

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Léa PHILIPPE

Née le 23 juin 1994 à Paris (75)

TITRE

Attentes des patientes en pérимénopause de leur médecin généraliste : une étude qualitative dans le département du Loir-et-Cher

Présentée et soutenue publiquement le **2 mars 2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Karine GAY-LAUNAY, Médecine générale – Blois

Docteur Claude RAMIALISON, Médecine générale – Blois

Directeur de thèse : Docteur Karine GAY-LAUNAY, Médecine Générale – Blois

RESUME

Titre : Attentes des patientes en périménopause de leur médecin généraliste : une étude qualitative dans le département du Loir-et-Cher

Introduction : La périménopause peut être responsable de symptômes entraînant parfois une altération de la qualité de vie. A plus long terme, il existe un risque accru de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose. La ménopause est aussi une construction psycho-socio-culturelle. En France, elle est plutôt perçue négativement. Cela engendre des difficultés pour certaines femmes à en parler. Pour prendre en charge au mieux ces patientes pendant cette période, il nous paraît important de connaître leur ressenti. L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des patientes en périménopause de leur médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée dans une population âgée de 45 à 55 ans par des entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : Chaque patiente avait un vécu personnel de la périménopause et des attitudes différentes. Elles avaient besoin d'être aidées et de pouvoir se confier. Pour certaines patientes, la ménopause ou certains de ces symptômes étaient tabous. Elles n'osaient pas en parler. Ces patientes avaient d'autant plus besoin d'aide. La relation de confiance avec leur médecin facilitait la discussion. Certaines patientes attendaient du médecin généraliste qu'il soit proactif en abordant le sujet. Elles souhaitaient échanges, informations et aide à la gestion des symptômes. D'autres préféraient un suivi par un gynécologue et attendaient du médecin généraliste une vérification de celui-ci. Toutes attendaient un médecin de proximité, accessible en cas d'urgence ou entre deux rendez-vous chez le gynécologue.

Conclusion : Les patientes attendaient du médecin généraliste qu'il aborde le sujet. Cela permettait d'initier la discussion, notamment pour celles qui n'osaient pas en parler. Il devait ensuite s'adapter à chaque patiente, toutes n'ayant pas les mêmes attentes.

Mots clés : périménopause – vécu – attentes – besoins – médecin généraliste

ABSTRACT

Title : Expectations of perimenopausal patients from their general practitioner : a qualitative study in the department of Loir-et-Cher

Introduction : Perimenopause can be responsible for symptoms sometimes leading to an alteration in their quality of life. In the long term, there is an increased risk of cardiovascular disease and osteoporosis. Menopause is also a psycho-socio-cultural process. In France, it is perceived rather negatively. Thus, it is difficult for some women to talk about it. To provide the best care for patients during this period, it is important to take their feelings into account. The objective of this study was to explore the expectations of perimenopausal patients from their general practitioner.

Method : A qualitative study inspired by grounded theory was carried out in a population aged 45 to 55 through semi-directed individual interviews.

Results : Each patient had a personal experience of perimenopause and different attitudes. They needed to confide and to be helped. For some patients, menopause or some of the symptoms were taboo. They did not dare to talk about it. These patients needed all the more help. The relationship of trust with their doctor facilitated the discussion. Some patients expected the general practitioner to be proactive in addressing the subject. They needed exchanges, information and help with symptom management. Others preferred to have a follow-up by a gynecologist and expected cross-checking from the general practitioner. All were counting on a local doctor, available in case of emergency or between two appointments with the gynecologist.

Conclusion : Patients expected the general practitioner to broach the subject. It helps to start the discussion, especially for those who did not dare to talk about it. He can then adapt to each patient, not all of whom had the same expectations.

Keywords : perimenopause – experience – expectations – needs – general practitioner

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Universit *

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEJ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
METHODE.....	17
RESULTATS.....	18
DISCUSSION.....	33
CONCLUSION.....	40
REFERENCES.....	41
ANNEXES.....	45
ANNEXE 1 : Document d'information pour les participantes.....	45
ANNEXE 2 : Formulaire de consentement.....	46
ANNEXE 3 : Trame d'entretien.....	47
ANNEXE 4 : Questionnaire de caractérisation de l'échantillonnage.....	48
ANNEXE 5 : Avis CNIL et éthique de la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles ».....	49
ANNEXE 6 : Extrait de verbatim à partir de l'entretien n°9.....	50

ABREVIATIONS

THM = traitement hormonal de la ménopause

SGUM = syndrome génito-urinaire de la ménopause

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

INTRODUCTION

Environ 2 000 000 de femmes sont concernées par la périménopause et 14 000 000 de femmes par la ménopause en France en 2022. Chaque année 400 000 à 500 000 femmes atteignent la ménopause. (1) L'espérance de vie des femmes à 60 ans en France est estimée à 27 ans, la période de la ménopause représente donc plus d'un tiers de leur vie. (2)

La périménopause est une période de transition entre la vie reproductive et la ménopause. Elle comprend deux phases. La première correspond à la transition ménopausique, débutante puis tardive. Elle résulte de l'altération des fonctions ovariennes. Elle s'accompagne d'une altération des cycles et d'une alternance de phases d'hyper et d'hypo-œstrogénie. La deuxième phase comprend la première année d'aménorrhée. (3) (4) (5) Le début se situe autour de 47 ans et dure en moyenne 4 ans. Il existe une variabilité interindividuelle dans sa durée et son expression. (5)

La ménopause est un phénomène naturel correspondant à l'arrêt du fonctionnement ovarien lié au vieillissement de l'organisme. Elle se traduit par l'arrêt des cycles, de la fertilité et d'une chute des hormones ovariennes. La ménopause est un diagnostic rétrospectif : aménorrhée pendant 1 an. (4) (5) En France, elle survient en moyenne à l'âge de 51 ans. (5) (6) Le diagnostic est clinique, le dosage hormonal n'est pas nécessaire sauf situation particulière. La ménopause est dite précoce avant 40 ans et tardive après 55 ans. (5)

La périménopause entraîne donc une alternance de phases d'hyper et d'hypo-œstrogénie. L'hyper-œstrogénie peut se manifester par différents symptômes : mastodynie, ménorragie, prise de poids, gonflement abdominal, troubles de l'humeur et du sommeil. L'hypo-œstrogénie peut être responsable du syndrome climatérique comprenant les bouffées de chaleur et sueurs nocturnes, le SGUM, des arthralgies, une prise de poids et une modification de la répartition des graisses, des troubles cutanés et des phanères, une asthénie, des troubles anxiodépressifs, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. (5) (7) (8)

Ces symptômes peuvent être responsables pour certaines femmes d'une altération de leur qualité de vie (9) (10), à l'opposé certaines femmes ne présenteront aucun symptôme. (5)

A plus long terme, l'hypo-œstrogénie entraîne un risque accru d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires. Il existe également une augmentation du risque de cancer mais lié principalement au vieillissement. (5) (8) (11) (12)

La période de la périménopause puis de la ménopause constitue donc un enjeu pour la santé des femmes : prise en charge des symptômes éventuels, prévention et dépistage du risque cardiovasculaire, de l'ostéoporose et des cancers à travers un suivi clinique annuel, la réalisation d'examen complémentaires et la mise en place de conseils hygiéno-diététiques. (13) (14) (15)

L'idée d'instaurer une première consultation de ménopause émerge dans le monde médical. Elle aurait pour objectifs de prendre en charge les symptômes, de répondre aux questionnements autour des traitements et notamment du THM. Ce serait également un moment d'écoute et d'échange autour d'éventuelles interrogations et inquiétudes ainsi que la réalisation d'un bilan global de santé. (16) (17) Certains hôpitaux l'ont déjà mis en place. (18) (19) Les médecins généralistes y sont pour la plupart favorables. (20) (21)

La ménopause a également été décrite comme une construction psycho-socio-culturelle. C'est à partir du 19^{ème} siècle dans les sociétés occidentales qu'est apparu le terme de « ménopause » et que ce phénomène naturel devient « une maladie » à traiter. Sa perception et ses symptômes varient d'une culture à l'autre. Par exemple, les femmes asiatiques et du continent sous indien ressentent moins de bouffées de chaleur que les femmes européennes. Dans certaines cultures, elle est perçue positivement : augmentation du pouvoir des femmes avec un gain de statut social, de sagesse et de liberté. En France, elle est plutôt perçue négativement, témoignant d'un vieillissement, de l'apparition de problèmes de santé et d'une perte de valeur. (6) (22) (23) (24) (25) (26) Cela engendre des difficultés pour certaines femmes à en parler, la ménopause pouvant être un sujet tabou. (27) (28) Sa perception varie également en fonction de facteurs psycho-sociaux : état de santé antérieur, existence de troubles anxiodépressifs, niveau socio-économique, représentation de la ménopause. (8) (25) (26)

Le suivi gynécologique est principalement réalisé par des gynécologues en France. Cependant les consultations pour motif gynécologique sont assez fréquentes en médecine générale, notamment en ce qui concerne la contraception et la ménopause. (29) (30) (31) Une partie plus importante de patientes consultent leur médecin généraliste lors de la ménopause, notamment si elles ne suivent pas de THM. (30) (32) D'autant plus que l'on voit depuis plusieurs années une baisse de la gynécologie de ville, les médecins généralistes sont de plus en plus amenés à réaliser des actes de gynécologie médicale. (33) (34) (35) (36)

Le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge de la ménopause, une partie de ses missions comprenant la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé, dans une approche globale du patient en prenant en compte son environnement bio-psycho-social. (37) (38) (39)

Dans ce contexte, pour prendre en charge au mieux ces patientes pendant cette période, il nous paraît important de connaître leur ressenti.

L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des patientes en périménopause de leur médecin généraliste dans le département du Loir-et-Cher.

METHODE

Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a exploré les attentes des patientes en périménopause de leur médecin généraliste. (40) (41) (42)

Un échantillonnage raisonné théorique a été constitué progressivement dans une population âgée de 45 à 55 ans.

Les patientes ont été recrutées par téléphone ou à l'issue d'une consultation par leur médecin généraliste ou par la chercheuse, dans le département du Loir-et-Cher de novembre 2021 à mars 2022. Le sujet de l'étude et les modalités de l'entretien leur étaient expliqués. Un rendez-vous d'environ une heure était fixé, le lieu était choisi par les patientes, le domicile étant privilégié. Une lettre d'information leur était remise et un formulaire de consentement était signé avant le début de l'entretien.

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés. Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la question de recherche, en s'aidant des données de la littérature. Il commençait par une question brise-glace, suivie de questions ouvertes. Il a évolué à la suite des premiers entretiens. Un questionnaire de recueil des caractéristiques des patientes était rempli en début d'entretien.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone, une fois retranscrits intégralement et anonymisés sur Word, ils ont été supprimés. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participantes.

Le recueil et l'analyse ont été réalisés au fur et à mesure dans une démarche itérative jusqu'à saturation théorique des données.

L'analyse a été réalisée sur le logiciel Word. L'analyse ouverte a permis l'émergence des propriétés et des catégories puis l'analyse axiale et intégrative a été réalisée permettant de proposer un modèle explicatif.

Une triangulation a été réalisée avec le directeur de thèse par des échanges à chaque étape de l'analyse.

