'elle avait un a priori négatif de la ménopause qui n'a pas été confirmé par son vécu.

P9 : « Après c'est vrai qu'on se dit quand on a la ménopause, c'est qu'on vieillit et moi je m'étais dit, avant que ça m'arrive, bah ça y est, je vais avoir la ménopause, je vais vieillir d'un seul coup, j'ai ma peau qui va se rider, je vais prendre du poids, je vais avoir mal, je vais avoir des bouffées de chaleur, ça va être la catastrophe. [...] Un tableau complètement sombre, comme quoi c'était la fin, tu changeais de caractère. »

D'autres au contraire, imaginaient cette période de façon plus facile que celle qu'elles vivent actuellement.

P12 : « Donc euh, je ne m'attendais pas à ces symptômes, je pensais que c'était beaucoup plus léger, franchement, je pensais pas que c'était aussi désagréable. »

P14 : « Par contre, bouffées de chaleur, j'avais entendu parler des bouffées de chaleur mais je ne pensais pas que c'était tout de même aussi chiant entre nous. »

B. De multiples sources d'information

1. La famille : une transmission de mère en fille

Il apparaît que les patientes s'orientent vers de nombreuses sources d'information pour répondre à leurs interrogations. Tout d'abord, elles mettent en avant l'importance de la famille, en particulier de leur mère mais aussi de leurs sœurs.

P4 : « En fait moi j'ai été ménopausée de bonne heure, à 46 ans, donc ma mère, ma grand-mère, même problème. [...] Si j'avais pas entendu parler de la ménopause par mes parents, par ma maman et ma grand-mère bah... voilà quoi. »

P5 : « Après j'ai deux sœurs, on en parle un peu, j'ai plus l'occasion avec l'une qu'avec l'autre... alors on en rit, on préfère en rire et puis faut relativiser, là aussi c'est une chose peut-être à apprendre. »

P7 : « La maman c'est important, parce qu'il y a un caractère héréditaire un petit peu, non ? »

P10 : « En famille on en parle, j'ai des sœurs et elles savent que je suis passée avant elles donc c'est plus simple de me demander des conseils et de me dire ce qu'elles ressentent. Je les rassure, ça va passer. »

P14 : « Bah la maman, c'est la première personne vers qui on se tourne. »

2. Les amies : des confidentes

Ensuite, les amies semblent être une source d'information privilégiée des patientes. Faciles d'accès, elles se présentent aussi comme une alternative en cas de famille absente ou non communicante.

P3 : « J'ai justement eu hier une amie au téléphone qui a le même âge et elle m'a dit que pareil, depuis qu'elle a ses problèmes de cycles, elle mange, mange, donc ça va, il n'y a pas que moi (rires). »

P5 : « Par rapport à des amies ou des connaissances, ma maman, qui disait la journée c'était affreux même de temps en temps je mets des serviettes. »

P6 : « Après pour les informations, je pense que les copines elles sont là en premier. »

P11 : « Et bien entendu, on en parle entre copines, on est toutes au même âge. »

3. Les collègues : un échange sur le lieu de travail

À plusieurs reprises, il est revenu que les patientes se tournent également vers leurs collègues de travail pour en discuter.

P1 : « Et puis les collègues autour de moi. C'est pareil, il y en qui supportent ou qui n'en ont pas du tout, d'autres qui sont dans le même cas, bienvenue au club. »

P3 : « Bah en fait, je les ai eues surtout par une de mes collègues parce qu'elle elle est en plein dedans, enfin maintenant elle est ménopausée. »

P4 : « Quelquefois avec les collègues on en a parlé mais sinon, non. »

P12 : « Voilà. Moi je vous avoue qu'avec mes collègues, parfois on en parle mais c'est vrai que c'est quand même les mêmes symptômes qui reviennent. »

4. Une information partagée entre personnes concernées

Il s'avère durant les entretiens que les patientes ne discutent de leur ménopause qu'entre femmes concernées. En effet, elles abordent le sujet uniquement avec celles qui sont également en période de ménopause.

P4 : « Là on en a parlé un peu parce que ça se présentait, quand ça se présente on en parle. »

P7 : « Fin, on en parle entre personnes concernées en fait. »

P12 : « Bah j'en parle à cette amie-là, elle a une longueur d'avance puisqu'elle a 63 ans donc quand je lui parle des symptômes, elle sait de quoi je parle puisqu'elle a déjà vécu ça. »

A contrario, les femmes ménopausées ne se voient pas en parler aux femmes non ménopausées, par peur d'être incomprises.

P8 : « Ma sœur est plus jeune et puis moi je suis jeune donc mes amies, pour elles ce n'est pas encore d'actualité donc j'en parle très très peu. »

P10 : « Non, je n'en ai pas parlé parce que c'était des amies de mon âge qui n'étaient pas concernées donc je l'ai gardé pour moi. »

P11 : « J'ai qu'un frère mais ma belle-sœur, elle est ménopausée et n'a aucun symptôme du coup elle ne comprend pas pourquoi j'ai ces symptômes. »

P12 : « Je ne me vois pas en parler à une femme qui ne l'a jamais vécue parce que je crois qu'elle ne va pas comprendre. Je pense qu'il faut l'avoir vécue pour bien comprendre. »

P14 : « Je veux dire, tant qu'on n'est pas concernée, on ne s'y intéresse pas ! »

De plus, on retrouve une notion de partage de l'information, les patientes veulent instruire leur entourage avec leurs connaissances acquises. On s'aperçoit que les femmes ménopausées souhaitent rassurer les autres.

P2 : « On n'explique pas... on ne me l'avait jamais dit... mais maintenant que je le sais ben je pourrai le faire savoir quand l'occasion se présentera. »

P3 : « Et comme elle dit, à son âge, comme elle est plus jeune, elle ne connaissait pas tous les symptômes et moi mes symptômes que j'ai, ça la rassure car elle avait ça mais à l'époque. Du coup moi je savais les symptômes qu'on pouvait avoir. »

5. Les médias : une source d'information adressée directement aux femmes

Les médias semblent être également une bonne source de renseignements. Tout d'abord, les patientes entendent des publicités ou des reportages à la télévision mais aussi à la radio. Elles n'ont pas forcément recherché l'information mais sont régulièrement confrontées à ces publicités.

P3 : « Euh... je trouve surtout qu'il y a trop de pubs à la radio, Manhaé, franchement là ça va mieux mais il y a une période où c'était tous les matins dans la voiture, plusieurs fois par jour. [...] Après je pense que c'est parce que j'étais confrontée ! Après le fait de l'entendre je suis allée à la pharmacie pour le demander. (Rires) »

P4 : « Mais bon c'est vrai que euh... on en entend plus parler à la télé, dans des reportages ou dans des publicités pour certaines vitamines euh, que par nos médecins, par nos gynécos. »

P6 : « De temps en temps, à la télé par rapport à l'homéopathie qu'ils proposent justement si vous êtes ménopausée, la pub. »

P9 : « Parce qu'ils font plein de pubs à la télé, « si vous êtes ménopausée, prenez machin chose » (Rires). Cette pub, je me dis est-ce que je dois y passer ou pas y passer et puis maintenant voilà, ça fait deux ans et voilà. »

P11 : « A la radio, on entend sans arrêt les labos qui font leurs pubs. »

Elles évoquent également une recherche des informations dans les magazines féminins ou revues médicales.

*P10 : « Après en ayant lu tous les symptômes, je me suis dit qu'elle ne s'était pas plantée et qu'il fallait faire avec. **Où aviez-vous lu ces informations ?** Euh... bah dans des revues. **Des revues de quel type ?** Médicales. »*

P11 : « Magazine, oui quand je suis en salle d'attente et qu'il y en a, je vais regarder effectivement, de toute façon les symptômes que je vous ai décrit je les retrouve dans les magazines. »

P13 : « Puis je bouquine beaucoup, j'ai beaucoup de magazines, je feuillette beaucoup. »

6. Internet : un accès facile et rapide

Les recherches sur Internet semblent faciles dans notre société actuelle. Certaines patientes expriment cette accessibilité de l'information.

P8 : « Internet ! Pour voir un peu les signes « ménopause », « préménopause » et c'est vrai que je me suis retrouvée dans beaucoup de symptômes donc voilà. »

P10 : « Oui. Et puis aussi sur Internet, depuis 91 j'ai Internet ici. Aussi sur Internet pour voir si les signes... et puis ils en décrivent tellement qu'il y en a forcément qui collent. »

P13 : « Je voulais me renseigner, je suis allée prendre mon iPad et je suis allée voir un peu sur Internet ce que c'était. »

C. Leur vécu : des inconvénients mais aussi parfois un soulagement

1. Une étape difficile

Tout d'abord, plusieurs patientes évoquent la ménopause comme une difficulté, un sentiment d'épreuve parfois compliquée à gérer.

P1 : « On rame pour avoir ses règles et puis on rame quand on ne les a plus ! »

P7 : « Bah je ne sais pas mais c'est quand même un sacré bouleversement. Et puis en plus ça intervient au moment où tous les enfants s'en vont, ça fait beaucoup, la retraite... ça fait beaucoup de choses à gérer, c'est tout qui change ! »

P8 : « Moi c'est arrivé assez tôt donc c'est assez compliqué à gérer. »

2. Les bouffées vasomotrices

Les premiers symptômes qu'elles évoquent toutes sont les bouffées vasomotrices, aussi appelées « bouffées de chaleur ». Celles-ci sont plus ou moins invalidantes mais toutes les femmes interrogées s'accordent pour dire qu'elles entraînent une gêne dans leur vie quotidienne.

P1 : « Alors là j'avais des bouffées jour et nuit, plus la nuit mais comme si on ouvrait la porte du four et que j'avais la tête dedans ! »

P4 : « J'ai eu beaucoup de bouffées de chaleur, ah ça c'était l'horreur. »

P6 : « Euh... bah rien, je ne me suis pas inquiétée pour rien sauf que j'étais trempée tout le temps, tout le temps, tout le temps les nuits dans mon lit. Je changeais mes draps parce que mon lit était trempé, c'était vraiment ça le plus gros... la plus grosse gêne c'était ça. »

P14 : « Bah la ménopause, bah actuellement, je dirais c'est des soucis bah parce que c'est les bouffées de chaleur, essentiellement. »

3. Les troubles de l'humeur

Les patientes se plaignent de troubles de l'humeur, en particulier une irritabilité ainsi que des épisodes dépressifs passagers.

P3 : « Faut prendre son mal en patience, faut juste prévenir son entourage qu'on est un peu plus irritable. Surtout que je ne le suis pas normalement. (Rires) Des fois je me rends compte que j'ai des réponses plus piquantes. »

P8 : « Il y a eu ça, les changements d'humeur, le spleen, tout ça... »

P11 : « Donc en fait, des bouffées de chaleur, tout le temps, jour et nuit, des sautes d'humeur de dingue, des fois j'ai envie de tuer père et mère et parfois je suis joyeuse je ne sais pas pourquoi. »

4. La fatigue

Les patientes rapportent également un sentiment de fatigue et de perte d'énergie depuis le début de leur ménopause.

