



**UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**La ménopause : État des lieux de la prise en charge des femmes françaises
de plus 45 ans**

Mémoire soutenu le 19 juin 2024

Par PERALTA Lisa

Née le 12 juin 2000

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2020-2024

COMPOSITION DU JURY

Président : Mr CHEVALET, sage-femme

Membres : Mme GERMAIN, sage-femme ; Mme RYAN, sage-femme enseignante

Directrice de mémoire : Célestine LOISEAU-JAY, sage-femme libérale

**La ménopause : État des lieux de la prise en charge des femmes françaises
de plus 45 ans**

Remerciements

À ma directrice de mémoire, Madame Célestine LOISEAU-JAY,

Je vous remercie d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet et d'avoir accepté de me suivre dans la direction de ce mémoire. Merci pour votre réactivité, votre disponibilité et vos précieux conseils.

À Madame Vanessa POUPARD, merci d'avoir été ma tutrice.

À Madame Sylvie GUINOT, Directrice de l'école de Sage-femme,

Merci pour ces 4 années d'enseignements, pour tous vos efforts dans la planification des stages et pour votre réactivité et le temps consacré à toutes les étudiantes de votre école. Merci également à toute l'équipe pédagogique de l'école.

À mes parents, pour le soutien qu'ils m'apportent dans tous les domaines. Ma mère, pour sa patience, son écoute, sa bienveillance et surtout sa capacité imparable à répondre à toutes mes questions. Mon père, pour le courage et la confiance qu'il m'a transmis et dont les qualités m'accompagnent jusqu'en salle de naissance.

À ma grand-mère, pour sa capacité à faire ressentir à ses proches la valeur incroyable qu'ils ont. Merci pour tout le soutien que tu m'apportes chaque jour et depuis toujours.

À mon grand-frère, pour toute l'aide qu'il m'apporte dans les nombreux domaines qui m'échappent, merci de nous avoir permis de concrétiser le projet 4L Trophy.

À ma belle-maman, Marie-Pierre BOUSQUET, merci pour tous tes conseils et ces nombreuses heures de relectures très productives.

À mes copines, Ines, Sarah, Océane, Adèle, merci d'être dans ma vie et de la chambouler autant, merci de rire et de me faire rire follement.

À mes Bee'Cheese, des rencontres devenues des amis dont le soutien et les soirées ont gardé mon moral au plus haut.

À Grégoire, celui qui sera à mes côtés pour une durée indéterminée.

Table des matières

I-Introduction	11
II-Définition	13
III-Méthode	14
III.1. Objectif de l'étude :.....	14
III.2. Schéma d'étude	14
III.3. Population étudiée :.....	14
III.4. Période étudiée	15
III.5. Les critères de jugement :.....	15
III.6. Mode de collecte des données et déroulement de l'étude	16
III.7. Analyse des données :	16
III.8. Aspects éthiques et réglementaires :.....	16
IV. Résultats	17
IV.1. Diagramme de flux de la population.....	17
IV.2. Description de la population étudiée.....	17
IV.3. Résultats des critères principaux	18
IV.4. Résultats des critères secondaires	23
IV. 5. Analyses complémentaires.....	24
V. Discussion	27
V.1. Résultats principaux	27
V.1.a- Consultation.....	27
V.1.b. Dépistages des cancers	28
V.1.c. Traitements	28
V.1.d. Mode d'information.....	28
V.1.e. Impact psychosocial.....	29
V.2. Validité interne	29
V.3. Validité externe	30

V.4. Perspective et ouverture.....	37
VI- Bibliographie	42
VII- Annexes	48
VII.1. Résultats complémentaires de l'étude :.....	48
VII.2- Lettre d'information et questionnaires de l'étude.....	49
VII.3. Annexe 2 : Affiche du questionnaire	58
VII.4. Annexe 3 : Attitudes to Ageing Questionnaire Adaptation Française	59
VII.5 Annexes 4 : Stades de la transition ménopausique : STRAW +10.....	61
VII.6. Questionnaire Ménopause Quick6 :.....	61
VII.7. Ménopause Rating Scale, Adaptation Française.....	62
VIII. Résumé	63
IX. Summary	63

Glossaire

AAQ : Questionnaire sur les attitudes face au vieillissement

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

DMO : Densité Minérale Osseuse

FDR : Facteurs de risques

GEMVi : Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillissement

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus humain

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IOP : Insuffisance ovarienne précoce

MCV : Maladies Cardiovasculaires

PEC : Prise en charge

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

THS/THM : Traitement Hormonal Substitutif/de la Ménopause

WHI : la Women's Health Initiative

I- Introduction

En France, les sages-femmes, les gynécologues médicaux et obstétriciens mais aussi les médecins généralistes, sont les professionnels qui prennent en charge le suivi gynécologique des femmes.

En 2024, près de 15 millions de femmes sont âgées de plus de 45ans. Selon l'Institut national de la statistique et des études économique (INSEE) il y a donc environ 22% de la population féminine en âge d'être en péri ménopause ou ménopause [2].

À ce jour, on constate une pénurie de la profession de gynécologue médical surtout en raison de l'arrêt de leur formation pendant 19ans et des nombreux départs à la retraite. [1].

La sage-femme prend en charge les femmes de la puberté à la ménopause en l'absence de pathologie grave. Leur rôle ne cesse de se renforcer, en parallèle du manque de médecins, et forme aujourd'hui un duo avec les gynécologues pour assurer la prise en charge de toutes les femmes.

La ménopause est un état que chaque femme connaîtra dans sa vie. Cette période peut durer plus ou moins 30ans et ne cesse d'augmenter avec l'espérance de vie des femmes. Cette tranche d'âge représente un enjeu de santé publique puisqu'une bonne prise en charge des dépistages, et surtout de la prévention, pourrait être très bénéfique pour réduire les coûts médicaux que la ménopause pourrait engendrer.

Afin de prévenir les risques de la ménopause et en l'absence de contre-indication, le traitement hormonal de substitution (THS) était prescrit sur une durée prolongée. Mais en 2002, une « crise » émerge lors de la publication d'une étude prospective américaine consacrée au THS, la Women's Health Initiative (WHI).

Cette étude fut interrompue rapidement en raison d'une balance bénéfique/risque jugée négative [5]. Néanmoins ces résultats ont été largement médiatisés et ont semé le doute dans l'esprit des professionnels de santé mais aussi des femmes. Ainsi la prescription du THS est passée de 35 à 7% entre 2002 et aujourd'hui [6] [7]. D'autres études sont venues compléter et parfois contredire ces conclusions par une analyse plus approfondie visant à réévaluer les risques de ce traitement [40].

20 ans après la première publication de l'étude WHI, le THS, devenu THM (traitement hormonal de la ménopause), est encore sujet à controverse et par conséquent ne représente plus un motif de consultation « systématique » à la ménopause.

D'autres moyens pour soulager les symptômes ont alors pris une place plus importante dans la prise en charge de la ménopause. L'acupuncture, l'hypnose ou le yoga ont fait preuve d'une certaine efficacité et sont à proposer selon les Recommandations pour la Pratique Clinique de 2021.

Mais il n'existe pas de consultation dédiée à la ménopause dans les cotations d'actes des professionnels de la Sécurité Sociale [18]. Afin d'améliorer la prévention et l'information serait-il pertinent d'en faire une consultation à part entière ? Ce qui pourrait agir sur la motivation professionnelle et la proposition systématique de cette consultation pour toutes les femmes approchant de la ménopause.

Devant l'évolution des pratiques, on peut se demander comment les femmes sont prises en charge aujourd'hui, des premiers symptômes de la péri ménopause jusqu'au diagnostic de la ménopause ? Sont-elles satisfaites de cette prise en charge et des informations relayées en consultation ?

II- Définition

Selon les RPC du CNGOF et du GEMVi de 2021, la ménopause se caractérise à la fois par l'arrêt des possibilités de procréation et l'arrêt des menstruations. Elle n'est affirmée qu'après une période d'aménorrhée de 12mois sans autre cause évidente, dans une tranche d'âge compatible.

L'âge moyen de la ménopause en France est de 51ans et est dite naturelle quand elle survient spontanément entre 45 et 55ans. Précédée de la péri ménopause, qui survient en moyenne à 47ans et peut durer 4ans, elle se définit par le début de l'anomalie des cycles et l'apparition des premiers signes climatiques.

A court terme, la manifestation la plus spécifique est le syndrome climactérique lié à la privation oestrogénique et comportant : les bouffées de chaleur associées ou non à des troubles du sommeil et de l'humeur, des syndromes génito-urinaires (vulvovaginaux, sexuels, urinaires) et des douleurs ostéoarticulaires [2] [3].

La fréquence et la sévérité de ces troubles diminuent avec le temps, mais ils peuvent encore être présents plus de 10ans après la ménopause chez environ ¼ des femmes.

A long terme, la ménopause est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire, à une accélération de la perte de la masse osseuse entraînant un risque d'ostéoporose et un risque fracturaire [4].

La première consultation de ménopause a pour objectif principal :

- Apporter des informations
- Evaluer les facteurs de risques de plusieurs pathologies susceptibles d'être favorisées ou amplifiées par la carence oestrogénique de la ménopause.
- Rappel des dépistages organisés pour :
 - Cancer du sein, avec une mammographie tous les 2ans de 50 à 74ans ainsi qu'une palpation annuelle [29].
 - Cancer du col de l'utérus, avec le test HPV-HR à partir de 30ans et tous les 5ans jusqu'à 65ans [30].
 - Cancer du colorectal par un test immunologique tous les 2ans de 50-74ans[31].
- Mesures hygiéno-diététiques (évitement des toxiques, tabac, l'alcool, conseils alimentaires, activité sportive...) et la proposition de traitement.
- Evaluation de la qualité de vie, qui n'est par ailleurs, pas évoqué dans les RPC.