Un avis auprès de la coordinatrice de la cellule « Recherches non interventionnelles » du CHRU de Tours a été demandé en octobre 2021 : l'étude était hors loi Jardé et ne nécessitait pas d'avis du comité de protection des personnes, elle était également en règle avec la CNIL et ne nécessitait pas de déclaration.

RESULTATS

Douze entretiens ont été réalisés de novembre 2021 à mars 2022. Tous les entretiens ont été réalisés en présentielle, le lieu étant choisi par la participante. La durée moyenne des entretiens était de quarante et une minutes (vingt-huit à soixante minutes). La moyenne d'âge était de cinquante et un an.

Les caractéristiques des participantes et des entretiens sont détaillées dans le tableau 1.

	Date entretien	Durée entretien (min)	Lieu entretien	Age (ans)	Profession	Statut marital	Parité	Genre MG	Suivi gynécologique	Lieu de vie	Statut MP	Prise de traitement pour la MP
P01	15/11/2021	48	Domicile	49	Assistante-ingénieur	Séparée	2	H	Non	Rural	Péri MP	Non
P02	24/11/2021	32	MSP	49	Intérim industrie	Union libre	2	F	Oui SF	Semi-rural	Péri MP	Oui
P03	26/11/2021	40	Domicile	53	IDE	Union libre	0	H	Oui Gy	Rural	MP	Oui
P04	08/12/2021	36	CS	48	Sans emploi (fabrication pharmaceutique)	Mariée	1	H	Oui MG (MT)	Semi-rural	Péri MP	Non
P05	08/12/2021	60	Domicile	55	Aide-soignante	Mariée	2	H	Oui SF	Rural	MP	Oui
P06	10/12/2021	41	CS	51	Hôtesse de caisse	Divorcée	3	H	Oui MG (MT)	Urbain	MP	Non
P07	09/02/2022	57	Domicile	52	Assistante de direction	Séparée	1	F	Oui SF	Semi-rural	MP	Oui
P08	16/02/2022	40	Domicile	53	Responsable pôle mairie	Divorcée	3	F	Oui MG (MT)	Rural	Péri MP	Non
P09	17/02/2022	44	Cabinet libéral	54	Formatrice adulte	Mariée	3	F	Oui MG (MT)	Semi-rural	Péri MP	Oui
P10	25/03/2022	33	Domicile	52	Aide à domicile	Mariée	3	H	Oui MG	Urbain	Péri MP	Non
P11	30/03/2022	28	Domicile	54	Assistante maternelle	Mariée	2	H	Oui Gy	Urbain	Péri MP	Non
P12	30/03/2022	31	Lieu de travail	46	Cadre supérieure santé	Mariée	2	F	Oui MG (MT)	Urbain	Péri MP	Non

Tableau 1 : Caractéristiques des participants et des entretiens

MSP : Maison de santé, CS : centre de santé, IDE : infirmière diplômée d'état ; H : homme ; F : femme ; SF : sage-femme ; MG : médecin généraliste ; Gy : gynécologue ; MP : ménopause ; MT = médecin traitant

A. Vécu de la périménopause

La périménopause était vécue comme une période de **transition**. Les patientes étaient **confrontées** à différents problèmes mais elles obtenaient également une certaine **liberté**. Pendant cette période, elles avaient des **attitudes différentes**.

Cette période de **transition** était vécue comme une **étape** « *un cap quand même, [...] il y a un avant et il y a un après (rires)* » (P09), naturelle « *ça fait partie du cycle de la vie* » (P05), pour certaines avec un caractère fataliste « *c'est la roue qui tourne quelque part, voilà on ne peut pas lutter* » (P03) et pour une patiente vécue comme brutale « *ça a été brutal en fin de compte* » (P10).

Cette transition était marquée par **l'arrêt de la fécondité**, une partie des patientes n'y voyait aucun problème « *au niveau des enfants ça ne me perturbe pas du tout.* » (P04) alors que pour d'autres cela était plus difficile à vivre malgré le fait qu'il n'y avait plus de désir de grossesse « *quand j'ai appris que j'étais ménopausée je suis sortie du cabinet en pleurant [...] je voulais plus avoir d'enfants vu l'âge, mais euh... en fait c'est se dire en tant que femme aussi qu'on peut plus avoir d'enfant.* » (P07).

Il existait également un **changement de statut**, pour certaines patientes sur le plan familial « *maintenant je suis plus dans le rôle de la grand-mère. [...] J'ai vraiment changé de statut.* » (P07) et pour d'autres sur le plan social avec l'impression d'être mise de côté « *Quand on est femme, quand on arrive à cette période-là, bah on se sent un peu mise de côté [...] ça n'intéresse personne [...] on sert à plus grand-chose* » (P09), « *l'image de la société c'est qu'à partir d'un certain âge la femme on a tendance pas à l'effacer mais...* » (P03).

L'acceptation était différente en fonction des patientes. Quelques-unes l'acceptaient facilement « *oui, je le vis bien [...] ça me pose pas de soucis particuliers* » (P12), alors que d'autres avaient plus de difficultés « *ça m'a fait un choc [...] je m'attendais pas qu'on m'annonce à 49 ans que j'étais ménopausée* » (P07). La plupart l'acceptaient car elles n'avaient pas d'autre choix « *De toute façon, il faut y passer, on sait qu'on va avoir la ménopause un jour ou l'autre, il faut accepter* » (P02), certaines avaient besoin de temps « *je me fais à l'idée petit à petit* » (P09).

Certaines patientes **relativisaient** cette période « *je me dis, il y a plus grave dans la vie que ça.* » (P04), en se comparant aux autres « *moi j'ai eu de la chance, car y'en a qui m'ont dit que ça leur arrivait la journée aussi, et moi c'était vraiment la nuit* » (P06) ou par l'humour « *Avec Michèle Bernier [...] on rigole de ça car je leur avais envoyé le spectacle, et c'est vrai que dans le sketch il explique bien* » (P04), la vie continuait « *je me rends compte qu'il y a encore une vie [...] affective, une vie sexuelle, une vie professionnelle, c'est pas la fin de tout quoi...* » (P09).

Les patientes étaient **confrontées** à différents problèmes.

Certaines ressentait des **symptômes gênants** : les bouffées de chaleur, parfois intenses avec un impact négatif sur la qualité de vie « *Les bouffées de chaleur, parce que je... oh...avec la transpiration c'était terrible pour moi, j'ai eu beaucoup de mal par rapport à ça.* » (P03), parfois peu intenses et supportables « *ça me prend un peu la nuit, ça me prend aussi bien la journée [...] mais c'est pas quelque chose qui pour le moment m'indispose.* » (P11) ; une sécheresse vaginale « *c'est beaucoup plus sec, c'est pas vraiment agréable* » (P10) ; des troubles de l'humeur « *des moments de, comment dire ça, de mal-être, avec un côté un peu dépressif des fois* » (P09) ; une asthénie « *j'avais des moments de fatigue intense* » (P09) ; des troubles cutanés « *une recrudescence d'acné* » (P12), « *les rides, l'assèchement de la peau* » (P08) ; une mastodynie « *Des fois j'ai mal aux seins. C'est par périodes* » (P08).

Certaines patientes ressentait des **appréhensions** sur les symptômes et leur gestion « *C'est plus les symptômes qui me font peur [...] quand je vois autour de moi, tous ces symptômes, c'est pas facile à gérer, les bouffées de chaleur* » (P01), leur évolution « *je sais que c'est que le début et puis qu'effectivement ça peut certainement évoluer dans des trucs un petit peu plus inconfortables.* » (P11) et leur durée « *je suis assez désespérée [...] j'espère que dans deux ans ça va diminuer* » (P07).

Certaines patientes évoquaient des **problèmes dans leur vie de couple** du fait d'une baisse de la libido « *moins envie d'avoir des relations, c'est vrai que je le ressens davantage* » ou en raison de la sécheresse vaginale « *J'ai dit que c'est très compliqué parce que j'ai très mal [...] Donc ça aurait pu avoir des conséquences [...] sur le couple* » (P05), avec parfois un sentiment de culpabilité à l'égard du conjoint « *ça m'embête un peu quand même, non pas pour moi mais pour mon conjoint... [...] on culpabilise* » (P10). Une patiente était soulagée d'être seule

pendant cette période « *Oui moi je me suis dit « ouf je ne suis pas en couple », je suis toute seule » (P06).*

La plupart des patientes **se sentait changer** sur le plan physique avec une transformation de leur corps « *J'ai pris 4 à 5 kilos, oui oui oui localisés en plus au niveau abdomen, là où il ne faut pas » (P03)* avec pour certaines un impact psychologique négatif « *Psychologiquement c'est très dur pour moi, de voir son corps changer » (P07)* ainsi qu'un sentiment de vieillissement « *on se dit qu'on passe dans un stade supérieur dans l'âge » (P10)* avec une impression de baisse des capacités physiques « *Je ne suis plus capable de faire tout ce que je faisais avant. Je me sens diminuée. » (P08)*. Quelques-unes ne se sentaient plus femme « *c'est plus le fait de ne plus se sentir femme... » (P04)*. Certaines patientes ressentaient également un changement sur le plan psychique, ne se reconnaissant pas dans leur caractère « *les sautes d'humeur c'est de plus en plus souvent [...] et ça d'habitude c'est pas du tout mon genre, comment dire je ne me reconnais pas » (P02).*

Quelques-unes des patientes évoquaient un lien entre ménopause et **risque pour la santé** « *on n'est quand même plus couvert sur le plan hormonal par rapport à certains risques cardiovasculaires » (P04).*

Certaines avaient des **représentations** négatives de la ménopause « *rien qu'avant de savoir que j'étais concernée, c'était déjà une chose dont la représentation donnait une image de la femme vieillissante avec potentiellement des petits problèmes. » (P09)*, parfois véhiculées par la société « *On se dit « c'est si dur que ça la ménopause » (rires) [...] on se pose des questions par rapport à l'image qu'on en a dans la société et qu'elle est montrée comme problématique : ostéoporose, etc. [...] donc des questions oui véhiculée par une image de la société. » (P12).*

Les patientes obtenaient une certaine **liberté**.

La plupart voyaient **l'arrêt des règles** comme un point positif « *Avec ma sœur on pète le champagne dès qu'on a la ménopause enfin plus de règles ! » (P08)*, vécues comme une contrainte durant la vie de femme « *la fin des règles, tout ça, ce avec quoi on est embêtées depuis qu'on est gamine » (P04)*, parfois le seul point positif « *Eh ben (rires) l'arrêt des cycles, c'est le seul » (P03)*. Certaines n'avaient déjà plus cette contrainte du fait de leur contraception « *J'aurais dit de pas avoir de règles, mais bon, j'avais un implant, donc j'en avais pas vraiment » (P10).*

L'arrêt de la contraception était également vécu pour quelques-unes comme un point positif avec la fin d'une contrainte « *cette contrainte de penser, on part en vacances, ne pas l'oublier voilà, puis même le soir d'y penser, donc à la limite c'est un peu une libération* » (P11), la possibilité de prendre un médicament en moins « *on arrête la pilule, ça fait un médicament en moins, parce que moi j'en ai déjà pas mal* » (P04) ou lorsque la contraception posait certain problème « *j'ai eu des petits soucis quand même entre le stérilet et la pilule et tout, donc bon ne plus prendre tout ça* » (P11).