P3 : « Oui, j'étais beaucoup plus fatiguée et puis depuis un certain temps j'ai mal, enfin je ne me sens pas bien dans mon corps. »

P6 : « Fatigue quand même aussi. »

P11 : « Au niveau hormonal ben des fois je suis super fatiguée. »

P12 : « Au quotidien, ça fatigue énormément, je trouve que physiquement on récupère moins vite. »

5. La variation du poids

Pour certaines, la ménopause est associée à une variation de leur poids de forme, et dans la grande majorité des cas il s'agit d'une prise de poids.

P3 : « Et puis prise de poids surtout. Là c'est une catastrophe, j'ai toujours faim. Donc bon, je ne sais pas si c'est ça mais, là en même pas 6 mois, j'ai pris 6 kilos donc bon. J'ai faim, mais j'ai faim... »

P9 : « Puis maintenant voilà, ça fait deux ans et voilà, j'ai pris un petit peu de poids, avant j'étais toujours à 61-62, et puis là depuis deux ans je suis plutôt à 64-65. Pour le poids je me dis que c'est peut-être ça, après c'est peut-être autre chose aussi. »

P14 : « Le fait d'avoir ces bouffées de chaleur, fatigue, irritabilité et puis on voit que le corps change, on prend du gras là, là sur le ventre... ce n'est plus joli mais bon faut l'accepter après... ce sont des signes de vieillesse aussi tout ça. »

A contrario, une patiente a observé une perte de poids.

P6 : « J'avais beaucoup maigri aussi, c'est ça qui a fait que je me suis quand même inquiétée après, quoi. »

6. Les perturbations des cycles menstruels

Les patientes rapportent une irrégularité de leurs cycles menstruels, qui ont tendance à s'allonger. L'abondance des saignements a également été mise en avant, avec des règles parfois hémorragiques.

P3 : « Et puis maintenant ça repart sur des cycles, un mois et demi, deux mois, bien plus longs. »

P8 : « C'était d'abord des règles étalées, des règles hémorragiques, des bouffées de chaleur mais au départ je n'ai pas mis ces symptômes-là sur la ménopause, c'est au bout de 18 mois qu'on m'a dit que c'était ça en fait. »

P10 : « Ah ben c'est un dérèglement total du corps féminin. C'est-à-dire que même au niveau des règles, personnellement, je n'étais plus régulière, normalement c'était tous les 28 jours, et là c'était plutôt 32, 35 jours. Et c'était un gros flux, c'était comme une hémorragie chez moi. »

7. Un soulagement

Il semble cependant que l'arrêt des règles puisse être perçu comme une étape positive pour certaines patientes, une sorte de soulagement.

P4 : « Comme j'avais souvent des hémorragies et que puis bon à chaque fois c'était un jour où vous partiez à une communion, où vous partiez, vous étiez patraque ... en fait je crois que je l'ai plus vécu comme un soulagement. »

P9 : « Ça ne m'embête pas au contraire, tant mieux, ne plus prendre la pilule, ne plus avoir les petites règles que j'avais quand même, les 2-3 petits désagréments. »

P13 : « Au contraire c'est un continu... fin... on est plus tranquille peut-être. On n'est plus embêtée tous les mois avec ça. C'était quand même une plaie (rires). C'est du positif pour moi. »

8. La ménopause, un long processus

La mise en place de la ménopause passe par une longue période avec des symptômes plus ou moins fluctuants. Cette temporalité est mise en avant par les patientes. En effet, de nombreuses patientes expliquent avoir encore des bouffées de chaleur plusieurs années après les premières.

P1 : « Ça dure encore... (rires) [...] Ma belle-mère qui est morte à 86 ans, elle en a eu jusqu'à la fin. »

P4 : « Encore maintenant, ça m'arrive d'en avoir. »

P7 : « Et puis c'est surtout que j'ai toujours les inconvénients et ça fait 5 ans que c'est comme ça. [...] ça ne s'arrête jamais. »

P11 : « Ça fait trois ans et demi donc j'aimerais bien qu'on passe au plan B maintenant. »

Certaines patientes expriment l'aggravation progressive des symptômes et des gênes quotidiennes.

P1 : « Progressivement, des petites bouffées de chaleur supportables, après ça s'est un petit peu aggravé... »

P5 : « Et puis après bah ça s'est manifesté progressivement par des bouffées de chaleur pour ma part. »

P12 : « Ça a été des bouffées de chaleur, de plus en plus intenses dans le temps. »

9. Des symptômes différents d'une femme à l'autre

Enfin, malgré de fortes similitudes dans les symptômes généraux, certaines femmes expriment des variations importantes lorsqu'elles se comparent à leurs amies.

P1 : « C'est pareil, il y en a qui supportent ou qui n'en ont pas du tout, d'autres qui sont dans le même cas, bienvenues au club. »

P2 : « Bah après d'un corps à un autre, c'est vrai que l'on ressent les choses différemment, il y en a qui ne vont rien sentir, d'autres qui vont être bien dans leur corps et dans leur tête. »

P11 : « Je me rends compte que mes copines et mes connaissances, aucune n'a les mêmes symptômes, c'est incroyable. »

III. La ménopause : un motif de consultation ?

Tout d'abord, certaines patientes évoquent le manque d'information générale concernant la ménopause.

P1 : « Euh c'est comme la pilule... la pilule c'est pareil, on n'explique pas. »

P3 : « Et puis c'est vrai qu'on n'a jamais évoqué ces problèmes-là donc euh... Après peut-être que oui, si on en avait discuté avant... mais est-ce que j'aurais été à l'écoute ? »

P4 : « Bah, pour certaines personnes, je trouve qu'on n'en parle pas assez. Parce que c'est vrai que les traitements... les gens des fois ils devraient parler des traitements. »

P6 : « Mais euh... il n'y a pas de... comment dire... pas d'information. [...] Parce qu'on ne sait pas tous les symptômes que l'on peut avoir par rapport à ça non plus. On ne les connaît pas. Il n'y a pas d'information donc en gros on va parler des vapeurs, la fatigue et le fait d'avoir des sautes d'humeur aussi. »

Différents cas de figure ont été relevés en entretien.

A. Les patientes ne consultent pas

Lors des entretiens, plusieurs femmes ont exprimé ne pas avoir ressenti le besoin de consulter un médecin concernant leur ménopause, et ce pour différentes raisons.

1. Il y a peu ou pas de symptômes

Plusieurs femmes parlent de la ménopause comme de quelque chose qui ne les impacte pas dans leur vie quotidienne. Ce manque de symptômes et donc de gêne ne les amène pas à consulter.

P2 : « Ben, j'en sais rien... Je ne l'ai pas ressentie quelque part. Je ne suis pas dérangée du tout. »

P4 : « Comme en plus moi ça s'est bien passé donc j'en n'ai pas parlé... »

P9 : « Et finalement, ça s'est bien passé en fait pour moi, je me rends compte de rien du tout. »

2. C'est vécu comme un processus physiologique

Certaines patientes ne consultent pas pour parler de la ménopause puisque, dans leur esprit, c'est un processus physiologique, non pathologique, qui ne nécessite pas de suivi médical.

P5 : « Je ne me suis pas posé de questions. Bah je ne me suis pas posé la question, c'était normal que ça arrive. [...] Bah c'est pas une maladie ! »

P6 : « Bah si tout se passe bien, je dirais qu'après c'est la suite normale du corps qui n'a plus besoin de faire fonctionner certains organes parce que l'on n'est plus sujette à avoir des enfants donc euh... tant que ça se passe juste sur le point de ne plus avoir d'enfant, ça va. »

Cette étape physiologique de la vie d'une femme est un évènement que certaines traversent avec relativisme.

P5 : « Faut relativiser par rapport aux évènements alors c'est toujours pareil, on le dit peut-être plus facilement quand on n'est pas confronté à de gros pépins. »

P10 : « Oui, il n'y a que ça. Franchement le reste c'était tolérable. C'est gênant mais ça ne nous empêche pas de vivre... personnellement. »

3. Le diagnostic est connu

Les informations de l'entourage suffisent à répondre aux interrogations des patientes.

P1 : « Non. Non. Pour moi, je savais à quoi m'attendre donc non. »

P3 : « Du coup moi je savais les symptômes qu'on pouvait avoir. »

B. Les patientes consultent

1. Un deuxième motif de consultation

Il apparaît dans de nombreux entretiens que les patientes n'évoquent la ménopause et leurs symptômes qu'en deuxième motif de consultation.

P2 : « Je ne suis pas allée voir le médecin spécialement pour ça. J'étais partie voir le médecin parce que j'avais besoin d'un traitement et j'étais pas bien ce jour-là. Et j'en ai parlé en même temps. »

P5 : « Mais je n'ai pas consulté pour ça. La consultation suivante, pour un autre motif... [...] Je cherche la dernière fois que j'en ai parlé... déjà que ce n'est pas le premier motif de consultation... »

P9 : « J'y allais pour autre chose parce qu'il me fallait un certificat médical ou je ne sais plus mais je lui ai montré, j'en ai profité. »

P14 : « Je vais voir mon médecin traitant régulièrement parce que je prends du Prozac donc j'ai des renouvellements donc quand j'ai besoin d'informations, c'est le moment que je choisis pour poser les questions. »

2. La nécessité d'un diagnostic biologique de certitude

Les patientes développent l'idée que la ménopause est diagnostiquée par une prise de sang. Celle-ci peut être proposée par le médecin qui véhicule cette idée de diagnostic par le bilan biologique.

P2 : « J'en parle au médecin et il me fait faire une prise de sang pour savoir où j'en suis en fait. »

P3 : « J'avais été la voir elle m'avait fait une prise de sang et ce n'était pas encore la période mais depuis un an ça a dû bouger. »

P4 : « Bon puis là on a fait des prises de sang, des prises de sang ... et je suis allée voir le gynéco, et il m'a dit « je crois que c'est ça ». »

P11 : « Donc il s'est passé six mois, j'en parle à mon gynéco, il me fait faire une prise de sang, il constate mais il me dit « ce n'est pas total, là vous entrez tranquillement ». »

Parfois, la prise de sang est demandée par la patiente elle-même. Cette demande provient soit d'une information préalable du corps médical, soit de recommandations de l'entourage.

P2 : « Ou dans la prise de sang peut-être, si mon médecin me refait une prise de sang, je pourrais savoir. »

P8 : « Pour l'instant c'est assez confus puisqu'au bout de 18 mois, j'ai demandé à ce qu'on me fasse une prise de sang. [...] C'est mon gynécologue qui m'en avait parlé. »

P14 : « Bah je me dis que le taux, le taux hormonal, ça se voit dans le sang ? donc c'est là-dessus que je pars, je n'ai aucune connaissance médicale ! C'est vraiment un truc euh... que je me dis, le taux d'hormones doit se voir dans le sang donc on le dose. »

Cependant, une patiente fait remarquer que le bilan biologique ne peut donner de diagnostic franc.