III- Méthode

III.1. Objectif de l'étude :

- **L'objectif principal** est de faire un état des lieux de la prise en charge des femmes en péri ménopause et ménopause.

2 aspects sont à étudier : la PEC médicale et la PEC psycho-sociale.

La consultation est un moment clé pour aborder :

- le suivi médical (suivi régulier, diagnostic, symptômes)
- les antécédents de la patiente afin de détecter les facteurs de risques
- les dépistages recommandés
- les traitements adaptés
- conseils hygiéno-diététiques
- évaluation du vécu et de la qualité de vie

- **L'objectif secondaire** : est de faire une évaluation brève des connaissances des femmes sur le sujet de la ménopause et d'évaluer leurs sources d'informations.

Toutes les informations abordées en consultation et la prévention faite autour de la ménopause et de son vécu sont primordiales et en adéquation avec les nouvelles recommandations pour la pratique clinique parues en 2021.

III.2. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, transversale par l'intermédiaire d'un questionnaire délivré par l'outil d'enquête Lime Survey aux femmes en péri ménopause ou ménopause de plus de 45ans. Un QR code pour accéder à ce questionnaire a été relayé par les réseaux sociaux ainsi que dans des cabinets de sages-femmes libérales et de gynécologues.

III.3. Population étudiée :

L'étude inclut des femmes françaises de plus de 45ans.

Critères d'inclusion :

- Femme âgée de plus de 45ans en péri ménopause ou en ménopause habitant en France.
- Femme ayant ou pas des symptômes de ménopause.

- Femme ayant déjà ou pas un traitement pour ses symptômes
- Parler et comprendre le français.

Critères de non-inclusion :

- Être un homme
- Femme de moins de 45ans
- Ne pas parler ni comprendre le français

Critères d'exclusion :

- Questionnaire incomplet
- Femme ovariectomisée
- Femme avec une ménopause précoce
- Femme ayant un antécédent de cancer hormono-dépendant

III.4. Période étudiée

Période d'étude de 3mois entre juillet et septembre 2023.

III.5. Les critères de jugement :

Les critères de jugements principaux sont :

- le pourcentage de femmes consultant pour une raison en lien avec la ménopause
- la régularité du suivi gynécologique
- son vécu de la ménopause
- le maintien des dépistages recommandés
- l'identification des FDR et la prise en compte des antécédents
- les traitements qui ont fonctionné
- la prévention

Les critères de jugements secondaires sont :

- La connaissance des femmes sur la ménopause
- Les sources d'informations

III.6. Mode de collecte des données et déroulement de l'étude

Un questionnaire (Annexe 1) informatique a été partagé afin de collecter les données nécessaires pour faire un état des lieux. Pour la réalisation du questionnaire nous nous sommes basés sur des recherches bibliographiques que nous avons complétées afin de correspondre aux objectifs de l'étude.

Le questionnaire porte sur :

- Les symptômes de la ménopause et sa définition
- Le suivi gynécologique et le praticien qu'elles ont consulté.
- Une auto-évaluation de leur qualité de vie et du vécu depuis la ménopause
- Les informations qu'elles ont eues en consultation
- La satisfaction des connaissances et de leur prise en charge
- Leurs sources d'informations

III.7. Analyse des données :

Les données recueillies seront retranscrites, de façon anonyme, informatiquement à l'aide du logiciel Excel 2019. Les statistiques seront réalisées grâce au logiciel Epi-info 7.

III.8. Aspects éthiques et réglementaires :

Les femmes ont été informées par un paragraphe en début de questionnaire, expliquant les objectifs et le déroulement de l'étude, ainsi que les aspects réglementaires, éthiques et de confidentialité auxquels elles sont confrontées à travers cette étude.

Le recueil des questionnaires constitue le consentement des femmes à l'étude.

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL), en application des articles 40-1 et suivant la loi « Information et Liberté.

IV. Résultats

IV.1. Diagramme de flux de la population

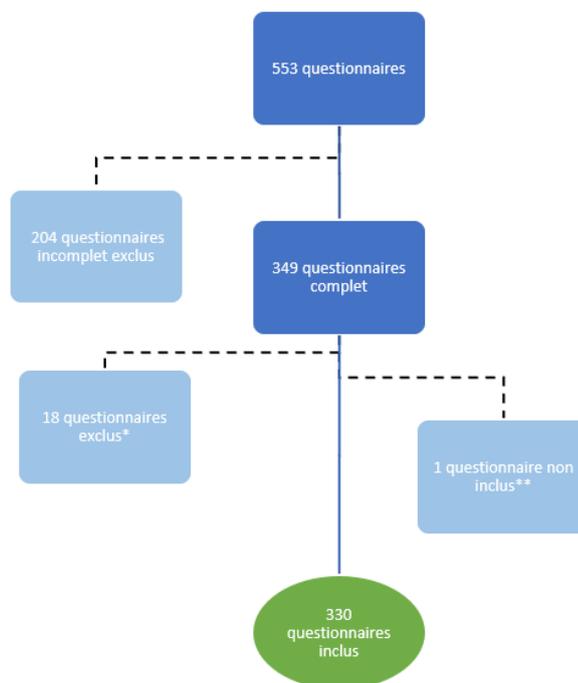


FIGURE 1: DIAGRAMME DE FLUX DE LA POPULATION

**Questionnaires exclus : Ovariectomie, cancer hormono-dépendant, ménopause précoce*

***Questionnaire non-inclus : Femme de moins de 45ans*

IV.2. Description de la population étudiée

Dans cette étude, nous avons récolté 553 réponses au questionnaire.

Parmi ces réponses, 204 sont incomplètes et sont à exclure de cette étude. Sur les 349 questionnaires complets, 19 n'ont pas pu faire l'objet d'une étude statistique en raison des critères d'exclusion de l'étude (ménopause précoce, d'une ovariectomie ou d'un cancer hormono-dépendant). 1 femme était âgée de moins de 45ans et rentrait dans les critères de non-inclusion.

330 femmes ont été incluses dans les résultats de cette étude. La majorité des femmes étaient en couple (83,6 %) et dans la tranche d'âge 51-53ans (29,3 %). Notre population se

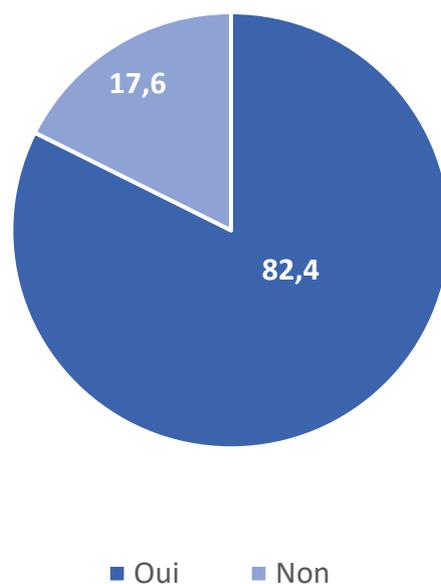
répartit presque équitablement entre la zone urbaine (53,3 %) et la zone rurale (46,7 %). La majorité des femmes de l'étude sont employée/ouvrière (40,6 %) ou cadre (28,2 %)

Tableau 1. Descriptif de la population de l'étude, 2023

	N=330 (%)
Age	51-53ans (29,3)
Situation	
En couple	276 (83,6)
Célibataire	54 (16,4)
>Bac	272 (82,4)
<Bac	58 (17,6)
Lieu de vie	
Zone urbaine	176 (53,3)
Zone rurale	154 (46,7)

IV.3. Résultats des critères principaux

Graphique 1. Prévalence des consultations pour une raison liée à la ménopause (%)



Graphique 2. Motifs de consultation liés à la ménopause, 2023 (%)