L'arrivée de la ménopause marquait pour certaines la fin du **risque de grossesse** « *c'est se dire que bon maintenant on risque plus rien* » (P10) : risque pour la santé « *ça c'est euh très important [...] parce que j'ai des risques élevés à avoir une autre grossesse* » (P02), risque d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse « *positif à mon âge de toute façon [...] ça m'embêterait plutôt fortement d'être obligée de ... d'avoir recours à une interruption de grossesse* » (P11), risque pour leur projet de vie « *je me verrai pas à 50 ans avec un gosse (rires) profitons de la vie, faut s'amuser, être heureux.* » (P01).

Pour quelques-unes, c'était également une période qui permettait de faire le point et de se **recentrer sur soi** « *Je suis arrivée au bilan je me dis maintenant je sais ce que je veux et c'est le calme et la tranquillité. [...] aujourd'hui l'essentiel c'est aussi le bien-être et c'est aussi de prendre soin de soi.* » (P08), « *il y a une forme petit à petit de liberté qui s'ouvre, je dis pas ça égoïstement, mais plus pour soi pour le coup* » (P09).

Les patientes avaient des **attitudes différentes** pendant cette période.

Une partie des patientes **se posaient un certain nombre de questions** « *C'est vrai que finalement on peut avoir un certain nombre de questions* » (P12) sur les risques « *Je me suis dit "est-ce qu'il y a des maladies qui vont être déclenchées ?* » (P05), sur la prévention « *j'évoquerais plus des questionnements sur l'ostéoporose, des fragilités, est-ce qu'il y a des mesures de prévention à prévoir* » (P12), sur le traitement hormonal « *c'est vrai que je me dis est ce que je dois le prendre ou ne pas le prendre* » (P10), sur la durée des symptômes « *à partir de combien de temps à partir de la ménopause on a plus de symptômes* » (P02), sur le risque d'être enceinte « *alors le fait que je me dise est ce que je peux être encore fertile, est-ce que je ne ferais pas une grossesse...* » (P10). **Quelques-unes ne s'en posaient pas** « *je vous le dis*

franchement, ne pas m'être posé de questions-là-dessus » (P11), « je ne me pose pas de question, ça va se faire quand ça se fera. » (P10).

Certaines patientes **cherchaient de l'information** principalement sur internet « *j'étais allée voir sur internet » (P06)*, elles en trouvaient également à la télévision « *A la télé, une publicité » (P02)* et dans les magazines « *Euh... sur des magazines » (P03)*. Leurs recherches portaient sur les symptômes et les traitements « *qu'est-ce qu'on fait avec les bouffées de chaleur, remèdes naturels [...] homéopathie » (P12)*, sur l'alimentation « *j'ai regardé au niveau de l'alimentation » (P07)* avec parfois une méfiance sur ce qu'elles y trouvaient « *on voit tout et n'importe quoi, beaucoup de prudence sur tout ce qu'on voit » (P12)* et des informations parfois peu rassurantes « *on voit plein de trucs qui sont pas tout le temps très rassurants » (P09)*. Certaines **ne ressentait pas le besoin de chercher de l'information** car la ménopause était perçue comme normale « *j'ai jamais fait de recherche, parce que je sais que c'est normal quoi. » (P10)* ou elles préféraient faire le point directement avec leur médecin « *Je me suis pas informée là-dessus [...] j'ai mon rendez-vous à prendre annuel donc je comptais faire le point avec mon gynéco » (P11)* en qui elles avaient plus confiance « *sur le thérapeutique, je n'ai confiance qu'en mon médecin » (P12)*. Une patiente évoquait une certaine peur aux réponses qu'elle pourrait trouver « *J'ai pas voulu savoir en fait je me dis quand je serai ménopausée est ce que je vais avoir des soucis ? [...] Je veux pas savoir ou est-ce que j'ai peur ? » (P05)*.

Certaines souhaitaient **connaître leur statut** par une prise de sang « *je sais qu'il y a une prise de sang aussi pour voir si on est ménopausée ou pas. » (P02)*.

B. Besoins des patientes

Pendant cette période, les patientes avaient besoin **d'être aidées** par leur médecin et pour cela elles avaient besoin de pouvoir **se confier**. Elles se tournaient également vers des personnes **ressources**. Pour certaines patientes la ménopause restait un **sujet tabou**, c'était un facteur limitant pour se confier ou aller vers les personnes ressources. Ces patientes avaient d'autant plus besoin d'aide du fait de cet isolement. Le **médecin de famille** était un facteur facilitant pour se confier.

La plupart des patientes en discutaient avec **leurs amies, leurs collègues et leur famille** « *j'ai mes collègues, mes amies qui sont à la ménopause [...] et moi je suis allée voir ma mère* » (P08), sur les symptômes « *J'ai une amie qui a les mêmes problèmes que moi, qui a des bouffées de chaleur [...] c'est pour ça qu'on en a discuté...* » (P10), sur les traitements « *j'ai mes fameuses copines qui me disaient que justement c'était possible d'avoir un traitement palliatif au taux d'hormones...* » (P09), pour se soutenir « *des amies qui sont dans le même cas que moi, bon on essaye de se rassurer comme on peut, de trouver du réconfort comme on peut* » (P07). Certaines avaient du mal à en discuter « *non j'en ai pas discuté, c'est pas des sujets qu'on évoque tellement finalement, même entre collègues, amis ou autres (rires) [...] ça a peut-être un petit côté tabou en société oui* » (P12), « *on en parle pas de ça, de la ménopause [...] alors est ce que c'est parce qu'on est très ... parce que c'est la pudeur ?* » (P05).

Certaines patientes pouvaient **se sentir perdues** face à ce qui leur arrivait « *je savais pas trop ce qui m'arrivait en fait* » (P09) ou pouvait **se sentir seule** « *je me suis toute seule sortie de là* » (P05), ne sachant pas vers qui se tourner « *je sais pas euh vers qui aller, parce que c'est pas vraiment un problème psy en soi, c'est pas dramatique en soi, c'est en parler à qui, comment* » (P07). Une patiente conseillait de ne pas rester seule et d'en parler avec son médecin « *j'imagine quand on est tout seul, toute seule, face à ça c'est peut-être pas...ça peut être inquiétant [...] si c'est que avec le médecin qu'il faut en parler, il faut le faire* » (P09).

Elles avaient besoin **d'être aidées** en étant **rassurées** « *qu'il était d'accord avec moi, que c'était bien ça, que j'avais pas un autre problème de santé* » (P06), « *La ménopause ça peut aussi bien se passer, ce n'est pas une pathologie, donc ça m'a rassurée, oui je suis sortie confiante en me disant qu'il était temps et que tout allait bien* » (P12), **accompagnées** « *C'est vraiment une étape de la vie et justement le fait d'être bien accompagnée par son généraliste ou son gynéco est extrêmement aidant* » (P03) et **soutenues** « *il m'a dit que c'était une étape et non enfin voilà... soutenue.* » (P03), « *ça peut être vraiment une aide hein, franchement parce que chez la femme c'est quand même très compliqué [...] là ça va mieux le fait d'en parler avec les médecins* » (P07).

Pour être aidées, elles avaient besoin de **se confier** à leur médecin, différents facteurs étaient facilitants ou limitants.

L'**attitude** du médecin facilitait la confiance : la posture « *la bienveillance [...] regarder dans les yeux, aller jusqu'au bout, des choses comme ça, parce que c'est pas forcément très évident de poser des questions là-dessus, donc c'est plus dans la posture qu'on peut avoir* » (P09), le professionnalisme « *c'est des gens qui font attention à nous mais c'est avant tout pour moi des professionnels* » (P08), permettant de mettre à l'aise les patientes « *C'est l'attitude du médecin [...] je le trouve vraiment, déjà abordable, sympathique, il pose les bonnes questions, il met à l'aise [...] il y a pas de gêne quoi* » (P11).

La **confiance** était un facteur facilitant que ce soit dans le médecin en lui-même « *pour moi la clé c'est vraiment la confiance qu'on a avec son médecin qui permet d'évoquer ces sujets* » (P12) ou de façon plus générale « *tous les médecins, personnellement je leur fais confiance* » (P10), l'absence de confiance était un facteur limitant « *Bah après je suis pas sûr que je puisse lui faire confiance* » (P02).

Pour les patientes, il était important que leur médecin **soit disponible** pendant cette période « *c'est une consultation différente en fait [...] il se passe quelque chose d'important dans la vie de la femme, y'a un temps à prendre, de se poser, [...] de répondre aux questions* » (P09). Cette disponibilité était appréciée par les patientes « *il prend son temps, c'est important aussi* » (P04) ou reprochée quand elle était absente « *j'ai l'impression que je l'embête quoi [...] Elle est tout le temps tout le temps débordée* » (P02), « *elle m'a prescrit ces ovules et basta, et voilà je suis repartie comme ça. [...] on n'a pas le temps, on n'a plus le temps.* » (P05).

Elles avaient besoin de **se sentir écoutées** « *il m'a écoutée, je me suis sentie écoutée* » (P03), « *dans ces consultations-là, outre le fait d'expliquer, mais d'être présent et d'être à l'écoute, vraiment d'entendre ce que dit la personne, ou ce qu'elle ne dit pas d'ailleurs* » (P09).

Le **genre du médecin** pouvait pour certaines limiter la confiance « *c'est quand même quelque chose d'intime et c'est pas évident surtout que c'est un homme le docteur* » (P03), « *je suis pas sûre qu'on s'étale autant sur le sujet, [...] c'est plus...plus intime on va dire [...] et là du coup je me sentirais peut-être moins à l'aise* » (P07). Pour d'autres, cela n'avait pas d'importance « *Non, non pas du tout. Moi un médecin c'est un professionnel que je vais voir* » (P08), le plus important étant la compétence « *Non, homme ou femme ça ne me gêne pas du tout, juste qu'il soit compétent* » (P01) ou la relation « *moi c'est plutôt le contact avec la personne,*

homme ou femme parce qu'il peut y avoir des femmes qui ne vous mettent pas à l'aise » (P11). Une patiente préférait les médecins hommes pour la gynécologie « je trouve que les hommes sont plus gentils que les femmes [...] je pense qu'ils sont plus doux [...] ils expliquent mieux que les femmes » (P06). Quelques patientes s'interrogeaient sur un blocage venant des médecins homme eux-mêmes « Il m'en a jamais parlé. Il y a une ... ouais je ne sais pas, est ce que c'est ... une pudeur [...] c'est parce qu'on a à faire avec un homme » (P01), pouvant être jugés moins réceptifs « quand on leur parle de la ménopause ils sont très loin de tout ça hein (rires) [...] ils sont moins réceptifs. » (P07). Une patiente pensait que les médecins femmes abordaient plus facilement le sujet « je pense qu'en tant que femme médecin généraliste, je pense que la patientèle ...elle saura peut-être plus aborder la question. » (P03).

Une patiente évoquait **l'âge du médecin** comme étant limitant « le médecin remplaçant était encore bien plus jeune (rires), peut-être inconsciemment elle va pas comprendre, voilà donc je vais pas poser des questions qui la concernent pas » (P09).

Deux patientes avaient évoqué **l'organisation** du cabinet : les téléconsultations peu propices à la confiance « si je voulais évoquer ce sujet-là je ne ferai pas de téléconsultation. » (P12) et les consultations sans rendez-vous « Je ne sais pas, débordée sûrement, dans l'après-midi c'était sans rdv » (P02).