P8 : « Et le problème c'est qu'il n'y a pas de diagnostic total et fixe. La prise de sang n'est pas suffisante, on est toujours dans le flou. C'est une tendance mais on ne sait pas vraiment si c'est oui ou c'est non. »

3. Une réponse à une plainte

De façon assez évidente, il apparaît que les patientes se tournent vers le corps médical lorsqu'elles ont une plainte invalidante. Elles cherchent alors des réponses des médecins, en particulier pour un traitement.

P1 : « Je pense que c'est au patient de, lorsqu'il se confronte aux symptômes d'en parler au médecin et c'est ... argumenter et conseiller donc voilà. »

P2 : « C'est moi, en fait, parce que c'était une période où j'avais des bouffées et je m'étais dit, j'entendais autour de moi que quand on arrive à la ménopause on a des bouffées de chaleur, donc je me suis demandé si j'étais en période de ménopause quoi. »

Cependant, les patientes indiquent que les médecins répondent à leurs interrogations uniquement lorsqu'elles posent les questions.

P6 : « C'est vrai qu'on ne nous explique pas grand-chose, tout compte fait. Si on ne pose pas de questions, on n'a pas de réponses en gros. »

P8 : « Mon gynécologue est très ... comment dire, pas très bavard donc il n'explique pas vraiment les choses, il faut un peu lui soutirer les informations donc non je n'ai pas beaucoup d'informations. »

P11 : « Si on ne pose pas de questions, ils n'expliquent rien. C'est dans leur nature. Parfois j'ai l'impression de déranger le gynéco quand je pose des questions. »

P13 : « Il ne donne pas d'infos mon médecin si on ne lui pose pas la question. Heureusement qu'on lit et qu'on parle avec les amies. »

Ce manque d'informations peut être perçu comme une source d'angoisse. Les patientes consultent alors pour trouver des réponses aux symptômes.

P8 : « Parce que quand on ne sait pas ce que c'est, on s'inquiète, donc savoir que c'est ça, ce n'est pas rigolo mais ce n'est pas grave. »

P13 : « Et puis le fait aussi de ne pas savoir, qu'est-ce que j'ai, qu'est-ce qu'il m'arrive. [...] Mais au début on n'est pas au courant, on se demande ce que c'est. C'est panique à bord. »

C. Un refus des traitements qui limite la prise en charge

1. Il existe peu de thérapeutiques disponibles en dehors du traitement hormonal substitutif

Tout d'abord, les patientes expriment l'idée qu'il n'existe à ce jour aucun traitement efficace pour la ménopause en dehors du THS.

P3 : « Et puis je sais très bien qu'apparemment, d'après ce qu'on dit, les médecins n'ont pas grand-chose pour aider à passer le cap. »

P5 : « C'est-à-dire que je me suis surtout mis dans la tête que je n'avais pas cinquante solutions, à tort ou à raison. Euh... voilà quoi... et c'est vrai qu'en général, facilement, on me dit que compte tenu de tes antécédents de santé... bah... voilà. Enfin c'est ce que j'ai compris. »

P7 : « Pour les traitements, il n'y a rien d'autre que le traitement hormonal ? Après il y a tous les trucs plantes et compagnie, j'avais essayé Manhaé. »

2. Elles refusent le traitement hormonal substitutif

Les entretiens révèlent que de nombreuses patientes refusent le traitement hormonal, soit en raison de réelles contre-indications médicales, soit par peur des complications de ce traitement. Devant l'absence de thérapeutiques efficaces en dehors du THS, les patientes consultent peu leur médecin.

L'une des patientes interrogées présente des contre-indications médicales au THS qu'elle connaît.

P5 : « Sachant que je n'ai pas de traitement avec des hormones parce que je ne peux pas pour deux raisons. [...] Bah c'est normal, ça fait partie de la vie et puis je savais de toute façon que je n'aurais pas de traitement. J'aurais peut-être consulté si je savais... que... enfin pour un traitement. »

Ensuite, certaines patientes évaluent le rapport bénéfice-risque du traitement et la majorité des femmes évoque ainsi le risque de cancer du sein.

P3 : « Après, des hormones je n'en veux pas parce que je sais que maman elle a eu un traitement hormonal, après je ne sais pas si c'est vrai ou pas mais elle dit que son cancer du sein s'est déclaré à la suite de ça. »

P4 : « Alors pour deux raisons : parce que dans ma famille, il y a des cancers du sein. Et puis ... je suis contre tout médicament. »

P10 : « Elle m'a prescrit le truc mais je n'ai pas pris le traitement parce que à l'époque on disait que ce n'était pas forcément bon donc je me suis dit allez, on va faire confiance sur Internet quand ils disent que ce n'est pas forcément bon. »

P12 : « Donc j'avais dit les hormones, je ne suis pas trop sur le principe et en plus, j'avais regardé sur Internet, on n'a pas trop de recul par rapport aux hormones. Est-ce qu'il n'y a pas un lien avec les cancers etcetera ? »

P14 : « Alors là ouais mais je suis contre. Comme ma maman est décédée d'un cancer du sein, ma cousine a un cancer du sein, euh, c'est déconseillé je pense hein ? Je pense même que si je n'avais pas ces antécédents-là, je ne l'aurais pas pris. »

Ensuite, certaines patientes refusent le THS par peur de ne pas le supporter ou d'avoir un traitement trop puissant avec des effets indésirables associés.

P8 : « Euh, je lui en ai parlé pour le substitut hormonal, donc euh... moi je voulais un médicament un peu complémentaire mais pas trop fort, lui il veut me donner des hormones. [...] J'ai peur de ne pas le supporter. »

P11 : « Et bien entendu, on en parle entre copines, on est toutes au même âge et j'ai des copines qui me disent « écoute, moi je prends des trucs naturels, tu n'as pas besoin de te doper, tu vas te choper un cancer du sein ». »

De plus, trois patientes ajoutent que les traitements retardent les désagréments de la ménopause mais elles se demandent ce qu'il adviendra à l'arrêt de ceux-ci.

P3 : « Oui et puis je me dis que le traitement hormonal c'est pour continuer quelques années et puis de toute façon après il faudra quand même y passer. »

P6 : « Je pense que les médicaments c'est pour soulager mais pas forcément pour guérir dans le fond. »

P8 : « Enfin il a dit que je pouvais le prendre pendant 10 ans mais qu'après du coup je devrai arrêter et que vu mon âge c'est qu'à 60 ans, je récupérerai les mêmes problèmes donc je préfère... »

Enfin, certaines patientes se déclarent « anti-traitement » et refusent la prise en charge médicamenteuse quelle qu'elle soit.

P6 : « Je ne prendrai pas de médicaments pour ça en particulier même j'évite toutes sortes de médicaments. »

P10 : « On m'avait proposé un traitement que je n'ai pas pris car je suis plutôt anti-traitement. »

P13 : « C'est vrai qu'on aurait pu me donner quelque chose pour les bouffées de chaleur nocturnes, les choses comme ça mais je n'ai pas demandé, je ne voulais pas non plus rentrer dans les médicaments encore ou ceci, cela. J'ai dit ça va passer. »

3. La vitamine D, une thérapeutique préventive acceptée

Certaines patientes expriment que leur médecin leur a donné de la vitamine D afin de prévenir l'ostéoporose.

P4 : « Certes il y a la ménopause, qui engendre l'ostéoporose, donc on devrait parler des traitements, on devrait parler de... Bah à part la vitamine D on ne vous donne rien. »

P12 : « Ensuite, qu'est-ce qu'il y a eu, une carence en vitamine D puisque cette année mon généraliste me prescrit des ampoules. »

P13 : « Et elle, elle m'a dit, vous n'avez pas, depuis la ménopause, vous n'avez pas de vitamine D tout ça. Bah non. Du coup, elle, elle m'a donné une ampoule à prendre tous les trois mois. »

P14 : « Et puis il paraît aussi que la ménopause donne un risque d'ostéoporose. [...] C'est pour ça qu'on me donne de la vitamine D je crois. »

IV. Qui consultent-elles ? Quelle place pour le médecin généraliste ?

A. Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié

1. L'importance de la relation entre la patiente et son médecin traitant

Le médecin généraliste est perçu comme un soignant qui possède une vision globale de son patient. Il connaît ses antécédents, son mode de vie mais aussi sa famille et plus particulièrement son conjoint.

P5 : « Et puis je considère que si le médecin traitant, on le voit régulièrement, régulièrement ça peut être qu'une fois par an car si on n'est pas malade, on n'y va pas pour le plaisir mais il a une vision générale. [...] Et puis les médecins généralistes doivent regarder la totalité de la personne. »

P8 : « Le médecin généraliste, on le voit quand même plus souvent que le gynéco et le médecin généraliste, c'est ça, il a une vision globale de la personne tandis que les spécialistes ils vont avoir une vision que du corps. »

P14 : « Bah le médecin, le médecin traitant, c'est lui le pilier. Il a un rôle majeur, on va plus souvent chez son médecin généraliste que chez son gynéco et puis le médecin traitant c'est le médecin des deux en général alors que le gynéco c'est pour la femme. »

Ensuite, le médecin traitant, par son suivi régulier, connaît bien le patient.

P7 : « Bah c'était un bon médecin parce qu'on avait l'impression qu'il nous connaissait, il arrivait à retenir le nom des enfants, là où ils en étaient dans les études, c'était vraiment un confident et quelqu'un de sûr et on n'était pas anonyme quoi... »

P10 : « Bah oui mais elle me connaissait depuis que j'étais toute petite. Donc je l'avais appelée, j'avais confiance. »

P14 : « On se connaît bien depuis très très longtemps, c'est lui qui s'est occupé de mes enfants, c'est vrai qu'on a un rapport assez direct, assez franc. »

De plus, il apparaît que le médecin traitant s'adapte à son patient par son attitude, mais aussi par le langage utilisé.

P2 : « C'est vrai qu'un médecin généraliste s'il nous en parlait, lui déjà il nous connaît, il sait comment il faut nous parler, il sait quel langage prendre en fait, il sait s'il faut parler avec des mots simples, il va parler avec des mots simples. »

P5 : « Alors je pense que ce qui est important c'est de s'adapter à la personne en face de soi. Il y a son parcours, sa culture, son ouverture. »

Le médecin généraliste est évoqué comme un médecin qui prend son temps.

P2 : « Elle prend le temps, c'est pas une visite médicale bâclée. Il n'y en a pas beaucoup des médecins comme ça. »

P6 : « Mais bon elle prend quand même 20 minutes avec le patient donc forcément elle fait tous les points, elle observe, elle écoute. »

Les patientes indiquent que la relation de confiance est le pivot central dans cette relation patient-médecin.