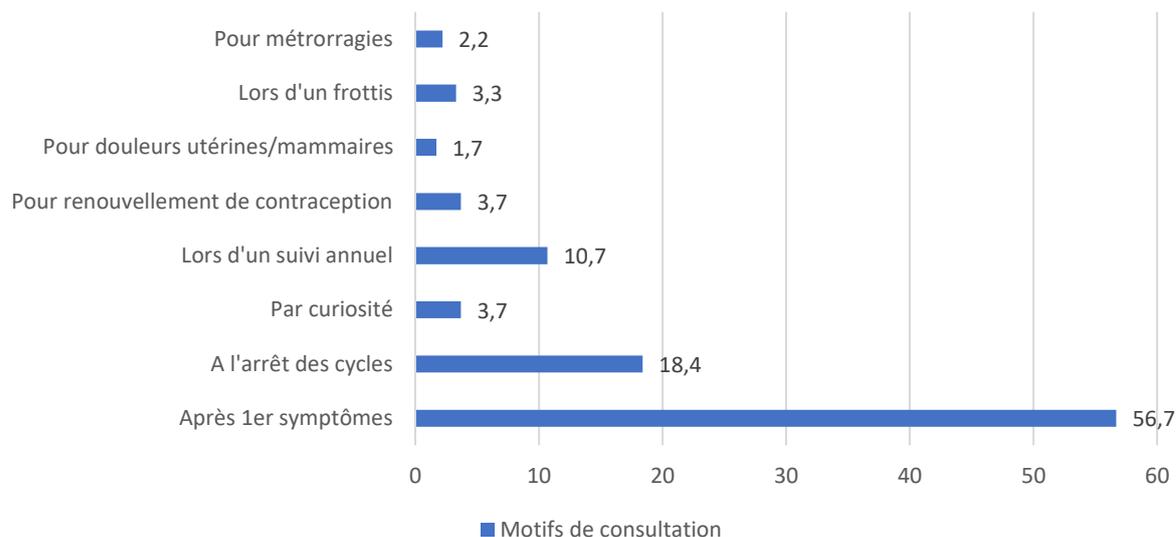
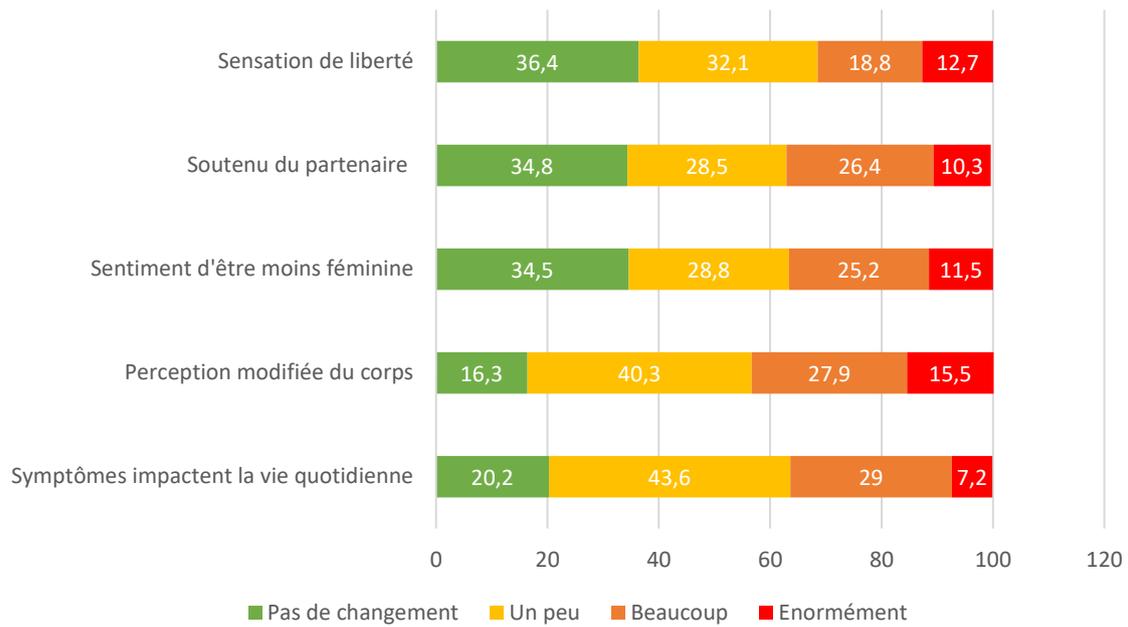


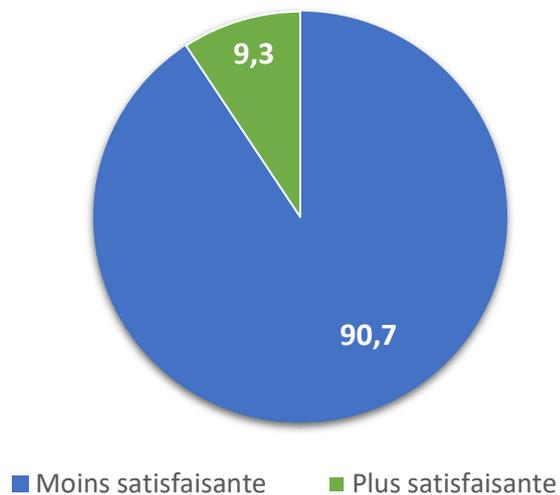
Tableau 2. Informations médicales et psychosociales délivrées pendant cette consultation, 2023

Informations médicales	N=272 (%)
Diagnostic de la ménopause (âge+ absence de règles>12mois)	97 (35,7)
Explications de la ménopause et des symptômes	117 (43)
Evaluation des FDR d'ostéoporose et de MCV	70 (25,7)
Informations sur les TTT si symptômes	110 (40,4)
Information sur la nécessité de continuer les dépistages recommandés	126 (46,3)
Conseils pour préserver son plancher pelvien et orientation pour rééducation	26 (9,6)
Aucune information comme celles-ci	43 (15,8)
Informations psychosociales	N=272 (%)
Interrogatoire sur le vécu	59 (21,7)
Evaluation de la qualité de vie	64 (23,5)
Informations et conseils sur l'hygiène de vie	27 (27,9)
Pas d'information comme celles-ci	103 (37,9)

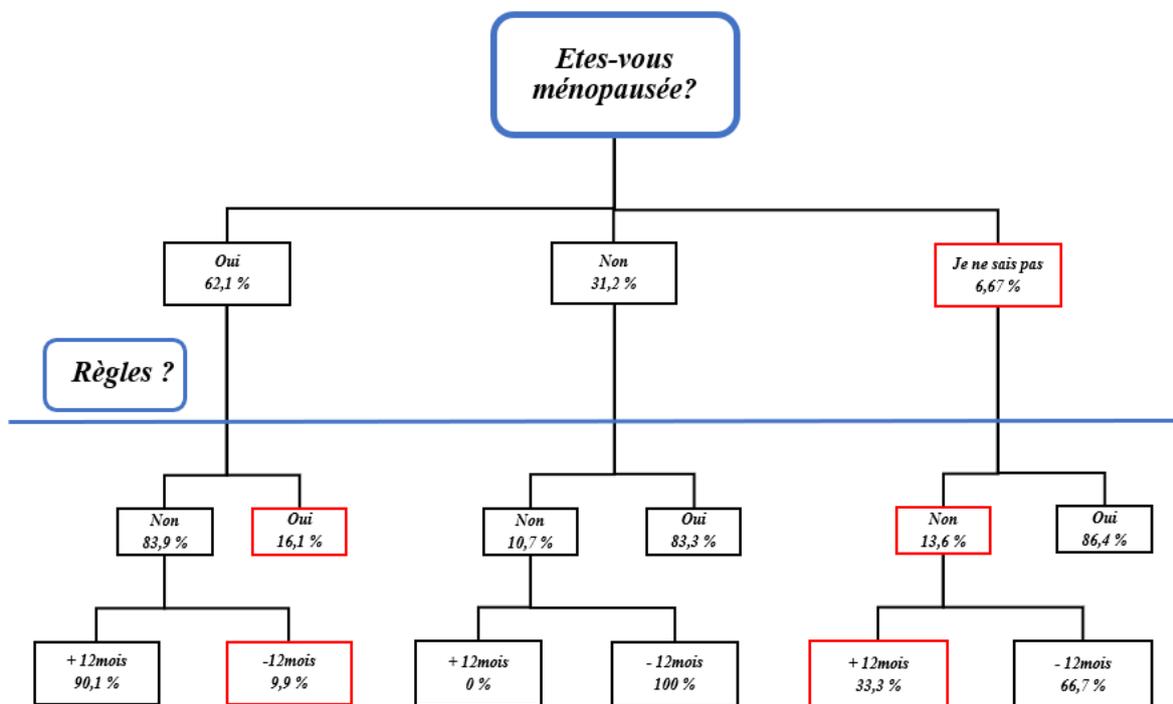
Graphique 3. Vécu des 330 patientes de l'étude, 2023 (%)



Graphique 4. Perception de la sexualité depuis la ménopause, 2023 (%)



Graphique 5. Diagramme de flux de la perception subjective d'être ménopausée comparé au critère de diagnostic, 2023 (%)



Graphique 6. Dépistages des cancers faits selon la tranche d'âge, 2023 (%)

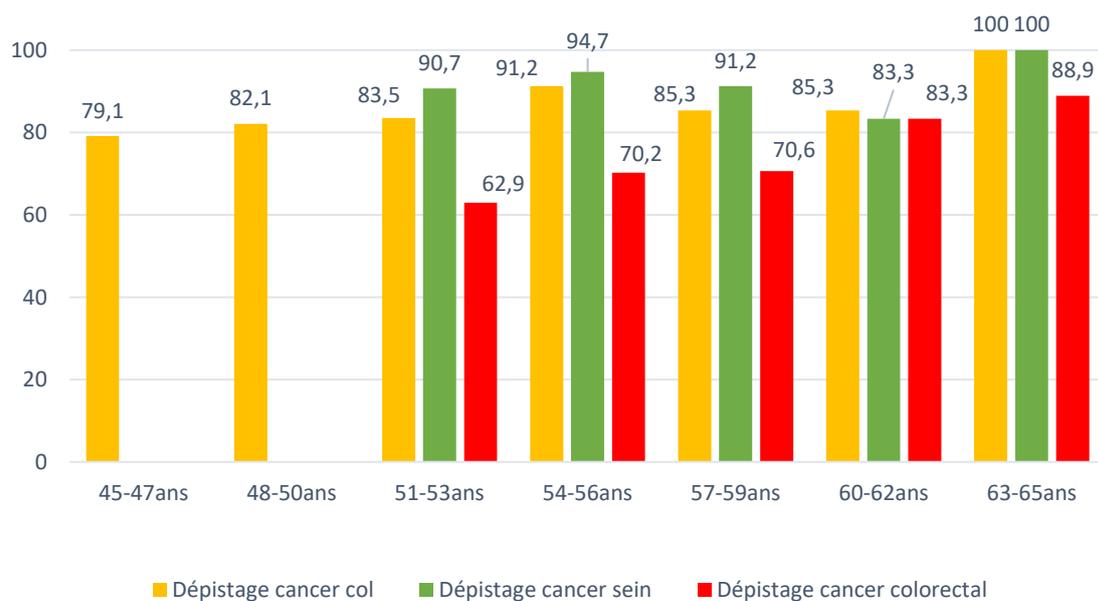
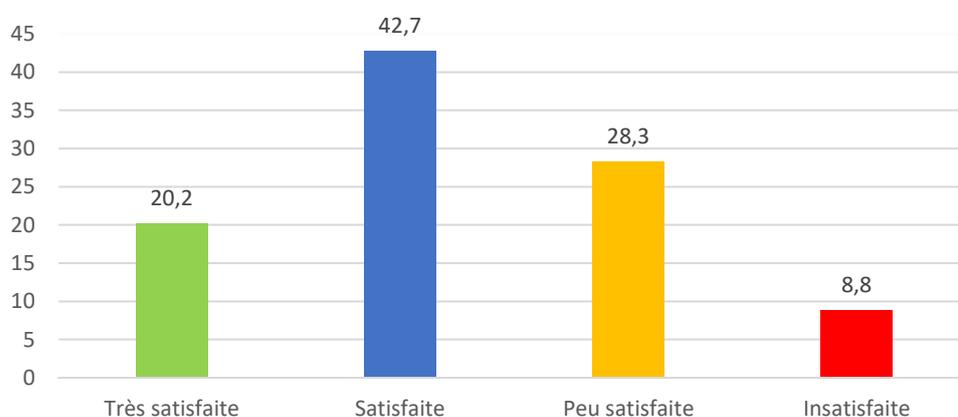