Ces conditions permettaient aux patientes de **se confier** « on peut beaucoup se parler, il y a la confiance, la confiance, y'a beaucoup de choses, moi j'aime beaucoup mon médecin, parce que y'a plein de choses, on peut parler de tout » (P04), « une personne qui peut me permettre d'exprimer ce que je ressens et aussi de confronter ce que j'ai pu imaginer » (P09).

La ménopause restait pour certaines patientes un **sujet tabou** « personne n'en parle autour de moi, on se dit juste je suis ménopausée et encore on dit même pas le mot. [...] Est-ce que c'est quelque chose qu'il faut pas... qui faut pas qu'on en parle ? [...] donc ça reste encore un sujet tabou » (P05). Celles pour qui cela ne posait pas de problème « j'en parle même au travail hein [...] c'est pas un sujet tabou pour moi » (P07) comprenaient que pour d'autres cela pouvait être compliqué « pour certaines femmes, c'est peut-être compliqué d'en parler hein, c'est peut-être un peu, enfin c'est quand même intime [...] c'est peut-être un peu tabou et qu'elles n'osent pas » (P11), « je suis sûre que y'a des personnes qui parlent pas. » (P06).

Cela pouvait être en lien avec une certaine **pudeur** « *de la pudeur, c'est quelque chose qui est toujours en lien avec l'intime, enfin des choses encore un peu taboues* » (P03) ou avec des **symptômes spécifiquement tabous** « *il y a quand même une sécheresse, donc voilà alors de ce côté-là voilà ça c'est... après... heu....il faut accepter aussi, il faut faire avec...* » (P03), « *On n'a jamais parlé non plus par rapport à la sex..., ce que ça faisait ménopausée* » (P05) ou en lien parfois avec **l'éducation** « *Par rapport à mon éducation. [...] on parlait pas de tout ça.* » (P05), « *il y en a peut-être c'est encore tabou hein, en fait ça dépend je pense dans quel milieu on a été* » (P07).

Pour certaines c'était un sujet peu évoqué dans notre société avec un **manque d'information** « *on voit pas mal d'affiches de communication sur plein de choses, mais pour autant pas là-dessus, j'ai l'impression qu'on en voit beaucoup moins comme si c'était un peu tabou* » (P09), « *on en parle peu en fait, il y a peu même sur des magazines spécialisés ou d'information, c'est pas tabou mais je trouve que c'est peu évoqué.* » (P03).

Quelques-unes souhaitaient **libérer la parole** « *ce serait bien aussi pour ça qu'il y ait des groupes de parole pour ça, moi je suis pour, c'est bien de savoir ce que les gens à côté ressentent. [...] faut plus que ce soit tabou* » (P06), « *avoir accès oui à des témoignages quand on est tout seul, et même quand on est pas tout seul d'ailleurs* » (P09).

Certaines n'arrivaient donc pas à se **confier** au médecin « *Je l'appréciais énormément [...] on parlait énormément [...] mais moi je ne me livrais pas trop moi [...] et surtout pas du tout de tout ce qui était la partie du bas* » (P05).

Le rôle de **médecin de famille** du généraliste facilitait la confiance notamment grâce à la **relation médecin patient** « *c'est un lien très fort* » (P06), « *il représente tout [...] pour moi c'est vraiment mon point d'appui, ma ressource de connaissance, de soins, bah il est central en fait* » qui permettait aux patientes de se confier « *Ah oui je pense, si c'était quelqu'un d'autre, je pense que je serai moins à l'aise pour en parler.* » (P04).

Cette relation médecin patient était le résultat d'un **suivi sur le long terme** « *Je pense que la confiance c'est parce que c'est mon médecin traitant avec lequel j'ai un suivi depuis des années* » (P12), « *c'est lui mon médecin de famille quoi, ça fait 27 ans que je le connais* » (P06) avec une **prise en charge globale** des patientes « *je pense même que c'est peut-être la personne*

qui en connaît le plus sur moi » (P04), « ils prennent de toute façon les patients dans leur globalité » (P03).

C. Attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste

Les patientes pendant cette période avaient des attentes différentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Certaines patientes souhaitaient un **médecin proactif** qui était pleinement impliqué dans la prise en charge de la ménopause, d'autres souhaitaient plutôt un **médecin coordinateur** avec un suivi préféré par un gynécologue ou une sage-femme. Toutes souhaitaient un **médecin de proximité** pour gérer les urgences.

Certaines patientes attendaient un **médecin proactif** qui **abordait le sujet** « *le médecin traitant pourrait, à un certain âge, demander vraiment si voilà, il n'y a pas de problème particulier* » (P11), « *Il me demandait [...] si j'avais des difficultés particulières par rapport à la pré ou même après pendant la ménopause.* » (P03), notamment pour les personnes dont le sujet était tabou « *C'est parce qu'on n'ose pas vous en parler si vous nous tendez pas la perche, si vous nous dites pas un petit peu où ça en est ? vous en êtes où ? bah nous on va pas oser vous dire* » (P05).

Elles attendaient des moments **d'échanges** avec leur médecin généraliste pour poser leurs questions « *de pouvoir répondre aux questions que les femmes pourraient leur poser, les inquiétudes, les questionnements* » (P11). Certaines patientes regrettaient l'absence d'échange « *Non (soupir), on en a jamais abordé le sujet, jamais, jamais [...] je ne suis pas satisfaite* » (P01), « *Non du tout et puis il m'a jamais non plus demandé comment ça allait* » (P05).

Elles attendaient **d'être informées** sur la ménopause « *on est au courant de tout ça mais on nous l'explique pas forcément très bien, comment ça se passe tout, c'est bien quelqu'un qui explique tout ça* » (P04), sur la prévention « *qu'il me donne du préventif, qu'il me dise voilà vous êtes ménopausée, voilà il y a ça, ça, ça, vous avez ça à faire comme examen pour le suivi* » (P05), pour avoir des informations fiables « *des informations autres que celles qu'on peut avoir de la famille, des amis, des médias, de l'information fiable, il faut avoir cette ressource*

indispensable » (P12). Une patiente aurait aimé être prévenue « *me prévenir de ce qui allait m'arriver sur les symptômes. Des informations sur quoi m'attendre.* » (P02).

Le **suivi gynécologique** était parfois exclusivement réalisé **par le médecin généraliste** « *j'ai jamais eu de suivi gynéco à côté [...] j'ai toujours vu que mon médecin traitant.* » (P09), « *Depuis la grossesse de mon premier [...] tous mes frottis ça a toujours été lui* » (P06). Cela était apprécié par les patientes « *Non c'est le docteur *** qui le fait [...] Moi je suis bien, autant qu'il me le fasse.* » (P04), jugé pratique « *on ne prend pas vraiment le temps d'aller voir un gynéco [...] un médecin traitant, on va en parler, on le voit plus régulièrement* » (P10). Quelques patientes regrettaient cette absence de suivi gynécologique « *c'est elle qui me faisait tout [...] donc j'avais pas besoin de consulter un gynéco [...] c'était l'idéal, j'aurais aimé avoir la même chose.* » (P01).

Elles attendaient une aide à la **gestion des symptômes** « *voir les traitements par rapport...moi par exemple par rapport aux bouffées de chaleur* » (P04). La plupart des patientes préféraient essayer dans un premier temps des **traitements non hormonaux** « *je pense que si j'avais quelque chose à prendre ça serait plus du côté naturel [...] j'essaierai d'abord cette méthode-là* » (P11) à base de plantes « *je prends que les tisanes à base de plantes* » (P05) ou d'homéopathie « *je me suis dit qu'on pouvait avoir un petit appui homéopathique à ça, j'étais ouverte* » (P12) mais pour la plupart des patientes ces traitements étaient peu efficaces et chers « *j'avais arrêté parce que d'abord c'était le coût, le remboursement [...] et pour une efficacité quasi nulle* » (P03). Les **traitements hormonaux** étaient vus comme une aide possible « *je suis pas contre. Je me dit si ça peut améliorer la vie* » (P01) mais pour la plupart en dernier recours « *si je peux me passer de tout ça franchement, je le ferai vraiment qu'en dernier recours !* » (P11). Lorsqu'ils étaient pris, ils étaient jugés efficaces « *j'avais été très satisfaite, très satisfaite, ça s'était atténué* » (P03) parfois mal supportés « *j'ai pris ça une semaine, j'ai eu une hémorragie* » (P07). Certaines manifestaient une méfiance vis-à-vis de ces traitements « *ça peut donner 4% de cancer du sein... donc c'est vrai que ça refroidit un peu* » (P10). Elles se fiaient au corps médical « *je fais confiance à mon médecin, s'il me dit qu'il est préférable au vu de l'état des connaissances du moment, je suivrai son avis* » (P12). Il y avait un souhait de ne pas **surmédicaliser** cette période « *c'était physiologique, je me dis peut-être pas médicaliser ou trop médicaliser* » (P12), « *c'est peut-être aussi bien que ça se fasse tout*

seul, naturellement, que avec des médicaments, je crois qu'on en prend assez comme ça. » (P06).

Quelques patientes attendaient avant tout du médecin généraliste un rôle de **médecin coordinateur** avec une **vérification du suivi gynécologique** « *demander à la personne si elle est suivie ... » (P10)* et **d'être orientée** vers un gynécologue ou une sage-femme « *les inciter peut-être de consulter un spécialiste de ce côté-là » (P11).*

Elles ne ressentaient pas le besoin **d'échange** avec le médecin généraliste car elles le faisaient avec leur gynécologue « *ça n'a jamais été évoqué [...] Je vois pas l'utilité parce que bon le fait que je suis suivie par une gynéco, c'est plutôt à elle de m'en parler » (P10), « j'étais suivie par ma gynéco moi, donc je lui a pas parlé de ma ménopause et tout ça [...] j'avais pas le besoin » (P07).* Elles préféraient **être suivies par un gynécologue ou une sage-femme** « *mieux vaut voir un gynécologue ou une sage-femme, c'est plus dans leur domaine » (P02), « j'ai toujours mes rendez-vous annuels chez le gynéco [...] pour moi c'est pas vraiment le rôle du médecin traitant [...] on a peut-être pas envie, pour certaines femmes de, voilà, de montrer peut être un peu plus d'intimité... » (P11).*

Toutes les patientes attendaient un **médecin de proximité, accessible** en cas d'urgences « *si c'est vraiment dans l'urgence, c'est plus facile d'avoir le médecin traitant [...] en priorité le gynéco mais si c'était pas possible, le médecin traitant, sans problème. » (P11)* ou entre deux rendez-vous chez le gynécologue « *il a un rôle si la personne elle est vraiment pas bien, et puis que bon...parce que c'est vrai que notre gynéco souvent c'est tous les ans voire tous les 2 ans » (P07), facile d'accès « je le vois plus souvent quand même que le gynéco, donc si j'avais un doute ou une question, effectivement je lui en parlerais. » (P11), dans un contexte de **difficulté d'accès aux spécialistes** « *c'est tellement compliqué d'avoir des rendez-vous chez le spécialiste qu'on évite d'aller encombrer voilà, pour un truc, je me vois pas prendre un rendez-vous chez le gynéco parce que j'ai des bouffées de chaleur » (P11).**