P4 : « Ah oui. Ben quelque part on a confiance en lui. »

P5 : « Parfaite confiance, et surtout il était à l'écoute. »

P9 : « Après pour les traitements, j'ai posé la question à mon médecin, si elle m'avait dit « Je vous conseille de prendre ça, c'est très bien, vous verrez » je l'aurais fait, je lui fais confiance. »

Cependant, le rôle du médecin remplaçant est dichotomique. D'une part, le remplaçant ne connaît pas la patiente, et cela peut apparaître comme un frein.

P4 : « Il a eu une greffe cardiaque, donc après c'était un remplaçant, une remplaçante, donc pendant 3-4 ans, on a jonglé avec lui et puis... donc on peut pas dire que ça soit un médecin comme on avait avant de famille, qui vous connaisse bien, qui euh non ... »

P6 : « Quand je suis allée chez un généraliste quand elle n'était pas là ou en vacances, du coup j'avais pris un médecin à côté de chez moi et qui m'a dit que je faisais une gastro, elle n'a pas cherché plus loin. »

D'autre part, le recours à un médecin remplaçant peut présenter des aspects positifs : le médecin a un « œil nouveau » et le sentiment d'anonymat permet de libérer la parole de la patiente.

P9 : « Bah, pourquoi pas, une jeune, elle sort de l'école, elle a peut-être des notions plus fraîches et puis c'est une femme donc elle est concernée. Je serais plus tentée d'en discuter pour avoir des choses nouvelles. »

P13 : « Et il y a six mois, je suis allée le voir mais c'était une remplaçante. Et elle, elle m'a dit, vous n'avez pas, depuis la ménopause, vous n'avez pas de vitamine D tout ça. Bah non. [...] Il n'y a que la remplaçante, donc une petite jeune, qui sort des études et qui a tout en tête. »

P14 : « Homme ou femme parce qu'on passe à quelqu'un d'anonyme quelque part. Un remplaçant je ne le connais pas, spontanément, c'est marrant mais oui. D'ailleurs je pense à sa remplaçante qu'il a eu un moment, oui, s'il y avait eu besoin d'un examen, oui, pas de problème. »

2. Le médecin traitant : le premier recours

Tout d'abord, le médecin traitant est privilégié par son accessibilité. Effectivement, la prise de rendez-vous semble rapide.

P1 : « Parce que je pense que c'était plus facile d'avoir un rendez-vous chez le toubib. On y va comme ça, il y a moins de délai. »

P8 : « Bah l'intérêt du médecin généraliste, on appelle, on a un rendez-vous dans la journée, on vient avec sa prise de sang et il nous explique. »

P10 : « A l'époque, on pouvait l'appeler à 22h pour une urgence et on venait chez elle pour qu'elle ausculte notre enfant. »

P11 : « Mon médecin traitant ! Oui, parce que quand c'est revenu et que j'avais à nouveau les soucis et que je n'avais pas tout de suite mon rendez-vous chez le gynéco, je suis allée le voir. »

De plus, le médecin traitant est privilégié puisqu'il a un grand rôle d'écoute.

P2 : « Et elle est assez à l'écoute et ça, ça fait beaucoup, quand on voit que vous ne l'ennuyez pas. C'est important quelqu'un qui sait vous écouter, on n'a pas besoin spécialement de voir un psychologue, le médecin traitant c'est bien aussi, parce qu'on y va quand on n'est pas bien. »

P5 : « Ça aussi, prendre le temps d'écouter... et ça c'est valable dans tous les domaines de la vie. [...] Il était très à l'écoute et très observateur. »

P11 : « Ah oui, ouais. Et puis en plus, c'est un médecin, même s'il n'est plus tout jeune, il est près de la retraite, il est vachement à l'écoute et au courant de tout ce qui se fait, de tout ce qui évolue. »

P14 : « Je pense, mon médecin est très à l'écoute. C'est pas quelqu'un qui dirait « oh bah c'est naturel ». Il a beaucoup d'écoute et il apporte des solutions. »

Une patiente rapporte que son médecin généraliste, en plus de la qualité d'écoute, est clair dans ses explications.

P11 : « Alors que mon généraliste, oui ! Lui, à l'inverse, il va me poser les bonnes questions, il va m'expliquer, il va me faire des schémas et des trucs... [...] Mais voilà, très rapidement, mais il avait été efficace, mais il m'a vite rassurée, il m'a bien expliqué. »

De plus, certaines patientes se tournent vers le médecin généraliste puisqu'elles considèrent qu'il est compétent en gynécologie.

P1 : « C'est lui qui prescrivait ma pilule parce que le gynéco une fois par an, c'est pas suffisant pour renouveler tous les 3 mois. »

P5 : « Le médecin généraliste doit pouvoir faire ça, ça fait partie de ses attributions. »

P10 : « Oui parce qu'à l'époque elle me faisait les frottis. C'est elle qui le faisait et je le portais au laboratoire. »

P11 : « Il est au courant de ma problématique parce que j'ai été réglée tardivement et au départ c'est lui qui m'avait prescrit mes premières pilules. [...] Mais non, il est très avenant et très au courant sur toutes ces choses-là même plus que le Dr C. »

En revanche, d'autres patientes parlent de la ménopause avec aisance à leur médecin généraliste puisque, dans leur esprit, cela n'implique pas d'examen gynécologique.

P6 : « C'était facile, pour moi personnellement, oui. Bah elle, elle n'a pas visité parce que ce n'était pas son boulot. »

P7 : « Bah parce que de toute façon si c'est des problèmes liés à la ménopause, il n'y a pas d'auscultation gynécologique donc à partir de ce moment-là, ce n'est pas gênant de parler de bouffées de chaleur et d'autres choses quoi. »

P14 : « Voilà, parler de la ménopause, ça ne veut pas dire examen gynéco, c'est indépendant. Pour moi ménopause, c'est plus lié à une analyse de sang, je ne sais pas. »

3. Une relation d'autant plus facile que le médecin est une femme.

Certaines patientes assurent qu'il est plus facile de parler de la ménopause à une femme qu'à un homme.

P1 : « Après c'est plus facile avec une femme qu'avec un homme. Avant j'avais une gynéco femme et maintenant c'est un gynéco homme et j'étais plus à l'aise quand c'était la femme. »

P2 : « Parce que je ne sais pas, on ne parle pas facilement de ça avec un homme. »

P10 : « Moi j'ai toujours eu des femmes alors... ce n'est pas facile d'expliquer ça à un homme. »

Elles justifient cette proximité par le sentiment de meilleure compréhension du corps de la femme par une femme.

P1 : « Parce que je pense qu'elle connaît mieux le corps de la femme. »

P3 : « Oui je pense parce que vous êtes confrontées au même problème que nous donc sûrement beaucoup plus à l'écoute qu'un homme. Bah oui parce que ça va vous arriver. »

P7 : « Ça pourrait peut-être, être bien si c'était un médecin en préménopause, une femme qui comprendrait mieux. »

P9 : « Oui parce qu'elle a le même âge que moi, 3 enfants aussi comme moi, 3 filles comme moi donc je me dis qu'elle se rapproche un peu de mon profil et des fois c'est plus facile pour poser la question parce que je sais qu'elle est dans le même cas que moi. Avec un homme, je n'aurais jamais posé ces questions-là, non jamais. »

B. Un dialogue parfois difficile

1. Les préjugés des patientes

Certaines patientes jugent que leur médecin généraliste n'a pas les compétences pour exercer la gynécologie.

P6 : « Est-ce que dans sa... comment dire... est-ce que comme il n'est pas spécialisé là-dedans est-ce qu'il s'y connaît bien tout compte fait ? Le médecin traitant. »

P7 : « Non, il a fait mes suivis de grossesse...fin...pour le côté médical et de suites de couches, mais pas le suivi gynéco. »

P8 : « Non parce que... il y en a qui le font mais je pense qu'après, enfin pour moi, c'est compliqué d'être vraiment bon dans tout et s'il y a des spécialités, c'est qu'il y a une raison aussi et un médecin généraliste sera peut-être pas à même de pouvoir tout faire je pense. »

De plus, les patientes expriment leur réticence à parler de leur ménopause à des médecins de sexe masculin. En effet, selon elles, un homme ne serait pas concerné par les symptômes des femmes.

P3 : « Après c'est peut-être parce que c'est un homme... qu'il est moins intéressé qu'une femme. »

P9 : « Houlà, alors là, ce n'est pas la peine ! Je n'oserai pas ! Ça ne l'intéresse pas. Moi j'aurais l'impression qu'il s'en désintéresse. C'est subjectif là franchement. »

2. L'attitude du médecin généraliste

En premier lieu, les patientes relatent un désintérêt global du médecin généraliste lorsqu'elles évoquent leur ménopause.

P3 : « Ah quand j'ai vu sa réaction quand je lui ai dit, il m'a fait « mouais » mais bon, peut-être qu'après j'aurais dû aller voir ma gynéco directement. [...] Bah je n'ai pas l'impression qu'il soit fort concerné. »

P7 : « Bah peut-être qu'il n'y pense pas. »

P13 : « Si, je pense que c'est moi qui aie dû en parler en premier je pense mais ce n'est pas pour ça qu'il m'a proposé quelque chose. »

De plus, le médecin généraliste adresse facilement la patiente au gynécologue, ce qui est alors perçu comme un désintérêt ou un manque de compétences de sa part.

P4 : « Quand j'ai vu mon docteur, il m'a dit « est-ce que vous croyez être enceinte ». « Et est-ce que vous voulez faire un test ? ». J'ai dit non, « bah alors voyez avec votre gynéco ». Je crois qu'il m'a dit ça. »

P8 : « Là je suis allée voir mon généraliste qui me renvoie vers le gynécologue. Il m'a dit « vous verrez avec votre gynécologue » puisque je l'ai vu en octobre dernier, c'est mon gynécologue qui m'a donné l'ordonnance pour la prise de sang mais j'ai attendu le délai d'un an révolu pour la faire en avril et je suis allée voir mon généraliste qui m'a dit « vous verrez ça en octobre ». »

P10 : « Parce que mon médecin traitant m'avait conseillé d'aller voir le gynéco. »

Du reste, certaines patientes évoquent une médecine actuelle rapide et facile. Elles comparent les médecins d'aujourd'hui avec ceux du passé qui étaient plus disponibles et plus investis dans leurs prises en charge.