Tableau 3. Traitements pris et efficaces selon les 330 patientes de l'étude, 2023

Traitements	N=330 (%)
Rien	135 (41)
Activité sportive régulière	116 (35,2)
Traitement hormonal de la Ménopause	62 (18,8)
Onagre, bourrache, sauge	74 (22,4)
Acupuncture	28 (8,5)
Compléments alimentaires	31 (9,4)
Huiles essentielles	26 (7,9)
Yoga thérapie	25 (7,6)
Rééducation du plancher pelvien	24 (7,3)
Sophrologie	17 (5,2)
Médecines alternatives *	13 (3,9)
Calcium	11 (3,3)
Hypnose	9 (2,7)
Antidépresseur	3 (0,9)
Lubrifiant ou hydratant vaginaux	0
Prasterone, Tibolone, biphosphonate	0

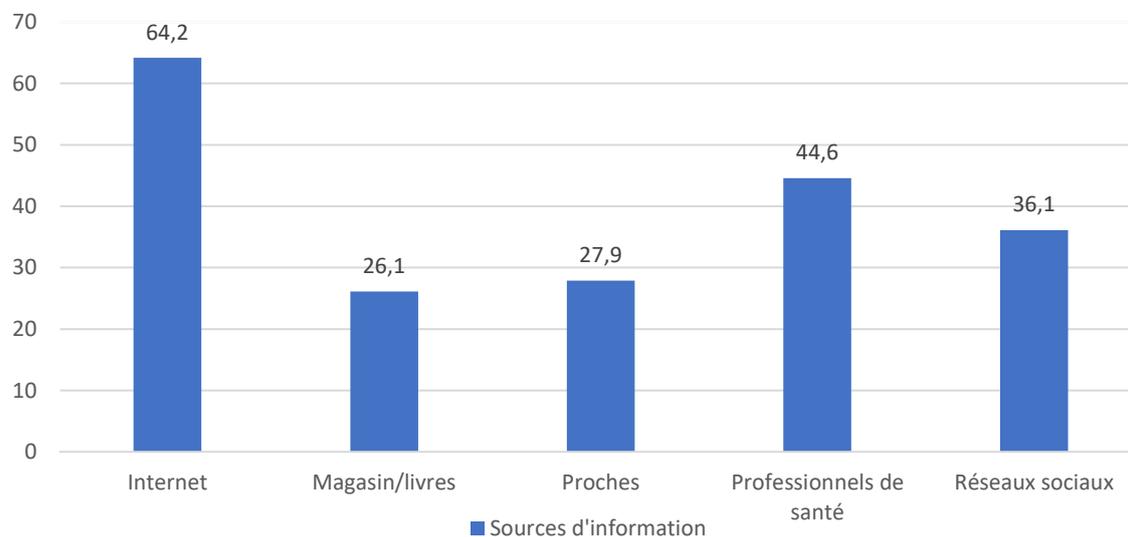
* (luxopuncture, gemmothérapie, auriculothérapie, phytothérapie, musicothérapie, naturopathie, méditation)

Graphique 7. Satisfaction des patientes de leur consultation dédiée à la ménopause, 2023 (%)

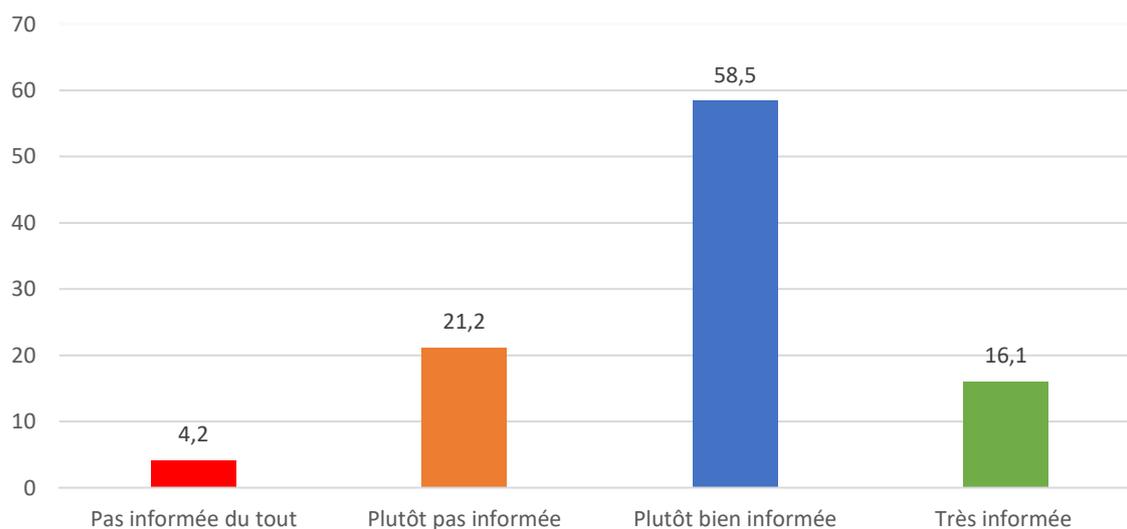


IV.4. Résultats des critères secondaires

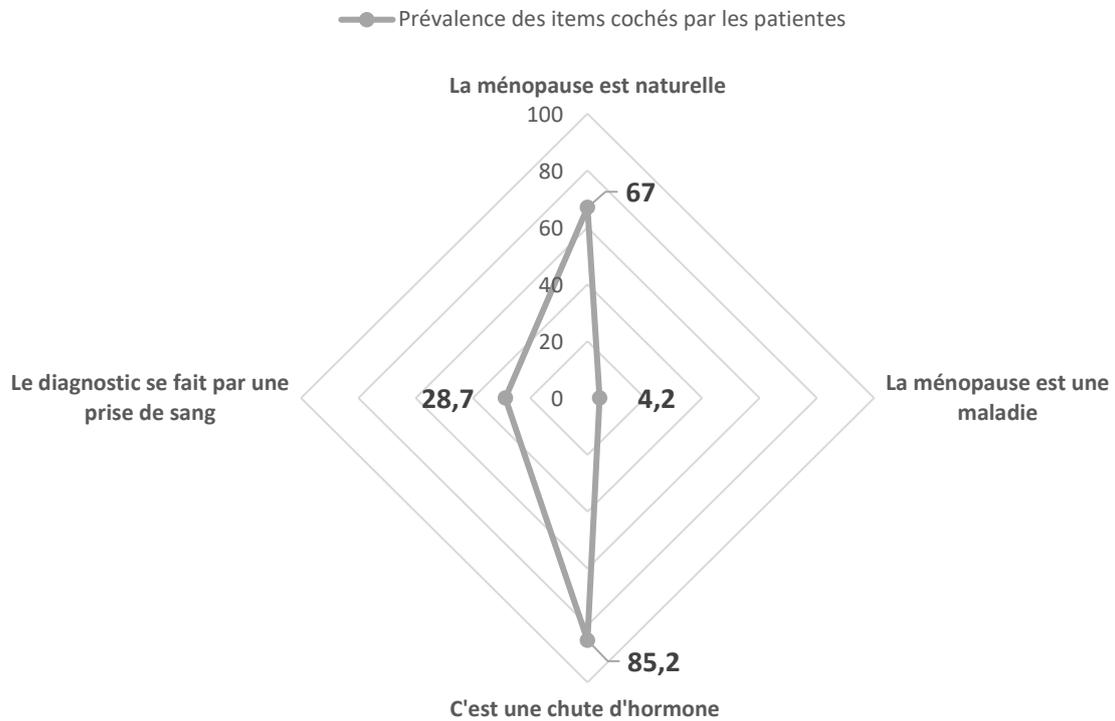
Graphique 8. Sources d'informations, 2023 (%) (questions à choix multiples)



Graphique 9. Auto-évaluation de l'information des 330 patientes de l'étude sur la ménopause, 2023 (%)