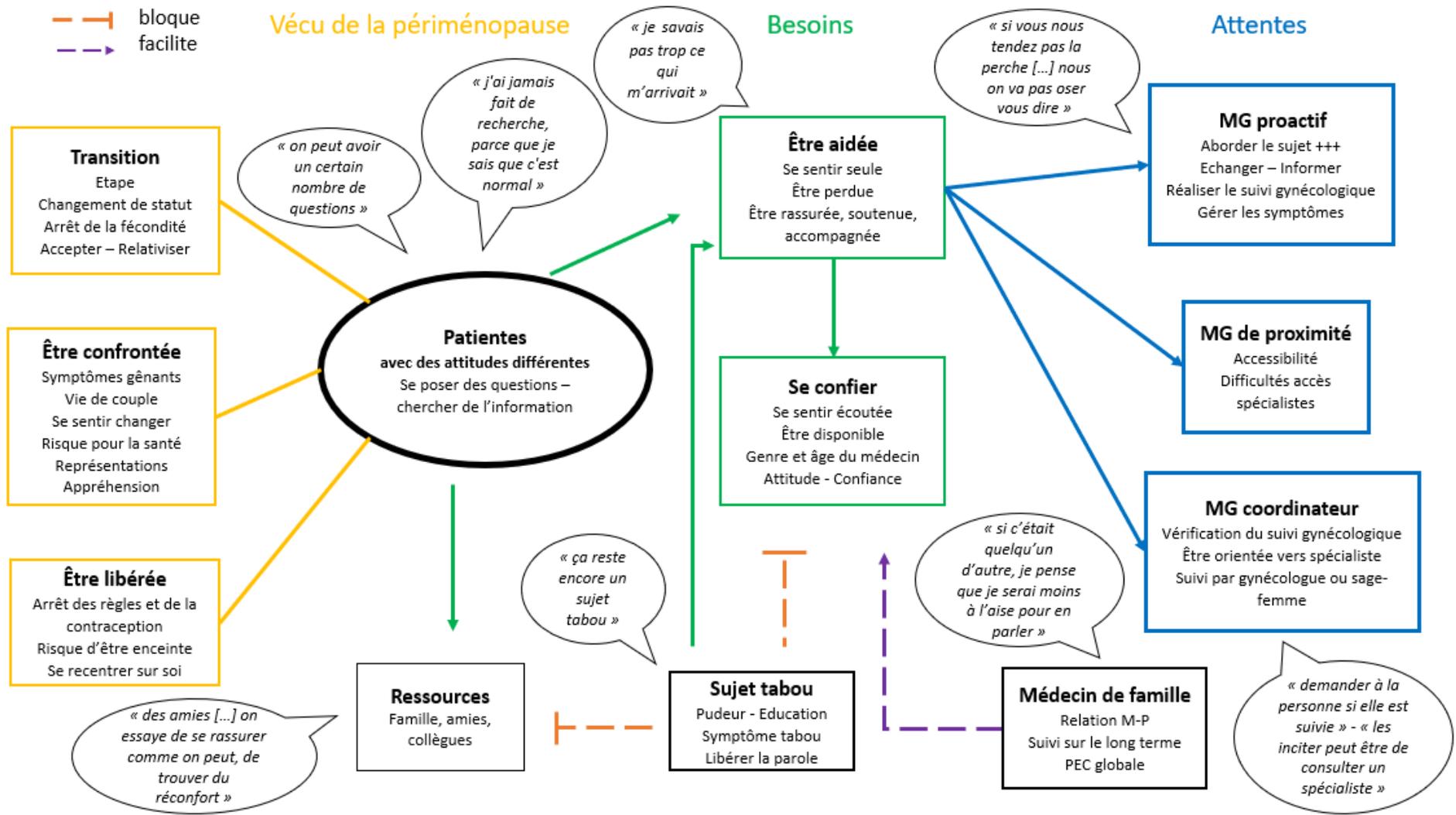


Figure 1 : Vécu, besoins et attentes des patientes en périménopause

DISCUSSION

A propos des résultats - Comparaison avec la littérature

La ménopause était décrite par les patientes comme une étape naturelle de la vie, une période de transition. Chaque patiente avait un vécu personnel. Elles rapportaient des aspects négatifs tels que l'apparition de symptômes, de problèmes dans leur vie de couple, de risque pour leur santé, d'un arrêt de la fécondité, d'un sentiment de vieillissement et d'un changement de statut social et des aspects positifs tels que l'arrêt des règles, de la contraception, du risque de grossesse et une certaine forme de liberté permettant de se recentrer sur soi.

Ce vécu de la ménopause avec ces différents aspects était retrouvé dans trois thèses qualitatives récentes de médecine générale explorant le ressenti des femmes à la ménopause (43) (44) (45) ainsi que dans une revue systématique de la littérature sur l'expérience de la ménopause chez les femmes. (46)

On pouvait identifier quatre groupes de récits. Le premier ressentait surtout les aspects négatifs de la ménopause et rencontrait des difficultés à l'accepter. Le deuxième ressentait surtout les aspects positifs, la ménopause était bien vécue et acceptée. Entre les deux, un troisième vivait cette transition en associant certains aspects positifs et négatifs de la ménopause. Quant au quatrième groupe, la ménopause ne représentait rien et n'entraînait aucun changement particulier dans leur vie.

Ces notions de valeurs négative, positive et neutre de la ménopause étaient retrouvées dans le travail du Dr Delanoé. Pour décrire l'expérience et le vécu de la ménopause, il a identifié cinq dimensions (arrêt des règles et de la fécondité, perte de capital santé, esthétique et symbolique), chacune ayant une valeur positive, négative ou neutre en fonction de la femme. Ses cinq dimensions pouvaient se combiner pour constituer autant de représentations, s'étendant sur un continuum d'un pôle négatif à un pôle positif, en passant par le neutre. (23) Une étude britannique qualitative explorant le vécu de la ménopause retrouvait également ces trois types de récits : la ménopause en tant que processus biologique normal distinct de soi, de l'identité et des transitions sociales, la ménopause comme une lutte provoquant et exprimant la détresse, une période de perte d'identité et de bouleversement social, la ménopause comme période de libération et de transformation. Les femmes pouvaient passer

d'un récit à l'autre, soit simultanément, soit successivement, bien que souvent l'un d'eux dominait. (47)

Dans notre étude, certaines patientes avaient besoin d'être aidées, elles se sentaient seules, perdues et ne savaient pas où chercher de l'aide. La plupart avait besoin d'être rassurées, soutenues et accompagnées pendant cette période jugée compliquée. Ce sentiment était retrouvé dans la littérature.

Une étude britannique récente qualitative explorant les attitudes et les connaissances des femmes en péri-ménopause retrouvait que les femmes se sentaient peu informées au sujet de la ménopause et encore moins au sujet de la péri-ménopause. Elles ne s'attendaient pas à être confrontées à ces symptômes, se sentaient perdues et impuissantes, ne sachant pas ce qu'il leur arrivait. Elles attendaient de recevoir des informations de leur médecin généraliste. Elles exprimaient un sentiment d'abandon de leur part avec un manque de soutien quel que soit le genre, cela entraînait une perte de confiance dans la relation. Elles s'étaient tournées vers leurs amies et sur internet pour trouver de l'information. (48)

Une autre étude qualitative singapourienne récente explorant les besoins de femmes en péri-ménopause retrouvait que les femmes attendaient plus de soutien, d'information, de compréhension, de compassion et d'empathie de la part des professionnels de la santé. (49)

Pour être aidées, les patientes avaient besoin de pouvoir se confier à leur médecin. La disponibilité du médecin et son écoute étaient des facteurs importants dans notre étude.

Cela est retrouvé dans une étude britannique qualitative qui a exploré le point de vue des femmes sur la communication optimale des risques et la prise de décision dans les consultations de médecine générale sur la ménopause. Les patientes trouvaient que les médecins généralistes manquaient de temps à leur accorder et s'occupaient principalement des patients malades. Elles se considéraient comme peu prioritaires. La plupart des femmes estimaient qu'une « bonne consultation » devait prendre suffisamment de temps et que le temps facilitait une meilleure communication avec plus de discussions, d'écoute et d'explications. (50)

Certaines études rapportaient que le genre masculin du médecin pouvait empêcher certaines patientes de se confier. Dans la thèse du Dr Zeraoui et Dr Balas explorant le ressenti des femmes à la ménopause, les patientes évoquaient des difficultés à se confier à un médecin homme, la ménopause étant un sujet intime. (44)

Une étude danoise qualitative explorant les besoins des femmes consultant leur médecin généraliste en lien avec la ménopause retrouvait que certaines patientes rencontraient des difficultés à consulter un médecin homme, celui-ci ne pouvant pas les comprendre. (51)

Dans notre étude, la confiance et l'attitude du médecin était plus importante que le genre pour permettre de se confier. Le genre passait pour la plupart des patientes au second plan. Elles attendaient avant tout une attitude professionnelle, bienveillante, permettant de se sentir à l'aise pour pouvoir s'exprimer.

Cette notion de confiance se retrouvait dans la relation qu'elles avaient avec leur médecin généraliste qui était leur médecin de famille. Il les suivait depuis longtemps et les connaissait dans leur globalité. Certaines rapportaient que c'était cette relation médecin-patient qui leur permettait de s'exprimer facilement. Cela était retrouvé dans la thèse du Dr Barbier explorant les attentes des patientes lors d'une consultation dédiée à la ménopause, les patientes attendaient une prise en charge personnalisée et globale pendant la ménopause, c'était avant tout une relation de confiance avec leur médecin. (52)

Pour certaines patientes, la ménopause ou certains de ces symptômes (SGUM) restaient un sujet tabou, elles n'osaient pas en discuter avec leur médecin ou leur entourage. Elles restaient avec leur inquiétudes et questionnements et n'avaient pas accès à de possibles traitements.

La notion de symptôme tabou est retrouvée dans une étude allemande récente qualitative explorant les expériences des femmes souffrant de la composante urinaire du SGUM. Les patientes rencontraient des difficultés à aborder le SGUM, jugé comme un sujet intime voire honteux. Les patientes ne se sentaient pas écoutées par les médecins, il y avait une absence de discussion, un manque de compréhension et d'empathie de leur part. Elles notaient que très peu de médecins abordaient le sujet. Elles déclaraient se débrouiller seules. (53)

Selon les études, entre 40 à 60% des femmes ménopausées présenteraient un symptôme du SGUM. (54) (55) Dans notre étude, seulement trois patientes l'ont évoqué spontanément dont

deux très brièvement, on peut se poser la question d'un symptôme passé sous silence. Cela peut également être en lien avec la population plus jeune de notre étude.

Il semble important d'évoquer spécifiquement ce sujet lors des discussions autour de la ménopause avec les patientes, permettant à certaines de pouvoir en parler.

Dans notre étude, certaines patientes notaient que la ménopause était peu évoquée dans notre société car jugé comme un sujet tabou ou inintéressant. Cette notion de tabou sociétal et non plus individuel est retrouvée dans une étude qualitative américaine. Elle retrouvait que pour la plupart des femmes la ménopause était considérée comme un sujet « tabou » au sein de la société, lié à la stigmatisation et à la honte, une femme vieillissante qui n'intéressait plus la société. Cela empêchait les femmes d'en discuter ou alors seulement avec quelqu'un de confiance. Pour d'autre la ménopause était juste un sujet qui n'était pas abordé, qui n'intéressait pas. (56)

Une autre étude britannique récente quantitative et qualitative explorant les attitudes et les connaissances des femmes en péri-ménopause trouvait que pour les patientes la péri-ménopause et la ménopause étaient pour elles des sujets cachés dans la société dont personne ne parlait, notamment au travail, avec des stéréotypes négatifs. Elles proposaient de discuter de la péri-ménopause de manière systématique lors de leur bilan de santé. (48)

Certaines patientes attendaient de leur médecin généraliste qu'il soit proactif, qu'il aborde le sujet, qu'il mette en place des moments d'échange et d'information, qu'il réalise le suivi gynécologique et qu'il gère les symptômes.