P4 : « Donc je pense que déjà, il n'y en a pas assez donc ils n'ont plus le temps de prendre le temps de s'occuper de leurs patients et puis quelque part, c'est devenu une pompe à fric. [...] Ils sont toujours pressés, énervés, on n'arrive pas à créer un lien entre guillemets. »

P5 : « Et... j'ai l'impression que les médecins généralistes, quel que soit leur âge, dans la mesure où pendant un temps il y a eu pas mal de spécialistes, pas trop de pénurie pour avoir des rendez-vous, ils ont peut-être fait de la médecine un peu facile. »

P10 : « Non, je pense que c'est comme tous les médecins d'aujourd'hui. Vous allez voir un médecin, vous lui demandez ce que vous avez et c'est tout. »

P13 : « Des questions que mon médecin, comme il me voit tous les trois mois, allez, ça passait à la trappe. Allez, un coup de tension, on renouvelle ça et au revoir. Ça c'est pénible. »

Enfin, deux patientes reprochent au médecin généraliste de ne pas faire le lien entre leurs symptômes et la ménopause.

P7 : « Ben parce que c'est pas à moi de faire la déduction, je veux dire si je viens et que je dis que je n'ai pas le moral et que je dors mal et tout ça, c'est pas à moi de dire « bah tout ça c'est peut-être à cause de la ménopause » [...] Les médecins n'y pensent pas, peut-être que ça ne fait pas... ça n'enclenche pas l'idée que ça pourrait être ça qui fait boule de neige. »

P8 : « J'ai découvert qu'en fait c'était un symptôme de la préménopause donc en fait ça traînait depuis un moment et on aurait peut-être pu me prévenir que c'était peut-être un signe mais ça non. On m'a donné des traitements pour qu'elles soient moins hémorragiques mais on ne m'a jamais dit que ça pouvait être ça. »

3. Une amitié embarrassante

Une relation d'amitié freine également les patientes à discuter de sujets intimes avec leur médecin généraliste. Il apparaît que la relation entre la patiente et son médecin généraliste dépend d'un équilibre délicat à trouver.

P5 : « Non mais faudrait peut-être pas que ce soit un ami par contre (rires). »

P7 : « C'est devenu un copain quoi, du coup, j'évite les sujets un peu trop intimes. »

P11 : « Je le connais trop depuis longtemps, il m'a vu naître presque. Je ne serais pas à l'aise. »

P14 : « Bah j'en sais rien. Justement parce que je le connais bien. Justement. Il est compétent mais je le connais trop. »

4. Une pudeur face à l'examen gynécologique

Enfin, de nombreuses patientes évoquent leur refus global de l'examen gynécologique effectué par leur médecin traitant. Ce sentiment de pudeur freine les patientes à parler de leur ménopause par peur de l'examen gynécologique, et ce d'autant plus lorsque le médecin est un homme.

P3 : « Non et puis je ne sais pas si j'aurais aimé. Non. [...] Peut-être par pudeur car il me connaît différemment. »

P12 : « Non pour un peu tout, c'est personnel. Comme là, par exemple, il voulait prendre ma tension, j'enlève mon manteau et je relève ma manche, il voulait me tâter le ventre et je ne me déshabille pas spontanément comme je peux le faire chez le gynéco vous voyez. »

P13 : « Justement, je n'aime pas trop parler de ça avec mon médecin parce que j'aurais trop peur qu'il me dise « on va visiter, on va regarder », ce serait non direct, parce que c'est un homme je pense. »

P14 : « Ça me gênerait. D'ailleurs, je n'ai jamais été le voir pour des problèmes comme ça... je peux lui parler de ma ménopause comme la dernière fois, je suis arrivée et je lui ai dit « je ne sais pas si je fais de la fièvre parce que j'ai des bouffées de chaleur » mais un examen gynéco, je n'irais pas le voir, je serais très gênée. »

C. Quelle place pour le gynécologue ?

1. Un suivi habituel

Il apparaît que les patientes ont un suivi gynécologique régulier, une sorte d'habitude ancrée dans leurs esprits.

P3 : « Moi je vais toujours, tous les ans chez ma gynéco. »

P5 : « De la même manière, ma gynéco, depuis des années c'est tous les ans. Mammographie systématique. J'aime mieux prévenir que guérir. »

P9 : « Et puis chaque année j'y allais, il me faisait l'examen, frotti tous les 3 ans, rien de particulier et puis à chaque fois il me disait « Allez, on se revoit dans un an » et il prescrivait pour un an ma pilule. »

P12 : « Parce que je la vois tous les ans, c'est par habitude, une routine quoi. »

P13 : « Mais bon après je suis suivie régulièrement, tous les ans je vais chez la gynéco, c'est important pour moi. »

P14 : « Oui j'ai toujours eu ce suivi tous les ans depuis longtemps, en plus c'est une gynéco qui est aussi cancérologue donc bon ben je fais mes mammos tous les deux ans et je vais la voir tous les ans à son cabinet pour le suivi. »

Cependant, ce suivi semble apparaître comme une obligation pour une patiente.

P2 : « Ma gynéco j'y vais quand même moins souvent et puis je ne suis pas très sérieuse dans les consultations, quand j'y vais c'est par obligation, parce qu'il faut changer le stérilet. »

2. Un spécialiste

De plus, les patientes évoquent le gynécologue comme un spécialiste. Cette notion de spécialité implique une meilleure prise en charge avec un médecin ayant des compétences gynécologiques supérieures à celles de leur médecin généraliste.

P4 : « Fin je sais pas moi, je dis toujours à chacun sa spécialité. »

P7 : « C'est peut-être parce que c'est plus son domaine quoi. »

P8 : « Oui c'est mon médecin. Après il m'envoie aussi chez le gynéco, il me dit que je suis suivie en fait, donc c'était plus son rôle de spécialiste de me suivre à ce niveau-là. »

P10 : « Peut-être que comme moi elle s'est dit « elle ne peut pas faire une préménopause », vu qu'elle soigne aussi ma mère donc autant aller directement au but. Avoir un avis plus spécialisé. »

Ensuite, plusieurs patientes ont fait remarquer que le gynécologue pouvait s'aider d'examen complémentaires comme l'échographie pour résoudre certaines problématiques. Cet accès à l'imagerie est perçu comme un atout dans la prise en charge par le gynécologue.

P5 : « Moi je n'ai jamais rien demandé mais la gynécologue me faisait une échographie et elle voyait l'activité des ovaires et elle faisait un commentaire. »

P8 : « Après je ne dis pas que mon gynécologue n'est pas compétent, moi je suis attachée à lui parce qu'il fait des radios, euh non, des échos à chaque fois et c'est comme ça qu'on s'est rendu compte que j'avais un problème à l'ovaire. Et du coup, je me suis dit heureusement qu'il fait une écho tous les ans ce qui permet d'avoir un suivi plus précis. »

P11 : « Hormis le frotti, palpation, il regarde le poids, parfois quand j'ai des douleurs, il fait une échographie. Il est équipé sur place. »

Enfin, deux patientes accordent une confiance plus importante à leur gynécologue qu'à leur médecin généraliste.

P4 : « Plus de confiance en lui. [...] Je pense que comme je le vois tous les ans pour une visite de contrôle qui est assez intime euh... j'aurais plus été vers mon gynéco. A cause de cette intimité qu'on a quand même avec le gynéco. Qu'on n'a pas avec le docteur médecin généraliste. »

P7 : « Non j'ai confiance en mon gynéco. »

Les patientes expriment que leur gynécologue pose des questions, c'est lui qui aborde le sujet et qui permet alors à la patiente de pouvoir en discuter.

P12 : « A chaque fois qu'elle me voyait, elle me posait la question de mes dernières règles et elle calculait, elle me disait « ah oui, là ça ne fait pas un an donc vous n'êtes pas encore ménopausée ». »

P13 : « Au gynécologue, oui, et puis c'est surtout que c'est elle qui pose les questions, elle est super cool. »

P14 : « Après c'est vrai que la gynéco demande généralement si on a encore des règles, c'est une façon déguisée finalement de nous le demander. »

De plus, deux patientes rapportent une vision différente entre le médecin généraliste et le gynécologue. En effet, elles expriment que le gynécologue prend en charge le côté « pathologique » ou non de la gynécologie alors que le médecin traitant est plus concerné par le confort et la qualité de vie de la patiente.

P8 : « Il est efficace mais j'ai l'impression que tout ce qui est confort à coté ce n'est pas quelque chose qui l'intéresse. Mon médecin généraliste oui. »

P11 : « Mon gynéco, en termes de chir, demain je dois me faire opérer, j'y vais les yeux fermés, c'est un pro, il est technique mais en termes de théorie et de suivi... bah... »

3. Un lien entre le gynécologue et le médecin traitant

Tout d'abord, plusieurs patientes expriment le lien entre le médecin et le gynécologue comme les deux destinataires de leurs examens complémentaires.

P9 : « Par contre après mon gynéco m'a demandé de faire un test d'ostéoporose et que j'ai fait et après c'est arrivé chez mon médecin traitant. Et mon médecin traitant, au vu des résultats, il m'a donné du calcium parce que j'étais en ostéopénie. »

P11 : « Donc de là, il me fait faire ce bilan qu'il envoie en doublon à mon gynéco, et le gynéco me reçoit rapidement, très à l'écoute, très accessible et il me dit : « bon effectivement le traitement n'est pas adapté ». »

P14 : « Je pense qu'elle fait un courrier. Je ne sais pas s'il reçoit les résultats de mammos lui aussi. »

Ensuite, il apparaît que le médecin généraliste reste en retrait de la prise en charge gynécologique à partir du moment où il sait qu'un gynécologue est consulté régulièrement et s'occupe du suivi gynécologique.

P5 : « Oui mais dans la mesure où il savait que j'étais suivie par le gynécologue, il n'est pas trop intervenu. »

P9 : « Bah non parce qu'elle me demande si je suis suivie par un gynéco et je dis « oui » donc elle ne s'occupe pas de ça. Elle sait que mon gynéco me voit tous les ans donc elle ne pose pas de question. »

P11 : « Parce qu'il sait que je vais chez mon gynéco. Il me pose la question « est-ce que tu as fait une visite ? Est-ce que tu as fait un frotti ? Tu n'as pas vu le gynéco depuis quand ? » De lui-même il va me poser la question. Mais il sait que je suis suivie, on le sait entre nous. »

P12 : « Déjà, d'abord, il m'avait déjà posé la question si j'avais vu ma gynéco, si je la voyais régulièrement, si elle m'avait déjà fait faire des mammographies, c'était déjà le cas, si j'en avais déjà parlé, si je prenais des hormones et ça j'ai dit « c'est déjà vu avec elle ». »

Cependant, les patientes mettent en avant qu'il importe au médecin traitant de s'assurer qu'un gynécologue prenne en charge la patiente.

P5 : « S'il n'y a pas de gynéco du tout, pour moi poser la question « Vous êtes suivie par un gynéco ? » bah oui « Est-ce qu'elle vous parle ? » C'est peut-être la porte d'entrée mais je pense qu'il faut démystifier ça. »

P10 : « Non. Je pense qu'il doit croire que j'ai un gynéco en fait. »

4. Une pénurie de gynécologues

Dans plusieurs entretiens, les patientes ont expliqué la perspective d'un manque de gynécologues médicaux dans les années à venir.