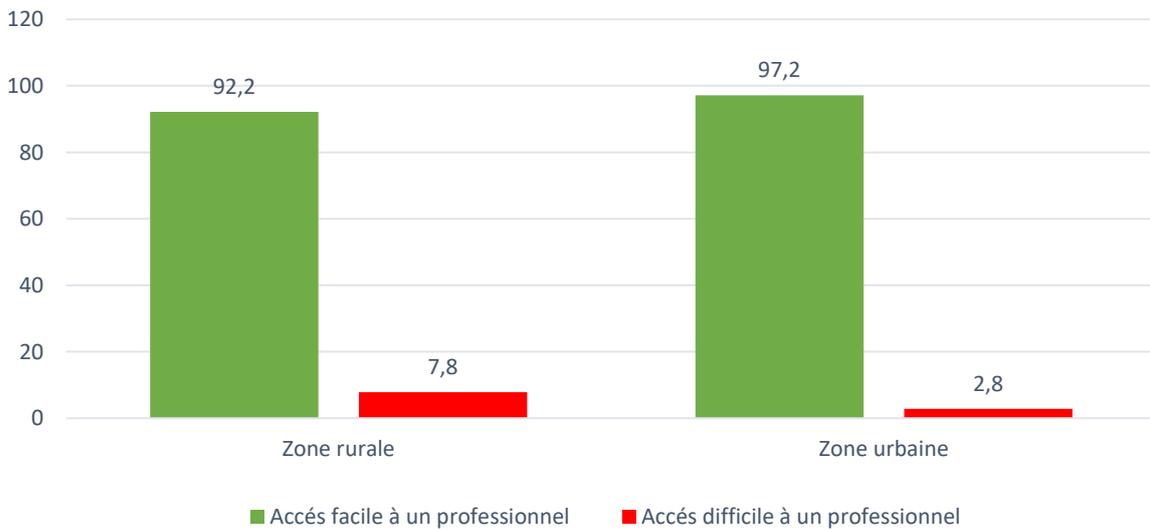


Graphique 10. Evaluation brève des connaissances des 330 participantes sur la ménopause, 2023 (%)

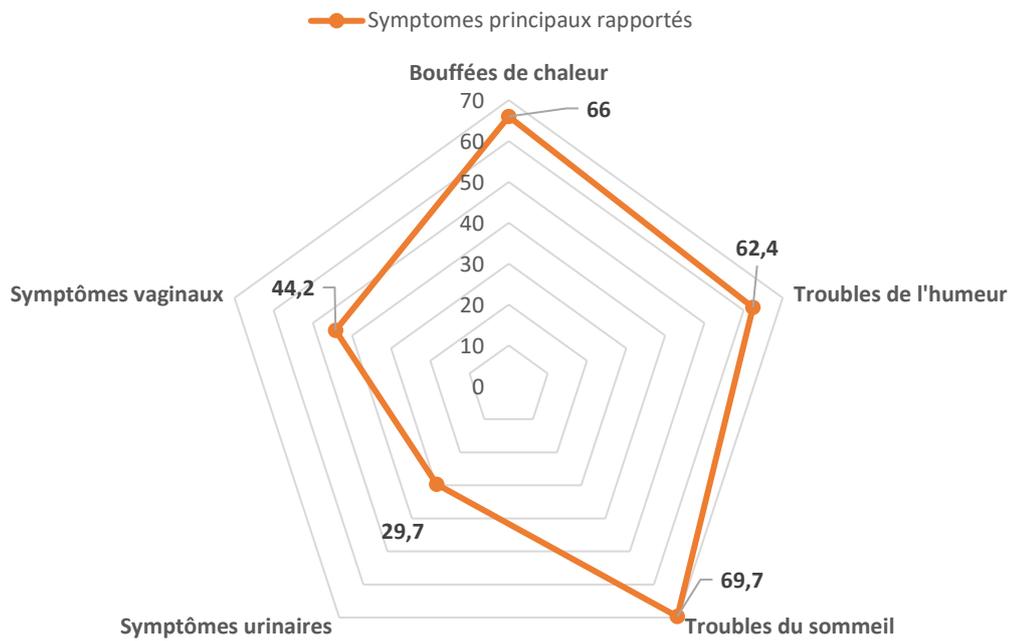


IV. 5. Analyses complémentaires

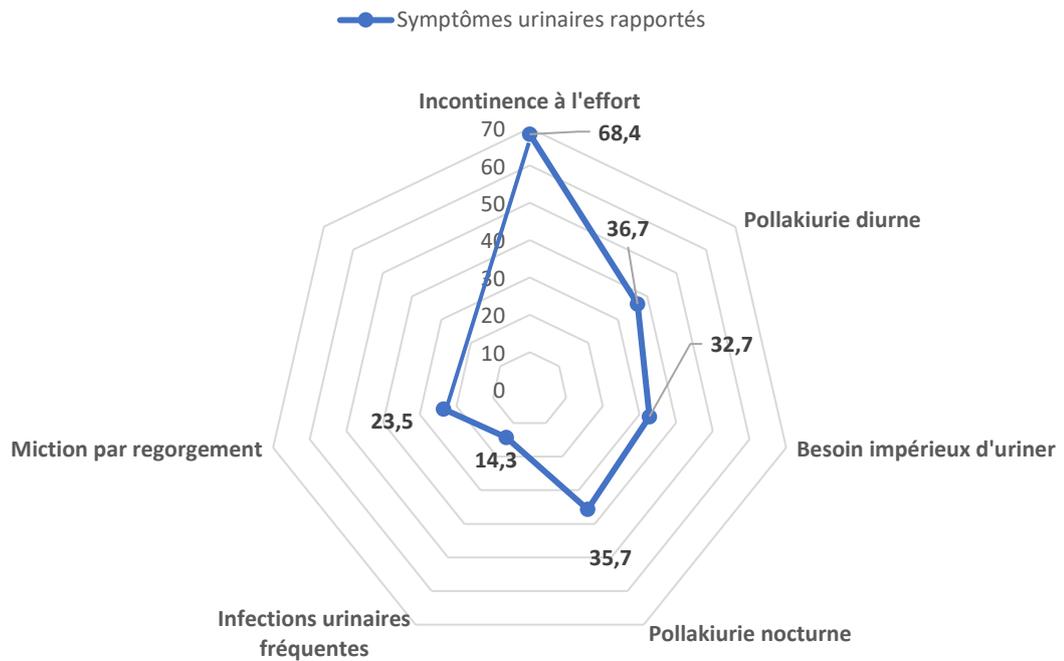
Graphique 11. Comparaison de l'accès à un professionnel de santé selon le lieu de vie, 2023 (%)



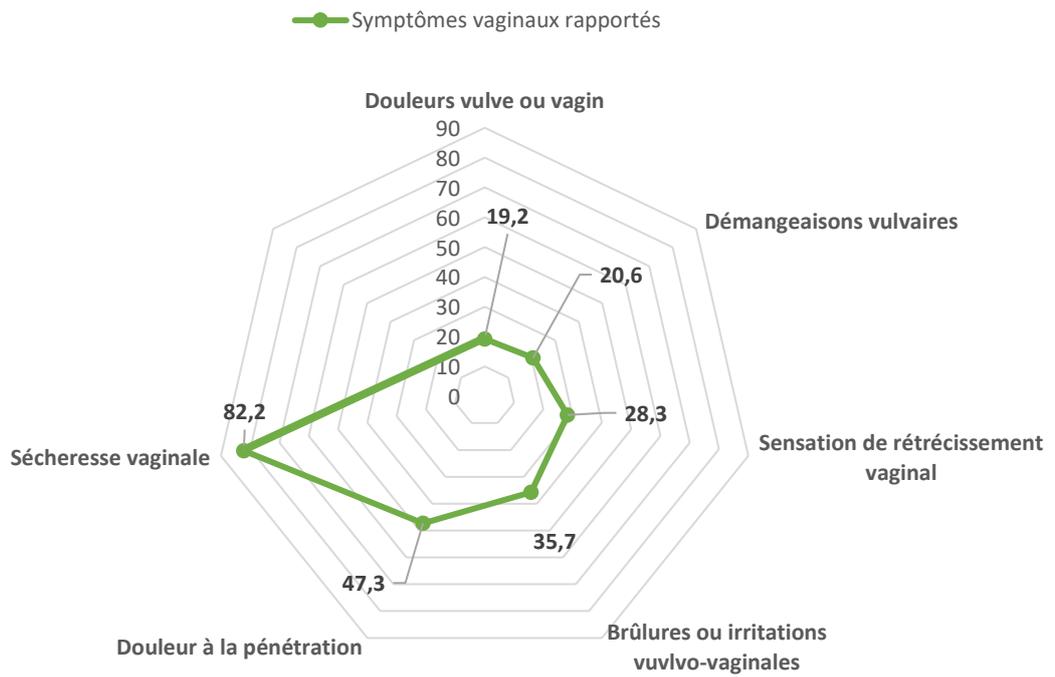
Graphique 12. Symptômes principaux rapportés dans l'étude, 2023 (%)