Cette notion de médecin proactif est retrouvée dans la thèse du Dr Barbier, les patientes attendaient de leur médecin généraliste de l'information et des échanges autour des symptômes, de la prévention et une aide à la gestion des symptômes. Certaines patientes auraient aimé être prévenues avant le début de la ménopause pour savoir à quoi s'attendre tandis que d'autres seulement au moment de la ménopause. Le Dr Barbier proposait d'être proactif à partir de 45 ans. (52)

Dans la thèse du Dr Motte explorant la place du médecin généraliste dans la ménopause, les patientes regrettaient que le médecin n'aborde pas le sujet spontanément et ne donne pas

d'informations, c'est elles qui le faisaient. C'était la plupart du temps un deuxième motif de consultation. (57)

Un groupe de travail sur la ménopause de la Society for Women's Health Research proposait d'être proactif et de débiter la discussion avec les patientes avant le début de la transition ménopausique, dès 35 ans. Une information précoce aiderait à mieux passer cette période. (58)

Être proactif à partir de 45 ans semble être adapté, le début de la périménopause étant situé autour de 47ans. Certaines patientes souhaitent être prévenues avant le début, une patiente dans notre étude, d'autres seulement au moment de la périménopause. On peut se poser la question d'être proactif plus tôt vers 40 ans mais les patientes seraient-elles réceptives ? Il pourrait être intéressant de réaliser une étude dans cette tranche d'âge pour connaître leur point de vue et attentes.

Une étude danoise qualitative explorant les besoins des femmes consultant leur médecin généraliste en lien avec la ménopause rapportait que la plupart du temps c'étaient les patientes qui abordaient le sujet, ensuite le médecin généraliste prenait l'initiative d'aborder d'autres aspects. Les patientes consultaient principalement pour trois raisons. Un premier groupe voulait discuter du traitement des symptômes. Elles attendaient des informations sur le THM. Le deuxième groupe consultait pour être rassuré. Elles attendaient un examen clinique et la confirmation de la ménopause. Ce groupe était réservé quant au THM et s'était senti mal à l'aise si le médecin généraliste leur parlait des risques de la ménopause, le but de leur visite étant d'être rassuré. Le troisième groupe attendait de discuter des risques de la ménopause et notamment de l'ostéoporose et des cancers. Les médecins généralistes devaient donc adapter leur discours en fonction de la patiente sur l'information et les risques. (51)

Cela se retrouvait dans notre étude qui montrait les différentes attitudes que pouvaient avoir les patientes. Le médecin devait s'adapter à chaque patiente, chaque vécu étant différent et les attentes différentes : rassurer sur la normalité de la ménopause, informer sur les symptômes et les risques actuels ou potentiels, les traitements disponibles, les mesures préventives, en parler avant ou pendant. C'est une prise en charge personnalisée.

Quelques patientes préféraient en parler avec leur gynécologue ou leur sage-femme, elles attendaient du généraliste un rôle de coordinateur, qu'il vérifie si la patiente avait un suivi et qu'il leur conseille d'en avoir un. Elles n'attendaient pas forcément d'échange particulier.

Cela est retrouvé dans la thèse du Dr Bellanger, très peu de patientes en avaient discuté avec leur médecin généraliste, elles attendaient avant tout de le faire avec leur gynécologue. Elles évoquaient le fait que ce n'était pas le domaine des médecins généralistes. (43)

Dans la thèse du Dr Motte, certaines patientes considéraient que ce n'était pas le rôle du médecin généraliste, celui-ci d'ailleurs y était peu intéressé, ils devaient avant tout s'assurer que les patientes en avaient un. Le gynécologue était jugé plus apte car celui-ci réalisait le suivi habituel et abordait le sujet. Cependant, une partie des patientes abordait le problème de la pénurie de gynécologues et était favorable à une reprise du suivi par le médecin généraliste. (57)

Dans notre étude, un nombre plus important de patientes en avait discuté avec leur médecin généraliste et la plupart attendait d'en parler avec celui-ci et qu'il aborde le sujet. Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre population comprenait plus de patientes habitant en milieu rural ou semi-rural. L'accès aux gynécologues dans le Loir-et-Cher étant compliqué, une partie des patientes réalisait son suivi gynécologique auprès du médecin généraliste.

Forces et limites

Le choix de réaliser une étude qualitative semblait adapté pour recueillir le vécu et le ressenti des patientes pendant la période de la péri-ménopause et de leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. Les entretiens étaient individuels pour faciliter l'expression des patientes sur un sujet pouvant être intime.

Le guide des entretiens semi-dirigés comportait des questions ouvertes et a évolué après les premiers entretiens. Le terme de ménopause et non péri-ménopause a été choisi lors des entretiens pour une meilleure compréhension des patientes. Le choix du lieu était laissé aux patientes pour qu'elles soient le plus à l'aise possible. Les entretiens étaient de durée moyenne, permettant aux patientes de s'exprimer et de développer leurs idées. Le chercheur manquait d'expérience, des silences n'ont parfois pas été respectés avec des relances trop

rapides, parfois fermées, des réponses à des questions sur la ménopause notamment lors des premiers entretiens ont été faites, le chercheur sortant de son statut.

Le recrutement a permis d'avoir une population variée sur les critères lieu d'habitation, genre du médecin généraliste et type de suivi gynécologique. Le département du Loir-et-Cher reste un département rural avec une pénurie de gynécologues de ville ce qui exerce une influence sur le suivi gynécologique et les attentes des patientes par rapport à d'autres départements. Quatre patientes n'étaient plus en période de périménopause, elles ont dû faire appel à leur mémoire dans leur récit, elles étaient néanmoins en postménopause précoce. Le chercheur connaissait certains des médecins généralistes des patientes, ce qui a pu les influencer, n'osant pas tout dire. Le chercheur leur a rappelé en début d'entretien que tout était anonymisé.

Le recueil et l'analyse ont été réalisés au fur et à mesure dans une démarche itérative par groupe de 2-3 entretiens jusqu'à saturation théorique des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation. L'analyse a été réalisé par un chercheur débutant.

La triangulation a été réalisée à travers des échanges avec la directrice de thèse lors des différentes étapes de l'analyse mais sans double codage.

CONCLUSION

Chaque patiente avait un vécu personnel de la périménopause. La majorité des patientes ressentait le besoin d'être aidées pendant cette période qui était jugée compliquée.

La plupart des patientes en parlaient facilement mais pour une partie cela restait un sujet tabou qui les empêchaient de se confier : sujet jugé intime, tabou sociétal, symptômes du SGUM.

L'attente principale envers le médecin généraliste était qu'il aborde le sujet. Cela permettait d'engager la discussion. Cela était d'autant plus important pour les patientes qui n'osaient pas en parler. Elles attendaient des moments d'échanges pour répondre à leurs interrogations et de l'information. Le médecin devait s'adapter à chaque patiente car elles n'avaient pas toutes les mêmes attentes. Il nous semble important que le médecin aborde le sujet du SGUM lors de ces échanges, sujet peu évoqué spontanément par les patientes.

Ces échanges étaient favorisés par la disponibilité, l'écoute et l'attitude du médecin. Le genre masculin du médecin pouvait parfois limiter les échanges mais la confiance notamment présente dans la relation médecin-patient était la plus importante.

Il serait intéressant de réaliser une étude dans une population plus âgée pour explorer comment évoluent le vécu et les attentes de ces patientes. On pourrait également s'intéresser à une population plus jeune autour de 40 ans pour savoir si elle serait réceptive à une proactivité précoce.

REFERENCES

1. INSEE. Pyramide des âges : Données annuelles 2022 [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#tableau-figure1>
2. INSEE. Espérance de vie à divers âges : Données annuelles de 1994 à 2021 [Internet]. 2022 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-figure1>
3. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. EXECUTIVE SUMMARY of STRAW+10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *Climacteric J Int Menopause Soc.* avr 2012;15(2):105-14.
4. WHO Scientific Group on Research on the Menopause in the 1990s. Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 : rapport d' un groupe scientifique de l' OMS [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. 1996. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42021>
5. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. La ménopause en pratique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2019, 329p.
6. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric J Int Menopause Soc.* oct 2010;13(5):419-28.
7. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab.* janv 2021;106(1):1-15.
8. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* oct 2019;26(10):1213-27.
9. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes.* 5 août 2005;3:47.
10. Wysocki S, Kingsberg S, Krychman M. Management of Vaginal Atrophy: Implications from the REVIVE Survey. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2014;8:23-30.
11. INSERM. Ménopause [Internet]. 2017 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>
12. Einstein MH, Levine NF, Nevadunsky NS. Menopause and Cancers. *Postmenopausal Endocrinol.* sept 2015;44(3):603-17.
13. Baill IC, Castiglioni A. Health Maintenance in Postmenopausal Women. *Am Fam Physician.* mai 2017;95(9):561-70.
14. CNGOF. Le suivi de la femme ménopausée [Internet]. 2016 [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee>
15. Poudou C, Fritel X. Ménopause. *La revue du praticien.* juin 2019;69:203-7 [Internet]. [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2019/6/RDP_2019_6_3203.pdf
16. Lacamp I. Congrès Paris Santé des femmes : au-delà des traitements hormonaux. *Le généraliste.* 12 févr 2021;(2937):16-7.

17. Institut national du cancer. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein. avril 2017. [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
18. Magnien D. Entretien avec le Dr Florence Trémollières - Ménopause : notre mission consiste à repérer tôt les femmes ayant des facteurs de risque [Internet]. GENESIS. juin-juill 2015;185 [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/entretien-avec-le-dr-florence-tremollieres-menopause-notre-mission-consiste-a-reperer-tot-les-femmes-ayant-des-facteurs-de-risque-2/>
19. Rebetez B. Une consultation pour lever le tabou de la ménopause [Internet]. Arc info. 2021 [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.arcinfo.ch/articles/regions/canton/une-consultation-pour-lever-le-tabou-de-la-menopause-1042305>
20. Brunner M. Le point de vue des médecins généralistes sur la mise en place d'une consultation dédiée à la ménopause: étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'Hérault. 167p. Thèse : Médecine : Montpellier : 2017.
21. Dubrasquet C. La dernière consultation de contraception: comment les médecins généralistes de l'Indre répondent-ils à une demande d'arrêt de la contraception oestroprogestative des femmes en périménopause ?. 47p. Thèse : Médecine : Tours : 2015.
22. Charlap C. Idées reçues sur la ménopause : une problématique médicale et sociale. Paris : Le Cavalier Bleu, 2022, 150p.
23. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ Psychosom.* 2001;24(4):57-67.
24. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. Les perceptions et les mythes sur la ménopause [Internet]. 2004 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <http://doczz.fr/doc/396945/les-perceptions-et-les-mythes-sur-la-menopause>
25. Jones EK, Jurgenson JR, Katzenellenbogen JM, Thompson SC. Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women? *BMC Womens Health.* déc 2012;12(1):43.
26. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2007;21(2):261-74.
27. MGEN/Fondation des femmes. Enquête : Les Français.es et la Ménopause [Internet]. 2020 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://fondationdesfemmes.org/actualites/les-francais-et-la-menopause/>
28. Kantar. Les Français et la ménopause [Internet]. 2019 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.kantar.com/fr/inspirations/research-services/2020-les-francais-et-la-menopause>
29. BVA pour la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. 2008 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/>
30. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? état des lieux et perspectives en 2020. Paris : Editions Eska, 2000, 190p.

31. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/suivi-gynecologique-implication-des-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire-ndeg-15>
32. Iversen L, Delaney EK, Hannaford PC, Black C. Menopause-related workload in general practice 1996-2005: a retrospective study in the UK. *Fam Pract.* oct 2010;27(5):499-506.
33. Foulst M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. 2018 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
34. What's up doc ? Gynécologues médicaux : le grand écart démographique [Internet]. 2017 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/gynecologues-medicaux-le-grand-ecart-demographique>
35. ARS centre val de loire. Démographie médicale [Internet]. 2022 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur : <http://stats.ars-centre-val-de-loire.fr/bdv/STATISTIQUES%20DEPARTEMENT%20REGION%20.html>
36. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale [Internet]. 2021 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
37. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [internet]. 2009 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
38. WONCA Europe. La Médecine générale : nombreuses définitions de ses caractéristiques [Internet]. 2002 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://123dok.net/article/wonca-europe-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-nombreuses-d%C3%A9finitions-caract%C3%A9ristiques.yee9ej0y>
39. Compagnon L, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* janv 2013;24(108):148-55.
40. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint Cloud : Global Média Santé et CNGE productions, 2021, 192p.
41. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2ème édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2019, 155p.
42. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorisation ancrée. Stratégie pour la recherche qualitative. 2ème édition. Malakoff : Armand Colin, 2010, 416p.
43. Bellanger S. Les femmes et la ménopause : le ressenti et la prise en charge en médecine générale. 138p. Thèse : Médecine : Rouen : 2021.

44. Zeraoui A, Balas S. Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause. 88p. Thèse : Médecine : Aix Marseille : 2020.
45. Buinoud E. Vécu et représentations de la ménopause. Etude qualitative à partir de 14 entretiens. 118p. Thèse : Médecine : Lyon : 2019.
46. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. sept 2015;13(8):250-337.
47. De Salis I, Owen-Smith A, Donovan JL, Lawlor DA. Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *J Women Aging*. nov 2017;30(6):520-40.
48. Harper JC, Phillips S, Biswakarma R, Yasmin E, Saridogan E, Radhakrishnan S, et al. An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *Womens Health Lond Engl*. déc 2022;18.
49. Ong DSP, Chua MT, Shorey S. Experiences and Needs of Perimenopausal Women With Climacteric Symptoms in Singapore: A Qualitative Study. *J Transcult Nurs*. juill 2020;31(4):369-77.
50. 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*. mai 2004;53(2):121-8.
51. 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*. juin 2004;22(2):118-21.
52. Barbier A. Attentes des patientes lors d'une consultation dédiée à la ménopause, une approche qualitative par entretiens semi-dirigés. 101p. Thèse : Médecine : Lyon : 2021.
53. Gabes M, Kann G, von Sömmogy J, Stute P, Apfelbacher CJ. 'As long as I have a restroom somewhere [...], I am fine': a qualitative study on the perspectives of peri- and postmenopausal women on the impact of the urinary component of the genitourinary syndrome of menopause (GSM). *BMC Womens Health*. nov 2021;21:391.
54. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*. déc 2011;15(1):36-44.
55. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. nov 2010;67(3):233-8.
56. Edwards AL, Shaw PA, Halton CC, Bailey SC, Wolf MS, Andrews EN, Cartwright T. "It just makes me feel a little less alone": a qualitative exploration of the podcast Menopause: Unmuted on women's perceptions of menopause. *Menopause*. déc 2021;28(12):1374-84.
57. Motte P. La ménopause: quelle place pour le médecin généraliste ? enquête auprès de patientes. 70p. Thèse : Médecine : Lille : 2019.
58. Aninye I, Laitner M, Chinnappan S. Menopause preparedness: perspectives for patient, provider and policymaker consideration. *Menopause*. juin 2021;28(10):1186-91.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Document d'information pour les participantes

Département universitaire de médecine générale de Tours
Coordnatrice de la recherche = Dr Karine GAY-LAUNAY, médecin généraliste
Investigatrice = Léa PHILIPPE, interne en médecine générale

NOTE D'INFORMATION

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine générale de Tours. Si vous décidez d'y participer, vous serez invitée à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Vous vous entretiendrez avec un membre de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel.
Celui-ci vise à mieux comprendre la période de la périménopause chez nos patientes.

Cette étude a reçu un avis favorable de la coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles" de Tours en date du 6 octobre 2021 ainsi que de la commission nationale informatique et libertés.

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Le but de cette étude est une meilleure compréhension de nos patientes pendant la périménopause ainsi que de la relation entre elles et leur médecin généraliste.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire, aucune rémunération ni indemnisation ne sont prévues.

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès du chercheur avec qui vous serez en contact : Léa PHILIPPE, interne en médecine générale par courriel : lea.philippe@etu.univ-tours.fr

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le département universitaire de médecine générale de tours et les investigateurs vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de consentement page suivante.

ANNEXE 2 : Formulaire de consentement

J'ai été sollicitée pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenue que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur.

J'ai été informée que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informée de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leur responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature

ANNEXE 3 : Trame d'entretien

1) Question brise-glace : Si je vous dis ménopause, qu'est-ce que ça vous évoque ?

Relances

Qu'est-ce que cela représente pour vous ?

Racontez-moi les éventuelles difficultés vécues pendant cette période.

Racontez-moi les éventuelles points positifs vécus pendant cette période.

Que pensez-vous des traitements de la ménopause ?

2. Racontez-moi vers qui vous avez cherché des informations pendant cette période.

3. Est-ce que vous en avez parlé avec votre médecin généraliste ?

* oui

4. Racontez-moi comment ça s'est passé ?

Relances

Comment avez-vous réagi ? Qu'en attendiez-vous ? Qu'en a-t-il été finalement ?

Qu'auriez-vous souhaité de plus de la part de votre médecin généraliste ?

Des questions sont-elles restées sans réponses ?

* non

5. Expliquez-moi pourquoi ?

Relances

Qu'auriez-vous souhaité de la part de votre médecin généraliste ? Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de lui ?

6. Est-ce que vous voyiez autre chose à ajouter ?

Questions ajoutées après les premiers entretiens :

Décrivez-moi votre relation avec votre médecin généraliste. Est-ce que cela compte pour aborder la ménopause ?

Pensez-vous qu'il y ait une différence entre un médecin homme ou femme pour parler de la ménopause ?

Quelle est le rôle du médecin généraliste pour vous dans la prise en charge de la ménopause ?

ANNEXE 4 : Questionnaire de caractérisation de l'échantillonnage

- Age ?
- Profession ?
- Statut marital ?
- Parité ?
- Suivi gynécologique ? et si oui, par qui ?
- Lieu d'habitation ?
- Statut vis-à-vis de la ménopause ?
- Présence de symptômes ? et si oui, prise de médicaments ?
- Genre du médecin traitant ?

ANNEXE 5 : Avis CNIL et éthique de la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles »



RE:TR : Avis CNIL Thèse

6 Octobre 2021 9:04

Expéditeur : GUYETANT SOPHIE

À : Lea Philippe

Bonjour,

En effet, votre étude se classe dans les recherches n'impliquant pas la personne humaine (dite Hors Jardé).
De ce fait, elle ne relève pas de la compétence d'un CPP (Comité de Protection des Personnes).

Les seules démarches réglementaires sont la mise en conformité de l'étude vis-à-vis de la CNIL.

Comme déjà expliqué, dans votre cas de figure, vous êtes en règle vis-à-vis de la CNIL et l'avis éthique est optionnel, recommandé si publication.

En espérant avoir éclairci la réglementation bien complexe.

Par contre, une fois l'étude réalisée, vous vous engagez à détruire tous les entretiens et liste de correspondance (si existante) entre l'identité des personnes et le n° de l'entretien.

Bon courage pour la réalisation de votre étude.

Bien cordialement

Dr Sophie Guyétant

Coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles"

Direction de la Recherche et de l'Innovation

Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire

Tél : 02 34 37 89 27

ANNEXE 6 : Extrait de verbatim à partir de l'entretien n°9

I : investigatrice - P09 : patiente 09

I : Et si je vous dis ménopause, qu'est-ce que ça vous évoque ?

P09 : Euh un truc pas cool (haha), rien qu'avant de savoir que j'étais concernée, c'était déjà une chose dont la représentation donnait une image de la femme vieillissante avec potentiellement des petits problèmes. Maintenant que je suis concernée, c'est peut-être un peu moins pire que ce que j'avais imaginé, euuuh même si en termes de symptômes, c'est ça qui m'a un peu alertée, j'avais des moments de fatigue intense, mais alors vraiment je me demandais ce qui m'arrivait. Ça j'en avais parlé au docteur remplaçant pour faire une vérification de ce côté-là.

I : Donc il y a eu une anticipation de la ménopause ? Ça vous angoissait ?

P09 : Pas du tout, parce que quand je discutais avec mes copines, elles me racontaient tout ce qu'elles avaient et moi j'avais rien de tout ça, donc je me disais bah ça viendra plus tard, j'ai pas eu les fameuses bouffées de chaleur dont on entend parler. Alors après coup, je me suis repassé le film, et je me suis dit que j'étais quand même un peu plus irritable dans le sens où il y avait des situations professionnelles, qui avant ne me faisaient rien, et où là je sentais un agacement, mais c'était pas hyper prégnant. Donc non j'avais pas anticipé plus que ça, parce que j'avais rien de ce que me racontaient les copines.

[...]

I : D'accord, et donc là au début vous m'aviez dit que la ménopause ça vous donnait une image vieillissante ?

P09 : Ouais ouais, une femme vieillissante, notamment physiquement, avec la peau qui se fripe un petit peu plus, qui est moins tendue, ouais c'est plutôt physiquement, une forme de dégradation le mot est un peu fort, mais il y a moins d'énergie peut-être aussi qu'avant. Et puis c'est un peu aussi un cap quand même, la présentation que je m'en faisais, c'était un peu il y a un avant et il y a un après (rires), alors effectivement c'est peut-être un peu bizarre mais c'est aussi lié à la maternité, parce que pour le coup même si à 50 ans on a plus envie d'avoir un enfant, mais on se dit que cette fois c'est vraiment fini donc ça peut aussi modifier un peu le statut, mais en même temps, mais ça c'est l'idée

que je m'en faisais avant quand je me questionnais pas trop, mais maintenant je pourrais dire qu'il y a une forme petit à petit de liberté qui s'ouvre, je dis pas ça égoïstement, mais plus pour soi pour le coup, euh même si c'est pas uniquement par rapport aux rapports sexuels, plus d'une façon générale comme si on avait fait ce qu'on avait à faire et que maintenant on pouvait passer à autre chose, ça donne une espèce de, comment dire, d'assurance, de...pfff...d'accomplissement, c'est un petit fort, mais oui qu'on passe à autre chose, mais bon c'est juste en train de se faire dans ma tête, parce que vous voyez j'ai l'impression d'être entre les deux parce que je ne sais même pas trop, donc je me sens pas encore complètement femme ménopausée.