P4 : « Donc euh non... surtout que bon... on arrive à une époque où il n'y a plus de gynéco. Ça c'est sûr. Il y a de moins de moins de spécialistes. »

P5 : « Elle aussi elle approche de la retraite et il a l'air d'y avoir pénurie tout de même de gynécos médicales, de ville. »

P13 : « Et puis, il y a de moins en moins de gynécos, c'est bien qu'il y ait de plus en plus de femmes médecins et qui du coup fassent un peu de gynécologie, ça c'est pas mal. »

Dans ce contexte, les patientes ont exprimé être favorables à une reprise du suivi gynécologique par leur médecin généraliste.

P5 : « Le médecin généraliste il est avant tout spécialiste de tout. Il n'est peut-être pas expert. Donc je me dis que la solution pour les patientes, comme pour les médecins d'ailleurs, que les médecins généralistes prennent leur place. »

P6 : « Elle aurait pu, elle m'aurait dit « je t'examine », je me serais laissé faire mais euh... je pense que mon médecin est quand même fait pour euh... oh quoique... si je réfléchis bien ouais... comme elle m'examine sous toutes les coutures, je ne vois pas pourquoi elle ne pourrait pas aussi regarder là si tout va bien, oui. »

P9 : « Ce serait bien. Je me laisserais examiner. »

D. Quelle place pour le pharmacien ?

1. Un interlocuteur accessible

Tout d'abord, dans plusieurs entretiens, il apparaît que les patientes vont d'elles-mêmes à la pharmacie pour obtenir des traitements.

P3 : « Donc là je suis allée à la pharmacie, donc, ils m'ont donné quelque chose. [...] Et à la pharmacie, ils sont réactifs où je vais oui, et puis c'est vrai qu'il m'a bien conseillé le monsieur. »

P4 : « Encore une fois je parlais avec la pharmacienne et je lui ai dit « j'en ai marre des bouffées de chaleur » puis elle me dit on peut essayer les gélules de soja, donc j'ai essayé ça pendant un moment. »

P5 : « En plus, pour le coup, la pharmacienne c'est une amie. J'ai déjà échangé avec elle puisqu'on est du même âge exactement, ménopause etc... mais vraiment du conseil... »

P11 : « Je suis allée pour ordonnance, je ne sais plus de quoi et euh... c'est mon pharmacien... en fait, je lui ai dit « voilà, je prends ça », je ne souviens plus du nom... j'ai zappé, ça fait longtemps que je ne l'ai plus pris. Et je lui dis « Vous n'avez pas quelque chose d'un peu plus fort, un plan B, quoi ». Et elle me dit « Vous ne connaissez pas Climax ! » et c'est venu d'elle. »

De plus, une patiente rapporte qu'elle s'est adressée à la pharmacie sur les conseils de son médecin traitant.

P8 : « Non. Mais il m'a proposé d'aller voir en pharmacie. Ce que j'ai fait. »

2. La phytothérapie, quelle efficacité ?

De nombreuses patientes ont mis en avant l'inefficacité des traitements à base de phytothérapie.

P1 : « Au départ j'ai pris soja, Manhaé, toutes ces conneries... »

P5 : « J'ai pris Manhaé et puis j'ai eu un autre truc dans le genre, je ne sais plus quoi mais de toute façon, c'est que des petits trucs... »

P6 : « Après je pourrais prendre sûrement des traitements mais ce serait forcément à base d'homéopathie donc après je ne sais pas si ça a de bons résultats ou pas mais ça serait forcément pas des médicaments. »

P12 : « Bah je n'ai pas essayé l'homéopathie, est-ce que c'est vraiment efficace ? C'est pas sûr. »

Enfin, certaines patientes rapportent une efficacité simplement passagère de ce traitement.

P11 : « Donc tout était presque revenu classiquement, préménopause, machin, il se passe 6 mois et je prends ces trucs naturels qui me réussissent bien et au bout de 6 mois, les cycles reviennent. »

P14 : « J'étais allée voir ma gynéco qui m'a donné Manhaé, ça s'est passé, donc j'étais tranquille et là bah... pfff... ça revient. »

Discussion

I. Principaux résultats

La ménopause étant une étape inévitable de la vie des femmes, il semble que celles-ci en discutent entre elles. En effet, elles rapportent que les informations sont transmises entre femmes concernées, laissant de côté les hommes et les jeunes. Les sources d'information proviennent du cercle familial avec en particulier le rôle majeur de la mère, mais également les amies, les collègues et les médias, notamment Internet.

Dans certains cas, les informations recueillies dans l'entourage suffisent à répondre aux interrogations des patientes, elles n'éprouvent donc pas le besoin d'en discuter avec leur médecin généraliste. Cependant, des symptômes invalidants peuvent les amener à consulter un médecin mais il s'agit souvent d'un deuxième motif de consultation. Certaines femmes consultent également dans le but de recueillir un diagnostic précis notamment par la réalisation d'une prise de sang qui confirmera leur ménopause. Ce diagnostic biologique provient du bouche-à-oreille mais également d'une information préalable de leur médecin traitant ou de leur gynécologue.

Certaines femmes se tournent vers leur médecin traitant car celui-ci semble accessible et disponible en cas de plainte invalidante ou de souhait d'informations plus précises. Ce questionnement de leur médecin traitant dépend de la relation qu'elles entretiennent avec lui, une relation de confiance avec une écoute et une prise de temps suffisante. Ce dialogue semble d'autant plus facile que le médecin est une femme. En effet, elles expriment que les femmes sont plus à même de les comprendre car elles sont concernées par cette étape de la vie.

À l'inverse, on s'aperçoit que les patientes excluent parfois leur médecin généraliste de la prise en charge lorsque celui-ci est un homme, soit en raison de l'attitude du médecin face à des problèmes gynécologiques, qui montre un désintérêt avec un manque de compétence et un renvoi chez le spécialiste, soit en

raison de leurs préjugés concernant les médecins généralistes de sexe masculin qui les poussent à croire qu'ils se désintéressent de ce sujet.

D'autres patientes émettent l'hypothèse que le médecin généraliste se tient à l'écart de la prise en charge gynécologique puisqu'il a connaissance du suivi gynécologique de la patiente. Ainsi, il laisse la place au gynécologue.

Ensuite, concernant les perspectives thérapeutiques, de nombreuses patientes ne souhaitent pas de traitement hormonal. En effet, son implication dans le développement de cancer et notamment celui du sein est bien connue. Cette information les effraie et elles refusent la prise de ce traitement. Elles se tournent alors vers des thérapeutiques qu'elles qualifient de « plus douces » comme l'homéopathie et la phytothérapie même si celles-ci n'ont pas toujours l'efficacité attendue. Pour y accéder, les patientes s'adressent parfois directement la pharmacie, mais la prescription peut également provenir d'un médecin.

Le gynécologue est une figure importante dans la vie des femmes. Elles accordent un grand intérêt à leur suivi régulier, souvent annuel chez le gynécologue. Ce dernier a pour avantage de créer une relation de confiance pour l'examen gynécologique, car par définition, c'est son métier. Ensuite, il est aisé de discuter de sujets gynécologiques puisque c'est lui qui les évoque en posant la question « De quand datent vos dernières règles ? » dès le début de la consultation.

Enfin, on s'aperçoit que les patientes ont conscience d'une possible pénurie de gynécologues de ville dans les années à venir. Dans cette perspective, elles seraient d'accord pour que leur médecin généraliste prenne le relai pour leur suivi. En majorité, elles le considèrent compétent et apte à la pratique de la gynécologie.

II. Discussion de la méthode : forces et limites

A. La méthode choisie

Lorsque le sujet a été choisi, il a semblé pertinent de se tourner vers une méthode qualitative et plus particulièrement la théorisation ancrée. En effet, cette méthode, issue de la sociologie permet d'étudier une expérience, un ressenti, un vécu. Cette méthode inductive suppose qu'il n'y ait pas d'hypothèse au préalable à confirmer mais simplement un champ de recherche à explorer. Cela suppose que le chercheur va alors regarder le monde à travers les yeux de l'interrogée et non des siens. Pour cela, il semble important que l'investigateur parte sans idées préconçues et avec un esprit totalement neutre sur le sujet afin de ne pas influencer les participantes. Il n'y a donc pas de revue de la littérature au préalable et il est nécessaire de suspendre ses acquis pour partir avec un esprit neuf. La théorie émergera alors des données recueillies en évitant ainsi les idées préconçues.

Les entretiens étaient compréhensifs afin que les patientes puissent s'exprimer librement. En effet, des entretiens semi-dirigés auraient engendré des réponses induites par l'investigateur, partagées par les patientes et non leurs idées initiales. Chaque idée nouvelle va alors être complétée par les entretiens suivants jusqu'à suffisance des données. Il n'y a aucune corrélation entre le nombre de fois où le « code », terme représentatif de l'idée, apparaît et l'importance qu'il aura dans le processus de théorisation.

B. L'échantillon étudié

Les patientes interrogées ont été recrutées de manière aléatoire par l'intermédiaire de connaissances communes selon un effet « boule de neige », chacune donnant le contact d'une nouvelle patiente. Cette méthode a permis un échantillonnage diversifié de quatorze patientes de profession et de statut marital différents. Rappelons que la recherche qualitative ne cherche pas à avoir un échantillon représentatif de la population générale mais du problème étudié.

C. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu choisi par les patientes, ils ont tous été réalisés à leur domicile par le même investigateur. Ils étaient compréhensifs et individuels afin qu'elles puissent s'exprimer le plus librement et se confier sans crainte.

Ensuite, la triangulation des données a permis de valider les résultats et de faire émerger des hypothèses qui n'étaient pas issues du seul regard de l'investigateur.

III. Discussion autour des résultats

A. La ménopause : une étape vécue différemment

Bien que certaines patientes évoquent la ménopause comme une simple étape de la vie, certaines au contraire, trouvent cette étape difficile. En effet, plusieurs études expliquent cette difficulté par des changements corporels marqueurs du temps qui passe [8] entraînant une inadéquation entre le corps et la psyché [9]. Ce passage de la femme « jeune » à la femme « ménopausée » est une sorte d'apprentissage que chaque femme réalise grâce à l'aide de l'entourage mais également des médecins [10].

Dans notre étude, les patientes consultent peu leur médecin au sujet de la ménopause. Il apparaît que celles-ci s'adressent à lui en cas de plainte invalidante ou anxiogène mais également pour une confirmation du diagnostic. Certaines patientes ont exprimé l'idée d'une prise de sang comme moyen diagnostique et plusieurs sites internet profanes développent également cette idée [11]. Cependant, une étude de L. BASTIAN et collaborateurs [12] explique que le dosage biologique de la FSH est peu utile en pratique courante puisqu'il possède une VPP de 65%, soit la même VPP que la présence de bouffées vasomotrices pour prédire le diagnostic de ménopause.