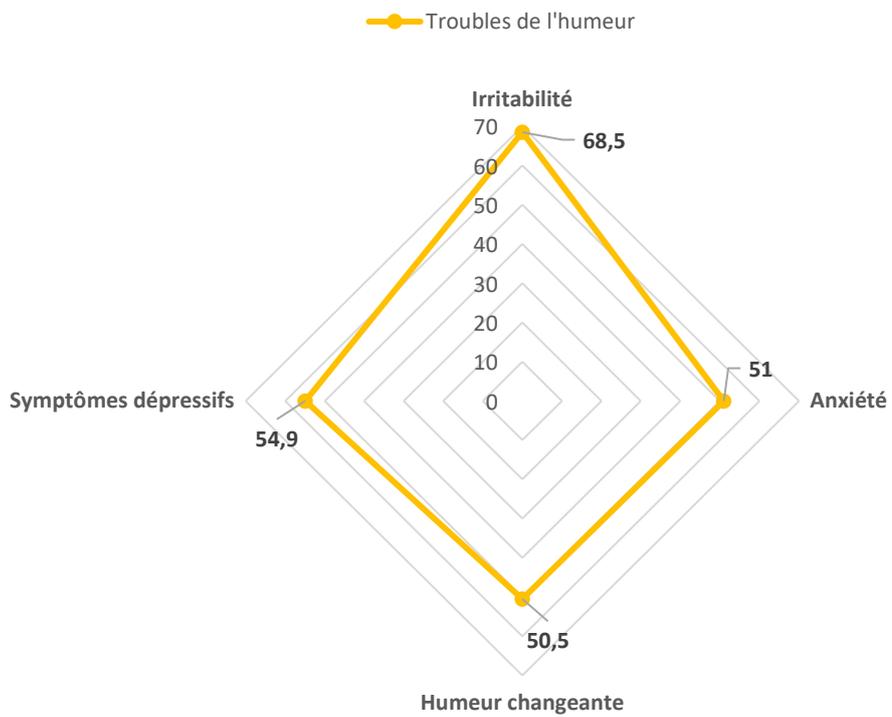
Graphique 13. Symptômes urinaires rapportés dans l'étude, 2023 (%)



Graphique 14. Symptômes vaginaux rapportés dans l'étude, 2023 (%)



Graphique 15. Troubles de l'humeur rapportés dans l'étude, 2023 (%)



V. Discussion

V.1. Résultats principaux

Sur les 205 participantes qui se sont déclarées être en période de ménopause, 16,1% des femmes avaient toujours leur règles, 10% n'avaient plus leurs règles depuis moins de 12 mois. Donc, 26 % des participantes pensaient être ménopausées mais avaient le mauvais diagnostic. De plus, 6,7 % des participantes ont déclaré ne pas savoir si elles étaient ménopausées.

Ainsi, sur les 330 participantes, plus d'1 femme sur 4 ne connaissait pas réellement ou pas du tout son statut.

V.1.a- Consultation

La prévalence des consultations dont le sujet principal était la ménopause s'élève à 82,4 %. Les autres participantes de l'étude ne consultent pas pour ce motif essentiellement en raison d'un manque d'intérêt ou parce que les changements étaient jugés trop légers pour justifier une consultation.

Sur ces 272 femmes ayant consulté pour une raison dédiée à la ménopause, le praticien a :

- Diagnostiqué la ménopause cliniquement pour 35,7 % d'entre elles.
- Expliqué ce qu'était la ménopause et ses symptômes associés pour 43 % d'entre elles.
- Dépisté les facteurs de risque d'ostéoporose et des maladies cardiovasculaires pour 25,7 % d'entre elles.
- Informé des traitements possibles en fonction de leurs symptômes pour 40,4 % d'entre elles.
- Informé la patiente de la poursuite des dépistages organisés du cancer du col de l'utérus mais aussi du début du dépistage organisé des cancers du sein et du colon à partir de 50ans pour 46,3 % d'entre elles.

Il est également nécessaire d'aborder la contraception mais cette question n'a pas été évaluée dans notre étude. Dans notre population, 14 % des femmes avaient encore une contraception.

Le praticien a également :

- Informé de la physiologie de la ménopause pour 39,3 % d'entre elles.
- Pris en compte le vécu de la ménopause pour 21,7 % d'entre elles

- Évalué l'impact des symptômes sur la qualité de vie de la patiente pour 23,5% d'entre elles.
- Conseillé la patiente sur la préservation ou rééducation de son plancher pelvien pour 9,56 % d'entre elles.
- Conseillé la patiente sur son hygiène de vie pour 27,9 % d'entre elles.

Absence d'information :

- D'ordre psychologique : 37,9 % des cas.
- D'ordre médical : 62,9 %.

V.1.b. Dépistages des cancers

Les résultats montrent que la grande majorité des femmes de l'étude ont réalisé des examens de dépistage :

- cancer du col de l'utérus dans 81,8 % des cas,
- cancer du sein dans 91,4 % des cas,
- cancer colorectal dans 69 % des cas.

V.1.c. Traitements

Les traitements utilisés et jugés efficaces par les femmes pour atténuer les symptômes variaient beaucoup. 40,9 % des participantes ont déclaré ne suivre aucun traitement. En revanche, le traitement hormonal substitutif était utilisé par 18,8 % des patientes.

Les traitements non hormonaux et les médecines alternatives avaient aussi une place dans le choix des patientes de cette étude : acupuncture, l'onagre et les compléments alimentaires avaient la plus grande prévalence et s'avéraient efficaces. L'activité sportive était dans les habitudes de 35,2 % des participantes.

V.1.d. Mode d'information

Les participantes se sentent bien informées dans 74,5 % des cas. Les moyens pour récolter des informations sont variés mais internet et les réseaux sociaux sont très exploités, respectivement par 64,2 % et 36,1 % des participantes. Les informations auprès des professionnels de santé représentent 44,6 %.

V.1.e. Impact psychosocial

79,7% des participantes estiment que leurs symptômes impactent leur quotidien. La perception différente de leurs corps ainsi que le sentiment d'être moins féminine s'élève respectivement à 83,6 % et 65,5 %. Dans plus de 60 % des cas, le partenaire est un soutien et la ménopause apparaît comme une libération.

On constate également un changement de la sexualité chez 55,2 % d'entre elles en devenant moins satisfaisante pour 90,7 %.

V.2. Validité interne

L'étude présente plusieurs limites qui méritent d'être soulignées.

Tout d'abord, le recrutement des participantes, en grande partie, dans des cabinets médicaux introduit un biais de sélection. Les femmes consultant au moins 1 fois dans l'année sont donc surreprésentées dans cette étude du fait de sa diffusion dans une salle d'attente médicale.

De plus, cette population recrutée pourrait avoir des caractéristiques particulières qui les différencient de celles qui n'ont pas répondu, biaisant ainsi les résultats en incluant essentiellement des femmes qui consultent, avec des symptômes ou des femmes plus informées que la population générale féminine et s'intéressant à ce sujet.

Les symptômes rapportés par les participantes reposent sur leur propre perception, ce qui peut introduire un biais de subjectivité et des variations dans l'interprétation des symptômes. Par conséquent, la fiabilité des données pourrait être remise en question, car ces données sont basées sur les souvenirs et les interprétations individuelles des répondantes. Néanmoins, ce biais est également imputable à toutes les autres études sur ce même sujet.

Un autre biais potentiel est le manque de diversité dans l'échantillon en termes d'âge avec une faible représentation des plus de 60ans, en termes d'ethnie car cette question n'a été incluse dans ce questionnaire et en termes de statut socio-économique car ce sont essentiellement des femmes encore dans la vie active, ce qui limite l'application des résultats à la population générale des femmes de plus de 45ans.

Étant donné que les participantes sont invitées à se rappeler de leurs expériences passées, il existe un risque de biais de mémoire, où les réponses peuvent être influencées par leur

capacité à se souvenir avec précision des événements passés. Ce biais est également valable pour toutes les autres études sur ce sujet

De plus, sans un suivi longitudinal, il est difficile de comprendre comment les expériences et les symptômes de la ménopause évoluent avec le temps, ce qui pourrait limiter la portée des conclusions et l'analyse du vécu de cette transition hormonale.

Cependant, malgré ces limitations, l'étude présente également plusieurs points forts :

- La taille de l'échantillon importante (330 réponses).
- La couverture géographique diversifiée. Le questionnaire a été diffusé dans plusieurs régions : Aude, Languedoc Roussillon, Vienne grâce à la collaboration de plusieurs cabinets médicaux. Le questionnaire a également été diffusé sur les réseaux sociaux, rassemblant ainsi une diversité dans notre population féminine.
- Répartition presque égale entre les lieux de vies ruraux et urbains de notre population permettant de faire une analyse assez représentative de l'accès aux soins.
- L'utilisation d'un questionnaire combinant des aspects quantitatifs et qualitatifs permet une compréhension approfondie des expériences et des perceptions des femmes concernant la ménopause et son vécu.

De plus, l'étude aborde plusieurs aspects de la ménopause, notamment les symptômes physiques, le suivi médical, les dépistages des cancers, mais aussi le vécu psychosocial, offrant ainsi une vue d'ensemble plus complète.

Enfin, l'étude aborde également les traitements utilisés qui ont fonctionné pour atténuer les symptômes de la ménopause, ce qui fournit des informations sur les approches de soins alternatifs et complémentaires utilisés dans la population étudiée.

V.3. Validité externe

Dans notre étude les fréquences des symptômes sont en accord avec la littérature [10]. Les patientes rapportent des bouffées de chaleurs, des troubles du sommeil et des troubles de l'humeur dans la plus grande majorité, mais aussi des syndromes génito-urinaires pour 30 à 40 % des participantes.

Les bouffées de chaleur peuvent avoir une prévalence jusqu'à 80 % dans la population générale des femmes, et étendue sur une période allant jusqu'à 10ans pour les plus sévères

[11]. Dans nos statistiques, les troubles du sommeil se sont révélés être l'un des symptômes les plus fréquents (69,7 %).

La littérature met en évidence un lien entre les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. Il paraît essentiel de prendre en considération cette relation lors de la prise en charge des troubles du sommeil en envisageant des traitements pour réduire les bouffées de chaleur en traitement de 1^{ère} intention des troubles du sommeil.

Ces difficultés de sommeil peuvent engendrer des troubles de l'humeur et une détresse clinique significative, fréquemment signalés dans nos statistiques chez plus de 60 à 70 % des cas [12]. Afin de diminuer des insomnies importantes corrélées à des symptômes vasomoteurs, il est possible de prescrire des antidépresseurs [13], qui est le traitement de 3 de nos patientes dans cette étude.