[...]

I : Donc justement avec votre médecin généraliste, ça s'est passé comment ? Vous en avez discuté ? Quand ? Qu'est-ce qu'elle vous a dit ?

P09 : Bah le premier contact c'était pas elle du coup, donc moi j'ai pas trop su poser de questions en fait parce que je savais pas que ça pouvait être ça, et après quand j'ai eu le résultat, j'ai vu personne parce que c'était l'été, je suis partie en vacances, donc j'ai juste revu un médecin ailleurs pendant l'été, j'en ai parlé un peu mais j'étais encore à me demander qu'est-ce que j'ai. Cette médecin elle me connaissait pas non plus donc euh j'ai pu en parler quand même et puis quand je suis revenue, avec mon médecin on en a parlé plus et j'ai pu commencer à poser des questions, notamment sur le risque d'être enceinte ou pas, est-ce qu'il fallait encore se protéger, sur le fait que j'avais arrêté la pilule d'un coup comme ça et que...mais elle le savait pas, sur... euh alors... après préménopause ou ménopause j'ai pas du poser la question, euh et puis bah oui d'échanger de manière générale sur ce que je ressentais et elle m'a rassurée que oui c'était quelque chose qui était pas banal, que ça modifiait beaucoup l'organisme et son fonctionnement donc...mais que c'était tellement particulier et propre à chaque femme que c'était difficile de dire oui oui oui ou non non non, mais c'était un échange presque plus informel à partir de ce que je ressentais et euh donc bah ça me rassurait au fur et à mesure.

I : Donc vous avez discuté, posé des questions.

P09 : Bah là plus avec mon médecin traitant pour le coup oui (rires).

[...]

I : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous auriez aimé, attendu ? Pour vous aider.

P09 : (Silence de réflexion). Alors moi j'ai mon réseau de copines, mais j'imagine quand on est tout seul, toute seule, face à ça c'est peut-être pas...ça peut être inquiétant, et puis internet ok mais on voit

plein de trucs qui sont pas tout le temps très rassurants, euh j'aurais tendance à dire qu'il faut pas rester tout seul, donc juste ça, si c'est que avec le médecin qu'il faut en parler, il faut le faire, si j'avais un conseil à donner à mes copines plus jeunes, ce serait de pas hésiter à poser toutes les questions que tu veux à ton médecin, moi j'ai pas trop osé faire vu que je l'ai vue que y'a quelques mois.

I : Et justement le fait qu'elle soit votre médecin...

P09 : Oui justement, j'allais vous dire, déjà il y a eu l'effet de surprise, parce que j'avais pas beaucoup de symptômes par rapport à ceux qu'on connaît un peu tous, donc j'avais rien qui puisse me dire que c'était la ménopause, à part l'âge peut-être, donc quand la médecin remplaçant a dit « on peut regarder de ce côté-là »...

I : Ça vous est un peu tombé dessus...

P09 : Oui, et puis bon, j'ai vu personne après, c'est qu'après quand je l'ai revue que j'ai pu poser les questions...

I : Ce qui vous aide, c'est que vous la connaissez depuis longtemps.

P09 : Oui, parce que je la connais depuis plus longtemps en effet, parce que...peut-être aussi, même si elle est beaucoup plus jeune que moi (rires), mais euh parce que le médecin remplaçant était encore bien plus jeune (rires), peut-être inconsciemment elle va pas comprendre, voilà donc je vais pas poser des questions qui la concernent pas, ce qui est nul j'en conviens, et euh oui je pense qu'il y a une proximité qui permet de poser plus facilement les questions, qui sont des questions, je pourrais dire, un peu techniques mais qui demandent quand même tout un environnement pour pouvoir être posées, maintenant je pourrais presque en sourire, mais par exemple la crainte de pouvoir tomber enceinte ou pas, je me sentais plus à l'aise pour en parler avec mon médecin traitant, qu'à la première dame que j'avais vue, donc... peut-être ouais qu'il y avait...

I : Oui vous êtes peut-être plus à l'aise avec votre médecin, plus en confiance.

P09 : Oui j'avais sûrement peur de poser des questions bêtes, donc autant les poser à quelqu'un qui me connaît, quelqu'un avec qui j'aurais pu plus facilement rire, parce qu'on aurait fait des liens avec d'autres choses ou je ne sais quoi, ouais ça aurait peut-être été la crainte de poser des questions un peu bêtes (rires)...

[...]

I : D'accord, et donc d'une manière un petit plus générale, un médecin généraliste, il a quel rôle dans la prise en charge de la ménopause ?

P09 : Ah bah alors pour moi, il représente tout, parce qu'en plus je vais pas voir d'autres médecins, donc pour moi c'est vraiment mon point d'appui, ma ressource de connaissance, de soins, bah il est central en fait, alors certes à côté, il y a tous les échanges que je peux avoir avec mon entourage mais en tout cas c'est mon point de ressources, qui va me dire les choses telles qu'elles sont, qui va répondre techniquement aussi aux questions, il y a bien sûr une notion de savoirs tout de même, parce que je vais beaucoup plus croire mon médecin qu'internet (rires), même si bien sûr on est toujours tenté d'aller faire des recherches, et aussi une personne qui peut me permettre d'exprimer ce que je ressens et aussi de confronter ce que j'ai pu imaginer, et puis de me redire oui ça peut ou...parce que quand je lui ai demandé pour enceinte, elle m'a dit « non ».

I : Oui vous m'aviez dit que ça vous avait rassurée au fur et à mesure des échanges.

P09 : Bah oui complètement, oui, oui, oui, parce que même si là pour le coup, même sans ce fameux médicament, bah ça va, j'ai retrouvé l'énergie que j'avais perdue, je vais revenir la voir, alors c'est pas pour abuser (rires), ça va faire 6 mois ou presque, pour faire le point, pour réactualiser un peu bah mes connaissances là-dessus, exprimer ce que je ressens maintenant, donc ouais ça j'ai besoin de ce rendez-vous là.

I : Donc faire le point, poser des questions, avoir des explications, être rassurée, et en plus le suivi gynéco.

P09 : Bah oui en plus, mais ça en général c'est plus au début de l'été, donc je vais venir en mars pour tout ce que vous dites là, pour avoir un moment d'échange différent d'avec mes copines ou mon mari, ils sont sympa mais bon (rires).

I : Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter ? Sur le suivi de la ménopause, ou le rôle du médecin généraliste.

P09 : Bah en fait, je...alors j'ai pas fait attention là tout de suite dans la salle d'attente, on voit pas mal d'affiches de communication sur plein de choses, mais pour autant pas là-dessus, j'ai l'impression qu'on en voit beaucoup moins comme si c'était un peu tabou, au début ouais je vous disais, j'avais un

peu peur de poser des questions, mais ouais déjà de l'information visuelle qu'on pourrait voir un peu partout ce serait pas mal, et puis avoir accès oui à des témoignages quand on est tout seul, et même quand on est pas tout seul d'ailleurs, peut-être des échanges là-dessus, alors est-ce que le médecin lui pourrait par exemple prévenir les femmes qu'il suit et leur dire « bah allez on passe une heure à discuter de ce que vous ressentez ».

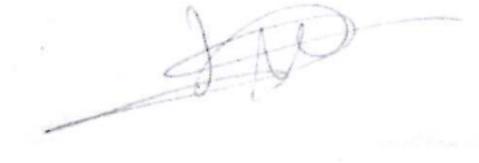
I : Oui parce que vous pensez aux femmes plus seules qui vont pas forcément en parler.

P09 : Ouais notamment, mais même aux femmes qui sont pas seules, parce que vous voyez même entre copines y'en a aucune qui est seule, on a la chance d'avoir un entourage qui est proche et avec qui on peut parler facilement et pour autant on ressent le besoin d'en parler entre nous, donc toutes les occasions d'en parler sont bonnes, et c'est positif. Et après sur le rôle du médecin, sur la relation qu'il peut instaurer lui avec les patientes qui sont concernées par ça, moi elle le fait très bien, mais oui de la bienveillance, prendre le temps de répondre aux questions, le regarder dans les yeux, aller jusqu'au bout, des choses comme ça, parce que c'est pas forcément très évident de poser des questions là-dessus, donc c'est plus dans la posture qu'on peut avoir.

I : Oui parce que c'est pas simple de poser des questions sur le sujet vous dites.

P09 : Oui, bah oui et puis vu qu'on est dans une société où on devrait être au courant de tout, bah non en fait quoi sur ces questions-là, donc c'est important qu'on se sente accueillies, et ça m'aurait vraiment chagrinée...c'est une consultation différente en fait, c'est comme quand on est enceinte, il se passe quelque chose d'important dans la vie de la femme, y'a un temps à prendre, de se poser, prendre le temps de se regarder, voilà (rires), donc voilà moi ça va, donc c'est important peut-être pour les jeunes médecins... Y'a une grosse partie dans ces consultations-là, outre le fait d'expliquer, mais d'être présent et d'être à l'écoute, vraiment d'entendre ce que dit la personne, ou ce qu'elle ne dit pas d'ailleurs, parce que...bah vous voyez moi cette question de demander si y'a un risque de tomber enceinte, j'ai respiré un petit coup avant de poser la question quand même quoi, après coup je me dis c'est bête, parce que je me dis que je devrais savoir ça. Et je trouve ça très sympa, vraiment, et utile que vous puissiez vous intéresser sur ce sujet et comme vous disiez au début c'est un sujet qui est pas beaucoup étudié.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le**

PHILIPPE Léa

57 pages – 1 tableau – 1 figure – 6 annexes

Résumé :

Introduction : La périménopause peut être responsable de symptômes entraînant parfois une altération de la qualité de vie. A plus long terme, il existe un risque accru de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose. La ménopause est aussi une construction psycho-socio-culturelle. En France, elle est plutôt perçue négativement. Cela engendre des difficultés pour certaines femmes à en parler. Pour prendre en charge au mieux ces patientes pendant cette période, il nous paraît important de connaître leur ressenti. L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des patientes en périménopause de leur médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée dans une population âgée de 45 à 55 ans par des entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : Chaque patiente avait un vécu personnel de la périménopause et des attitudes différentes. Elles avaient besoin d'être aidées et de pouvoir se confier. Pour certaines patientes, la ménopause ou certains de ces symptômes étaient tabous. Elles n'osaient pas en parler. Ces patientes avaient d'autant plus besoin d'aide. La relation de confiance avec leur médecin facilitait la discussion. Certaines patientes attendaient du médecin généraliste qu'il soit proactif en abordant le sujet. Elles souhaitaient échanges, informations et aide à la gestion des symptômes. D'autres préféraient un suivi par un gynécologue et attendaient du médecin généraliste une vérification de celui-ci. Toutes attendaient un médecin de proximité, accessible en cas d'urgence ou entre deux rendez-vous chez le gynécologue.

Conclusion : Les patientes attendaient du médecin généraliste qu'il aborde le sujet. Cela permettait d'initier la discussion, notamment pour celles qui n'osaient pas en parler. Il devait ensuite s'adapter à chaque patiente, toutes n'ayant pas les mêmes attentes.

Mots clés : périménopause – vécu – attentes – besoins – médecin généraliste

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA
Directeur de thèse : Docteur Karine GAY-LAUNAY
Membres du Jury : Professeur Henri MARRET
Docteur Claude RAMIALISON
Date de soutenance : 2 mars 2023