B. Un thème de consultation rare : les raisons

1. Des informations grand public faciles d'accès

Tout d'abord, notre étude montre que les femmes ont tendance à se tourner vers leur entourage pour avoir les réponses à leurs interrogations. Les patientes évoquent principalement le rôle de la mère qui a été confirmé comme étant une « référence en termes de représentation du vécu, des symptômes et de la temporalité » selon C. CHARLAP [10]. De plus, cet auteur révèle que les femmes font une comparaison de leurs expériences pour valider leur conformité.

Ensuite, en dehors de l'environnement familial et amical, les patientes recueillent des informations via les médias. La presse féminine développe le sujet de la ménopause. La thèse de C. VALENTIN [13] explique que parmi les articles concernant la ménopause, 50% d'entre eux parlent du THS mais que seulement 10% traitent d'informations générales au sujet de la ménopause. Internet semble également une source d'information privilégiée pour les patientes, ce que confirme l'étude de B. SAVER et collaborateurs [14] : les patientes utilisant Internet ont de meilleures connaissances sur la ménopause que celles qui lisent des brochures.

2. Des informations médicales plébiscitées mais finalement peu dispensées

Dans notre étude, malgré cet accès à l'information, certaines patientes évoquent le manque de renseignements de la part du corps médical. Dans l'étude de P.J. ROBERTS et collaborateurs [15], 59% des femmes souhaitaient des informations complémentaires sur le THS et 80% des femmes auraient souhaité avoir davantage d'informations sur la ménopause avant son apparition. Cependant, toutes ne veulent pas forcément savoir, l'étude de L. HVAS [16] met en évidence que certaines femmes ne souhaitent pas avoir d'information sur l'hormonothérapie et l'ostéoporose lorsque celles-ci ne posent pas de question. Ainsi, sans demande de la patiente, il peut apparaître difficile pour le médecin traitant d'entamer un dialogue sur ce sujet.

La thèse de V. CHABBI [2] recense les sources d'information, 33% des femmes vont chercher l'information dans l'entourage, 33% à la télévision et 25% dans les magazines. Mais une femme sur deux souhaite être informée par un médecin lors d'une consultation dédiée autour de la cinquantaine et 71% de ces femmes souhaiteraient que cette information provienne de leur médecin généraliste.

3. Une diabolisation du THS

Plusieurs patientes de notre étude ont exprimé leur réticence à l'utilisation du THS qui limitait alors la prise en charge. Cette diabolisation du THS est largement répandue dans les mentalités depuis la Women's Health Initiative, dont les résultats

sont sortis en 2002. Cet essai de plus de 16 500 femmes, mené aux Etats-Unis a été arrêté prématurément, après 5 années, en raison de risques jugés supérieurs aux bénéfices. [17] Les résultats ont fait l'objet de nombreuses controverses en particulier concernant les femmes étudiées, en effet, l'âge moyen était de 63,2 ans à l'entrée de l'étude et seuls 3,5% des femmes avaient entre 50 et 54 ans. [18] Malgré ce biais de sélection, surestimant les risques chez la femme en périménopause, cette étude a diabolisé le THS. Ainsi, dès 2003, 20% des femmes arrêtent leur THS et en 2004, les prescriptions chutent de près de 30%. [19] De plus, l'étude de L. IVERSEN [20], a montré qu'entre 1996 et 2005, après la publication de l'étude, le nombre de consultations chez le médecin traitant des femmes de 45 à 64 ans pour des motifs concernant la ménopause a chuté de plus de 40% au Royaume-Uni.

Aujourd'hui, les patientes s'accordent à dire que le THS a une balance bénéfice-risque défavorable. Ainsi, il semble que les patientes n'acceptent pas de prendre le risque d'un éventuel cancer du sein face à ces bouffées vasomotrices qu'elles jugent incommodantes mais bénignes. Elles se tournent alors vers des thérapeutiques qu'elles caractérisent de plus « douces ». [21]

4. Des alternatives thérapeutiques à efficacité limitée

Certaines patientes de notre étude ont expliqué avoir essayé un traitement par phytothérapie, cependant, elles le jugent peu efficace ou à efficacité transitoire. Plusieurs hypothèses de traitements ont été évoquées dans la littérature. L'étude de L. GUEDRA [22] s'intéresse aux antidépresseurs, à la gabapentine et à l'oxybutynine pour lesquels on rapporte des premiers résultats prometteurs. En revanche, les phyto-œstrogènes n'ont pas fait preuve de leur efficacité à long terme. Quant aux isoflavones de soja, la méta-analyse de S. DE WEIRDT [23] a montré leur supériorité significative par rapport au placebo sur la fréquence et l'intensité des bouffées vasomotrices. De même, l'étude de L. CARMIGNANI [24] a comparé les thérapeutiques à base de soja, d'hormones ou le placebo. Une amélioration des symptômes vasomoteurs statistiquement significative a été soulignée pour le traitement hormonal et le traitement à base de soja. Les patientes peuvent donc faire appel à ces thérapeutiques dont le médecin n'a pas le monopole.

À côté de ces thérapeutiques médicamenteuses, plusieurs études se sont intéressées aux approches comportementales et environnementales. Il a été mis en évidence que le mode de vie et les facteurs environnementaux influençaient l'âge naturel d'apparition de la ménopause. [25] [26] Ainsi, il semble légitime de se questionner sur l'influence des changements de style de vie sur les symptômes de la ménopause. Bien qu'il n'existe que peu de données sur ces pratiques, la « North American Menopause Society » [27] a mis en lumière l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'hypnose pour réduire les bouffées vasomotrices. De plus, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada [28] préconise un rééquilibrage alimentaire lors de la ménopause. Ensuite, la Revue Prescrire [29] propose des traitements non médicamenteux tels que le yoga ou l'acupuncture qui semblent avoir un effet bénéfique sur les bouffées vasomotrices sans induire d'effets indésirables. Cependant l'exercice physique, le yoga et la relaxation n'ont, à ce jour, pas prouvé leur efficacité [30] [31]. Toutes ces méthodes peuvent être évoquées lors de consultations médicales mais encore faut-il que le médecin traitant les connaisse. En effet, aucune des patientes de notre étude n'a évoqué son mode de vie comme moyen thérapeutique.

C. Quel interlocuteur pour les femmes ?

1. La raréfaction des gynécologues médicaux

Il apparaît dans notre étude que les femmes sont attachées à leur suivi par leur gynécologue qu'elles voient régulièrement. En effet, ce suivi relève souvent d'une habitude. L'étude de l'Institut d'études, de marchés et d'opinions [32] révèle que 85% des femmes possèdent un suivi gynécologique, 70% par un gynécologue et 15% par un médecin traitant. Cependant, les patientes ont mis en avant leur inquiétude quant à la possible pénurie de gynécologues médicaux dans les années à venir. En ce sens, la presse annonce qu'il y a une diminution de près de 40% des effectifs de gynécologues médicaux par rapport à la dernière décennie [33]. De plus, les patientes évoquent le manque d'accessibilité et de disponibilité des gynécologues. Ces idées sont reprises dans la revue Exercer [34].

La thèse de A. BALIGOUT [35] pointe du doigt l'espacement des consultations à partir de l'âge de 65 ans, en effet le délai de consultation a été multiplié entre 2 et 4. Le risque est d'entraîner une absence de dépistages et une diminution des suivis.

Par conséquent, face à ces deux facteurs, il semble important que le médecin traitant s'investisse dans le suivi gynécologique de ses patientes. Il semble également possible que les sages-femmes puissent prendre une part de la prise en charge des patientes ménopausées dans les années à venir [36].

2. Un homme ou une femme ?

Il apparaît dans de nombreux entretiens que le sexe du médecin traitant est un facteur déterminant pour la prise en charge de pathologies gynécologiques contrairement au gynécologue, dont le sexe importe peu puisque les patientes déclarent que « par définition, c'est son métier ». Les femmes semblent donc être plus à l'aise pour discuter de ces sujets avec des femmes. Cette notion est confirmée dans l'étude de S. JANSSEN [37], les patientes justifient cette facilité par un intérêt de la femme puisqu'elle y sera confrontée un jour. En ce sens, on remarque que les médecins généralistes de sexe féminin réalisent davantage de consultations gynécologiques que les hommes [38].

Cependant, deux thèses [39] [40] reprennent cette idée avec plus de réserve puisque 1 femme sur 3 préfère avoir un interlocuteur féminin alors que 2 femmes sur 3 n'ont pas de préférence.

Dans certains entretiens, les patientes mettent en avant l'attitude du médecin généraliste homme qui peut montrer un désintérêt lors de l'évocation de sujets gynécologiques. Certaines ont peur de les évoquer par anticipation de la réaction que le médecin pourrait avoir. Ainsi, il semble important que le médecin exprime de lui-même un intérêt et pose des questions telles que « Avez-vous un suivi gynécologique ? » ou « De quand datent vos dernières règles ? ». Ces approches simples permettraient de montrer son intérêt et de délier la parole des patientes.

3. Des patientes dans l'ignorance des pratiques de leur médecin généraliste...

Dans un premier temps, le médecin généraliste semble posséder des qualités nécessaires pour pouvoir réaliser ce suivi. Dans notre étude, certaines patientes mettent en avant ses qualités d'écoute, de disponibilité, d'accessibilité et de confiance. Ces qualités sont reprises dans la thèse de S. LOISEAU [41]. Mais qu'en est-il de ses compétences en gynécologie ? Les patientes de notre étude semblent divisées, certaines affirment que le médecin traitant n'est pas compétent pour le suivi gynécologique, d'autres au contraire le juge apte ou ne savent pas s'il l'est réellement ou non. Dans la thèse de F. CRETIN [42], sur 104 femmes interrogées sur les compétences de leur médecin généraliste dans le domaine de la gynécologie, 9,6% le jugent « pas compétent », 38,5% le jugent « compétent » et 51,9% ont coché la case « je ne sais pas ». De plus, près d'une femme sur deux ne sait pas si son médecin traitant peut réaliser de la gynécologie au cabinet médical. Cette idée est également reprise dans la thèse de C. CHERON [39] qui exprime que les patientes « sont étonnées » d'apprendre que leur médecin généraliste peut réaliser un suivi gynécologique.

4. ... devant des médecins qui doutent aussi.

Bien que non évoqué par les patientes de notre étude, les recherches bibliographiques ont permis de mettre en évidence que le ressenti des patientes concernant les compétences se reflète dans celui des médecins. En effet, plusieurs d'entre eux expriment leurs doutes sur leurs compétences dans le domaine de la gynécologie. L'étude de G. LEVASSEUR [43] montre que 43% des médecins déclarent ne pas se sentir performants dans la pratique de la gynécologie. Ce sentiment d'incompétence est repris dans la thèse de H. GUYOMARD [44]. Les médecins justifient cette faible pratique de la gynécologie par un manque d'équipement du cabinet, un défaut de formation, le caractère chronophage des consultations et un manque de rémunération appropriée. [45] [46]. En parallèle, la thèse de M. ORA [47] expose que seules 14% des femmes ont déjà été examinées par leur médecin traitant et 34% disent que celui-ci leur a déjà posé la question du suivi.