Les traitements, autres que le THM, paraissent peu connus puisque 40 % des participantes ne prennent rien.

Mais les études ont déjà pu montrer, dans une certaine mesure, que les médecines alternatives, comme l'acupuncture, l'hypnose et la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que les antidépresseurs se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes climatériques [19] [14].

Il est aussi mis en évidence qu'une bonne hygiène de vie, une perte de poids ou l'arrêt du tabac et de l'alcool semblent améliorer ces symptômes [15]. Plus de 35 % des participantes pratiquent une activité physique régulière et se sont tournées pour 3 à 10 % d'entre elles vers des médecines alternatives (yoga, acupuncture, hypnose, sophrologie...).

Le syndrome génito-urinaire apparaît moins fréquent avec 30 à 40 % de femmes atteintes mais reste également corrélé avec les études représentatives à plus grande échelle.

L'association des symptômes suivant entraîne une altération de la qualité de vie, en particulier au niveau de la sexualité :

- Symptômes vulvovaginaux (sécheresse, brûlure, irritation),
- Symptômes sexuels (dyspareunie, diminution de la libido)
- Des symptômes urinaires (infections urinaires, pollakiurie, douleur mictionnelle, incontinence)

Devant cette prévalence de femmes déclarant des symptômes urinaires seulement 7,3 % ont effectué une rééducation du plancher pelvien. Pour rappel, la rééducation est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire mais elle n'a été proposée par les praticiens que dans 9 % des cas [16].

Nos résultats nous montrent aussi que plus de la moitié des participantes déclarent que leur sexualité a été modifiée et pour la grande majorité elle est devenue moins satisfaisante. Pour soulager ces symptômes, des recommandations de traitements ont été apportées mais semblent peu connus ou utilisés par les femmes. En effet, l'utilisation de lubrifiants, d'hydratants et d'acide hyaluronique par voie vaginale améliore ces symptômes pourtant aucune patiente ne rapporte avoir reçu de conseil concernant ces traitements [17].

De plus, la contraception était encore en vigueur chez 14,6 % d'entre elles. Même si l'hypofertilité caractérise la période de transition, le risque de grossesse inattendue est réel. Le maintien d'une contraception efficace et sécuritaire permet d'éviter ce risque (méthodes d'observation des cycles à éviter en raison des ovulations imprévisibles >40ans).

Selon les recommandations actuelles, il n'existe pas de limitation au choix de la contraception en fonction uniquement de l'âge (choix selon les contre indications et les ATCD de la patiente). La contraception peut donc être poursuivie jusqu'à 55ans en l'absence de contre-indications, puis son arrêt est conseillé étant donné que plus de 90% des femmes ont terminé leur transition ménopausique au milieu de la cinquantaine [18].

Les informations abordées lors de la consultation sont importantes.

D'un point de vue strictement médical, le diagnostic de la ménopause n'est posé que dans 35 % des cas. Mais dans des conditions physiologiques, comme les patientes de notre étude, il n'apparaît pas de nécessité à poser un diagnostic. La péri-ménopause peut être un passage prolongé avec des fluctuations hormonales ou le diagnostic est difficile [23].

La discordance évoquée dans l'analyse des résultats, entre la perception subjective et les symptômes décrits par la patiente, soulève des interrogations sur la compréhension individuelle de la ménopause ainsi que sur la connaissance des femmes concernant ce sujet ou le diagnostic établi lors des consultations.

Les critères du STAW+10 sont actuellement considérés comme les meilleurs critères de diagnostic de la ménopause pour toutes les catégories de femme (sauf cas de syndrome des ovaires polykystiques, d'insuffisance ovarienne prématurée, ainsi que chez les femmes ayant des antécédents d'endométriectomie, d'ovariectomie unilatérale ou d'hystérectomie (Annexe 4) [3].

Ainsi le consensus du diagnostic est établi par la définition suivante : aménorrhée de 12mois ou plus, + de 45ans associée ou non à des signes cliniques évocateurs.

Le rappel de l'existence et de la fiabilité de ce test serait pertinent pour faciliter le diagnostic aux professionnels et informer les patientes.

D'autres questionnaires existent également, le MRS (Ménopause Rating Scale) pour évaluer la qualité de vie et l'impact des symptômes mais aussi le Ménopause Quick6 (MQ6), qui fournit des informations utiles à la prise en charge par le biais de 6 questions. Ces tests sont 2 références reconnues et permettent une prise en charge facilitée pour les professionnels de santé (Annexe 5, 6) [22].

Le diagnostic de la ménopause par un dosage hormonal n'est pas recommandé en raison des fluctuations hormonales (FSH, Œstradiol) rendant ces valeurs difficilement interprétables, mais pour 28 % des participantes le diagnostic de la ménopause passe par cette prise de sang.

La prise de sang est toutefois recommandée dans des cas particuliers (-45ans pour diagnostic différentiel ou bilan IOP, hystérectomisé et syndrome climatérique, +50ans et sous contraception avec des symptômes). [23]

Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi de 2021 visaient à orienter les praticiens dans leur prise en charge, en particulier pour offrir des solutions efficaces aux symptômes.

Pourtant, près de la moitié des patientes sont restées sans solution face à leurs symptômes, qui étaient également peu expliqués lors de la consultation.

L'objectif de cette consultation de ménopause est de répondre aux demandes des femmes.

Selon les recommandations, plusieurs aspects essentiels doivent alors être abordés, en particulier dans cette population susceptible de présenter une incidence ou une amplification des pathologies liées à la carence oestrogénique [3].

1- L'ostéoporose :

- L'évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose était effectuée dans ¼ des cas. Pour rappel, c'est une pathologie fréquente qui touche 1 femme sur 3. Cette perte osseuse est maximale la première année de la ménopause, la mesure densitométrique (DMO) est donc indiquée chez toutes les femmes ayant un ou des facteurs de risques, elle constitue l'approche diagnostique la plus précise.
Cette connaissance de la DMO conditionne la prise en charge, notamment la balance bénéfices-risques de la prescription du THM [24].

La HAS définit les facteurs de risque d'ostéoporose : âge, sexe féminin, génétique avec les antécédents d'ostéoporose, l'inactivité physique, la carence vitamino-calcique, le tabagisme, l'alcoolisme, l'IMC<19, la ménopause et des pathologies ou traitements inducteurs d'ostéoporose (utilisés sur une période prolongée : progestérone, corticoïdes, hormones thyroïdiennes, anticonvulsivants...) [24].

Il apparaît donc évident d'interroger les patientes systématiquement et si nécessaire, lui prescrire un bilan complémentaire avec une DMO.

Les indications à une DMO chez les femmes ménopausées sont les suivantes : antécédents de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré, IMC<19 kg/m², ménopause <40ans, antécédent de prise de corticoïde>3mois consécutifs et à forte dose [25]

2- Le risque cardiovasculaire :

- L'évaluation des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire était également faite dans ¼ des cas. Dans cette population de femmes à risque, il est recommandé par le CNGOF de prêter une attention particulière à ces FDR étant donné que les MCV représentent la 1^{ère} cause de mortalité chez les femmes en France. [3]

Les facteurs de risques de MCV à repérer sont les suivants : tabagisme, diabète, cholestérol, sédentarité, hypertension, ATCD familiaux de MCV (infarctus, AVC...), consommation d'alcool, obésité, âge (+50ans, ménopause). [26]

3- Dépistages des cancers :

Le rappel de poursuivre le dépistage organisé du cancer du col mais aussi l'information du début des dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal à 50ans a été clairement évoqué chez moins de 50 % d'entre elles.

Néanmoins notre population garde un excellent taux des dépistages des cancers de 70 à plus 90 %. Cette prévalence est bien supérieure à la population générale des femmes Françaises.

On remarque que les participantes effectuent les dépistages du cancer du col tous les 2ans pour la plupart et consultent un praticien uniquement à ce moment pour plus d'1/4 d'entre elles. Cette fréquence n'est plus recommandée depuis la parution en 2018 du programme de dépistage organisé [27]. Cette fréquence peut s'expliquer par la mise en place récente de ces recommandations et des habitudes, de la part des professionnels et des patientes, qui sont parfois difficiles à moduler.

Ces taux particulièrement élevés dans notre population répondent à l'objectif européen d'atteindre 60 à 70 % de participation pour ces 3 dépistages [28].

En France le taux de participation aux dépistages organisés était :

- Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : en 2022 il était de 65% pour les 25-45ans et décroît à partir de 50ans pour atteindre 45 % chez les 60-65ans contre 91,36 % dans notre population [30].
- Dépistage organisé du cancer colorectal : en 2022 il était de 35 % contre 69,09 % dans notre population. [31]
- Dépistage organisé du cancer du sein : en 2023 il était de 48,2 % contre 84,85 % dans notre population. [29]

D'un point de vue psychosocial, les conseils sur l'hygiène de vie ont été abordés pour moins d'1/3 des participantes. Les recommandations de 2021 reprécisent l'importance de les évoquer dans cette population.

Le maintien ou l'initiation d'une activité sportive régulière, l'arrêt du tabac et de l'alcool, la diminution de la masse grasseuse, une alimentation adaptée avec un apport diminué en sel sont des habitudes nécessaires à prendre en début de ménopause afin de réduire la perte osseuse, diminuer les risques de MCV mais surtout être très bénéfiques dans la réduction des symptômes de la ménopause [24].

Une étude finlandaise a montré que les femmes physiquement inactives avaient une probabilité accrue de souffrir d'anxiété/dépression, de problème de mémoire et de concentration et de symptômes vasomoteurs qui sont très rapportés dans notre étude.