5. Des solutions existent !

Cependant, malgré ces différents freins, notre étude concorde à dire que les patientes semblent favorables à un investissement des médecins généralistes dans leur suivi gynécologique. Cette idée est confirmée par la littérature puisque M. SAIDANI [40] montre que 73% des patientes se disent favorables à la prise en charge de la ménopause par leur médecin généraliste. L'étude de M. ORA [47] retrouve que 55% des femmes ne seraient pas gênées d'avoir un examen gynécologique par leur médecin traitant.

Les patientes de notre étude expriment un manque d'information spontanée de la part du médecin traitant, en effet, certaines expliquent qu'elles n'ont d'informations que lorsqu'elles posent des questions. Ces propos sont confirmés par l'étude de A. BALGOUT [35] qui souligne que les femmes aimeraient que ce soit le médecin qui initie la discussion. L'étude de F. WALTER [48] explique que le manque de temps est un frein à discuter de la ménopause et de ses traitements. Ainsi, l'idée d'une consultation dédiée semble nécessaire afin de créer un climat propice et de limiter les consultations à motifs multiples. [34] [45]

IV. Perspectives

Après cette étude qualitative mettant en avant le ressenti des patientes face à l'attitude de leur médecin généraliste dans la prise en charge de leur ménopause, il semble important de recueillir le ressenti du médecin généraliste concernant la prise en charge de la ménopause. En effet, une comparaison entre les points de vue du médecin et du patient permettrait d'analyser les freins à cette prise en charge et de rétablir un dialogue.

Conclusion

Cette étude a permis d'évaluer le ressenti des patientes concernant leur ménopause et plus particulièrement la place de leur médecin généraliste dans sa prise en charge.

Les patientes ont rapporté un vécu très différent d'une femme à l'autre. Plusieurs femmes ressentent le besoin d'en parler à leur médecin, soit pour avoir des réponses à une plainte, à une interrogation, soit pour avoir une confirmation diagnostique. Il apparaît que la question du traitement soit faiblement abordée avec les médecins en raison d'un lien de causalité entre le THS et le cancer du sein bien connu des patientes. Ensuite, il semble que les femmes soient plus à l'aise pour se confier lorsque leur médecin est une femme, en effet, elles le justifient par un intérêt de la femme puisqu'elle y sera confrontée un jour. L'homme paraît alors exclu de la prise en charge, à la fois par son désintérêt lorsque les patientes posent des questions et par les préjugés des patientes face aux hommes.

Bien que le gynécologue soit une figure importante de leur suivi, les patientes s'accordent à dire que leur médecin généraliste pourrait prendre le relai. Cependant, certaines émettent des réserves quant à leurs compétences. Ainsi, il apparaît primordial que le médecin généraliste évoque de lui-même le sujet afin de pouvoir le prendre en charge ou de s'assurer d'un suivi gynécologique. Cette évocation du sujet semble d'autant plus importante que le médecin est un homme. Cette approche ainsi qu'une consultation dédiée permettrait de rétablir un dialogue jugé difficile entre la patiente et son médecin.

Bibliographie

- [1] Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français. CNGOF. Les référentiels des collèges. 3^{ème} Edition. Item 120 – Ménopause, 2015. Elsevier Masson.
- [2] Chabbi V. Informer sur la ménopause : quels outils de communication en médecine de ville ? [Thèse d'exercice] Lille. Novembre 2018.
- [3] Aubin-Auger I. Mercier A. Introduction à la recherche qualitative. 2008, Exercer 84 : 142-5.
- [4] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck. Louvain-la-Neuve ; 2014
- [5] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0 disponible sur internet, février 2017 <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
- [6] Blanchet A. Gotman A, L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2015, éditions Armand Colin.
- [7] Sauvayre R. Méthodes de l'entretien en sciences sociales. 2013, éditions DUNOD.
- [8] Gédance D. Féminité et tendances dépressives à la ménopause : quelques réflexions psychanalytiques. Revue Médicale Suisse. 2006 ; 2 : 2382
- [9] Lebrun C. Adolescence et Ménopause : l'angoisse des grands passages. Dialogues : familles et couples. 2014 ; 63-77
- [10] Charlap C. « Comment on devient ménopausé » : de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage. Corps N° 12. 2014 ; 1-221.
- [11] Bodin L. Bilan hormonal de la ménopause. Soignez-vous.com. 2009
- [12] Bastian L. et coll. Is this woman perimenopausal? JAMA 2003 ; 289 : 895-902
- [13] Valentin C. Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine sur la ménopause en 2009-2010. [Thèse d'exercice] Nancy. Septembre 2011.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* Juillet 2002 ; 288(3) : 321-33.
- [18] Kohler S. Partie 1 : Ménopause. *Primary and Hospital Care.* 2018 ; 9 : 160-63.
- [19] Löwy, Ilana, Gaudillière. Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes.* 2006 ; 25 : 48.
- [20] 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 ; 38.
- [21] Mbarga J. Quel traitement choisir pour la ménopause ? Représentations et usages des suissesses. *Rev Med Suisse,* 2015, 11 1767-1769.
- [22] Guédra L, Fèvre A, Graesslin O. Alternatives au traitement hormonal substitutif de la ménopause. *EMC – Gynécologie.* 2014 ; 10(3) : 1-11.
- [23] De Weirdt S. Les isoflavones de soja diminuent-elles la fréquence et l'intensité des bouffées de chaleur pendant la périménopause et la ménopause ? *Minerva* 2012 ; 11 : 110-111
- [24] Carmigani L, Pedro A, Costa-Paiva L, Pinto-Neto A. The effect of dietary soy supplementation compared to oestrogen and placebo on menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Maturitas.* 2010 ; 67 : 262 – 9.
- [25] Schoenaker DA, Jackson C, Rowlands J, Mishra G. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International journal of epidemiology.* 2014 ; 43 : 1542-1562.
- [26] Gold E, Crawford S, Avis N, Crandall C. Factors Related to Age at Natural

Menopause: Longitudinal Analyses From SWAN. American journal of epidemiology. 2013 ; 178 : 70 – 83.

[27] Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. 2015 ; 22(11) : 1155-72

[28] Consensus canadien sur la nutrition féminine : adolescence, reproduction, ménopause et au-delà. SOGC – Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada. 2016.

[29] Bouffée de chaleur de la ménopause : quelques traitements non médicamenteux d'efficacité modeste, souvent de type placebo, sans risque particulier. Revue Prescrire. 2019 ; 39(428) : 434-440

[30] Daley A, Stokes-Lampard H, Thomas A, MacArthur C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 ; 11.

[31] Saensak S, Vutyavanich T, Somboonporn W, Srisurapanont M. Relaxation for perimenopausal and postmenopausal symptoms. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 ; 7.

[32] David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études, de marchés et d'opinions BVA. 2008.

[33] Foullet M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. Le Quotidien du médecin. 2018.

[34] Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exercer. 2011 ; 98 : 122-8.

[35] Baligout A., Les femmes ménopausées ont-elles modifié leurs attitudes vis-à-vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ? [Thèse d'exercice] Paris. Octobre 2013.

[36] Aussedat J. Prise en charge de la femme périménopausée par la sage-femme. Vocation sage-femme. 2015 ; 14 (116) : 21-24.

[37] 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. 2012 ; 89(2) : 221-6.

[38] Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins 101 généralistes d'Ile de France. [Thèse d'exercice] Janvier 2010.

[39] Cheron C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en

médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens. [Thèse d'exercice] Rouen. Décembre 2016.

[40] Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. [Thèse d'exercice] Dijon. Juillet 2016.

[41] Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018. [Thèse d'exercice] Rouen. Mars 2019.

[42] Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse d'exercice] Paris. Juin 2014.

[43] Levasseur G, Bagot C, Honorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005 ; Vol. 17.

[44] Guyomard H. Etats des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. [Thèse d'exercice] Angers. Novembre 2019.

[45] Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. 2013 ; 24(107).

[46] Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique 2002 ; 27 : 81-92

[47] Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivation des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. [Thèse d'exercice] Paris. 2007.

[48] 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.

AUTEUR : Nom : MOTTE

Prénom : Philippine

Date de Soutenance : 21 novembre 2019

Titre de la Thèse : La ménopause : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de patientes

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Médecine générale*

Mots-clés : Ménopause, prise en charge, relation patient-médecin, médecine générale, gynécologie

Résumé :

Introduction : La ménopause est définie par l'arrêt définitif des règles et s'accompagne d'un syndrome climatérique. Celui-ci regroupe de nombreux symptômes qui seront différents d'une femme à l'autre et auront généralement un impact sur la qualité de vie des patientes. L'objectif de ce travail est d'évaluer le ressenti des patientes concernant leur ménopause et la place de leur médecin généraliste pour sa prise en charge et son accompagnement.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Quatorze entretiens compréhensifs ont été réalisés auprès de patientes des Hauts-de-France entre mars et septembre 2019.

Résultats : Les patientes ont une représentation de la ménopause qui provient de multiples sources d'information. La famille, les amies mais aussi les collègues ou les médias semblent être des sources privilégiées. Les femmes parlent de la ménopause entre elles, souvent entre femmes concernées mais s'expriment peu auprès du milieu médical. D'une part, elles considèrent que la ménopause sera évoquée s'il y a une plainte et un souhait de traitement. Elles se tourneront ensuite vers leur médecin traitant s'il existe une relation patient-médecin forte et ce, d'autant plus que le médecin est une femme. D'autre part, le médecin traitant sera écarté de la prise en charge s'il montre un désintérêt par son attitude lorsque les patientes évoquent le sujet ou par les préjugés qu'elles ont concernant le manque d'intérêt et de compétences gynécologiques de leur médecin. Dans ce cas, elles se tournent plus volontiers vers leur gynécologue dans le cadre de leur suivi habituel et régulier avec l'idée d'un spécialiste plus compétent. Enfin, les patientes expliquent que la possible future pénurie de gynécologues les inciterait à se tourner vers leur médecin généraliste. Elles sont favorables au réinvestissement des médecins généralistes dans la gynécologie, d'autant plus s'ils abordent d'eux-mêmes le sujet.

Conclusion : La ménopause est une étape essentielle dans la vie d'une femme avec souvent une répercussion sur sa qualité de vie. Pour différentes raisons, Les médecins généralistes ne sont pas toujours inclus dans la prise en charge mais les patientes se disent favorables pour qu'ils se réinvestissent.

Composition du Jury :

Président : **Monsieur le Professeur Michel COSSON**

Asseseurs : **Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur François DELFORGE**