Il existait donc une corrélation positive entre le sport et la qualité de vie puisque les femmes faisant une activité sportive avaient une meilleure santé relative et déclaraient une meilleure qualité de vie globale. Le sport permet également d'alléger les sentiments perçus par 60 à 80 % des participantes, d'être moins féminine et d'avoir une perception différente de leur corps [32].

Les aspects psychologiques ont été abordés pour 1/5 des femmes participantes de cette étude. Selon la littérature, les symptômes semblent être plus fréquents et plus sévères lorsque les femmes présentent des signes dépressifs. La prise en charge des symptômes pourrait passer par une intervention de nature psychothérapeutique.

La symptomatologie dépressive agit comme un médiateur dans la relation entre la dépression et les symptômes de la ménopause notamment les symptômes vasomoteurs. De plus, la réduction des symptômes dépressifs est associée à une diminution des symptômes ménopausiques [33].

Au travers d'une étude montrant le lien entre la perception négative du vieillissement et le mauvais vécu de la ménopause, on remarque que les femmes ayant cette perception négative ont particulièrement été affectées par des symptômes plus sévères.

Ces résultats suggèrent donc que promouvoir des attitudes positives envers le vieillissement pourrait être bénéfique pour la santé mentale et le bien-être de ces femmes. [34]

Le questionnaire Attitudes to Ageing (AAQ) (Annexe 4), développé par l'OMS a été validé et démontre une certaine utilité pour prédire le vécu de la ménopause et les trajectoires de bien-être sur les 10ans. Un questionnaire abrégé en 12 éléments a été validé et présente la même utilité, le rendant encore plus synthétique et rapide à réaliser [35].

V.4. Perspective et ouverture

Les compétences des sage-femmes ne cessent de s'accroître en parallèle de l'extension des études de maïeutique. La gynécologie étant dans le champ de compétences des sage-femmes depuis plus de 20ans, le suivi des femmes de la puberté à la post-ménopause chez une femme sans pathologie grave fait partie de sa pratique.

Actuellement, il n'existe pas de consultation consacrée à la ménopause dans les cotations des actes des professionnels de santé mais depuis 2023, 3 consultations à des âges clés sont remboursées par l'assurance maladie :

- 25ans, à la vie active, pour faire le point sur les vaccins, l'activité physique, les addictions ou autres difficultés.
- 45ans, à l'âge pivot, pour faire le bilan sur l'activité physique et les éventuels troubles de la santé mentale ainsi que sur les dépistages
- 65ans, le départ à la retraite, pour la prévention de la perte d'autonomie, les dépistages des cancers et des maladies qui peuvent être prévenus et faire un point sur la dimension psychologique du vieillissement [20].

Les consultations à 45ans et à 65ans sont de réelles occasions de mettre en place un suivi mais aussi d'apporter toutes les informations et les clés pour une prise en charge optimale de la ménopause et la poursuite ou l'initiation des dépistages.

a- Axes d'améliorations

Des stratégies différentes sont à exploiter afin d'améliorer la prévention et le dépistage des cancers.

- Pour le cancer du col de l'utérus :

-La stratégie française de lutte contre le cancer du col de l'utérus 2021-2030 (plan cancer) a pour objectif une couverture vaccinale de 80%. Depuis 2021, la prévention primaire par la vaccination contre les HPV des jeunes filles et garçons entre 11-14ans est recommandée en France (avec un rattrapage possible jusqu'à 19ans révolus et 26ans pour les hommes ayant des relations avec des hommes). Cette prévention ne dispense pas des dépistages mais pourra devenir l'un des moyens permettant la diminution significative du cancer du col, si on parvient à atteindre les objectifs du plan cancer [28].

- Aujourd'hui, les sage-femmes n'ont pas la possibilité de faire de la prévention primaire auprès des jeunes garçons. Pourtant face à cette nécessité d'augmenter la couverture vacci-

nale, il serait pertinent de leur accorder la possibilité de prendre en charge les filles et les garçons pour effectuer les vaccinations HPV, et par la même occasion, commencer les préventions sur la sexualité, selon le souhait de l'enfant et des parents.

- Le programme national de dépistage organisé a étudié la place des auto-prélèvements comme stratégies complémentaires de dépistages, donnant un accès plus facile aux populations vulnérables ou éloignées du système de santé. Si ce test est positif, il est tout de même nécessaire de s'adresser à un professionnel de santé pour réaliser un frottis [36].

- Mettre en place des initiatives telles que des journées de dépistage organisées dans des zones spécifiques

- L'envoi d'un kit d'APV HPV-HR avec le courrier de rappel devrait être mis en place à l'échelle nationale, ce qui pourrait augmenter le taux de dépistage chez les femmes de plus de 30 ans [28].

- Pour le dépistage colorectal :

La stratégie ici est de diversifier les moyens de dépistage :

- Diversification des modalités d'invitations aux dépistages : poste, numérique, kit remis en consultation, pharmacie.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, les invitations sont majoritairement dématérialisées via le compte AMELI, les sms, les mails, les rappels téléphoniques, ou courriers en dernier recours.

Il est aussi possible de commander son test en ligne, qui est par la suite à renvoyer par la poste dans une enveloppe prépayée.

- Le test est plus facile d'accès depuis 2018, grâce à la remise des tests en consultation qui a été étendue à d'autres professions que les médecins généralistes : hépatogastroentérologue, gynécologue, sage-femme, médecin de centre de santé.

Les professionnels sont donc incités à avoir une action proactive et proposer la remise de test hors invitations aux assurés [31].

- Pour le dépistage des facteurs de risques de toutes les femmes :

- L'accessibilité aux soins était correcte pour plus de 90 % des patientes de l'étude, qu'elles vivent en milieu urbain ou rural. Mais les inégalités dans la population générale sont réelles, surtout dans les zones rurales. Des stratégies comme « le bus du cœur », sont mis en place en 2024 face à l'urgence de cette crise médicale afin de prendre en charge les popula-

tions féminines les plus précaires et éloignées du système de santé. Réintégrer cette population dans un parcours de soins cardio-gynécologique est une urgence menée par Agir pour le cœur des femmes [41].

- Depuis janvier 2024, chaque assuré social âgé de 18 à 25ans, de 45 à 50ans, de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans pourra se voir proposer un bilan de prévention fait par un médecin, un infirmier, un pharmacien ou une sage-femme [41].

b- Concernant les perspectives thérapeutiques de la ménopause.

Les femmes sans traitement pour soulager leurs symptômes étaient très nombreuses dans notre étude. Si l'hormonothérapie constitue le traitement efficace pour la gestion des symptômes de la ménopause, il ne convient néanmoins pas à toutes les femmes : en fonction de leur état de santé sous-jacent et des facteurs de risques, de leur âge, du temps écoulé depuis la ménopause ou simple du choix qu'elles font.

Un nouveau traitement pour soulager les symptômes vasomoteurs est en essai clinique : le Fézolinetant. L'étude a démontré que les doses de ce médicament ont réduit de plus de 50 % la fréquence et la gravité des symptômes vasomoteurs par rapport à la valeur initiale. De plus, il s'est avéré efficace également sur les troubles du sommeil [37].

Proposer une consultation avec un diététicien semblerait pertinent face aux enjeux que représentent l'alimentation sur les facteurs de risques importants de la ménopause : les MCV, l'ostéoporose, les pathologies mentales.

c- Ménopause et vie professionnelle

La ménopause arrive dans un moment de vie où les femmes sont encore très actives. Certaines études ont identifié une association entre les symptômes de la ménopause et les résultats négatifs au travail, comme une perte de productivité ou un absentéisme. Le coût annuel a été estimé aux Etats-Unis, sur la base des journées de travail manquées en raison des symptômes chez les femmes de 45 à 60ans, et représente 1,8 milliard de dollars par an. Bien qu'il y ait des disparités entre les prévalences selon le pays, l'ethnie ou la catégorie socio-professionnelle, les femmes françaises ressentent des symptômes parfois invalidants comme les femmes américaines. L'étude de ce même coût pourrait avoir un résultat similaire en France [38].

VI. Conclusion

L'état des lieux de la prise en charge de la ménopause dans cette étude nous indique des faiblesses importantes lors des consultations. Le contenu médico-psychosocial de cette consultation reste fragile lorsqu'on s'y intéresse en détail.

Les symptômes rapportés par les patientes de l'étude sont largement mentionnés dans la littérature. Les symptômes climateriques (bouffées de chaleur, syndrome génito-urinaire trouble du sommeil, trouble de l'humeur) sont bien réels et le besoin d'une prise en charge semble évidente.

Les consultations dédiées à la ménopause ne sont pas encore standardisées mais leur nécessité est avérée, puisque l'on constate dans notre étude que la ménopause a été évoquée à l'occasion d'une consultation de suivi (suivi annuel, frottis, renouvellement de contraception). Cela suggère l'utilité d'une consultation spécifique.

Depuis janvier 2024, 3 nouvelles consultations sont remboursées à 25, 45 et 65ans. Celles-ci pourraient être une nouvelle occasion d'initier une prise en charge.

Dans seulement 25 à 45 % des cas, les consultations abordaient des informations cruciales telles que l'explication de la ménopause, les symptômes associés, les facteurs de risques d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires, ainsi que les options de traitement. Ces pourcentages sont nettement insuffisants compte tenu de l'importance de ces informations, certaines d'entre elles étant même obligatoires dans l'interrogatoire.

Bien que la ménopause ne soit pas une pathologie, elle s'accompagne souvent d'une altération de la qualité de vie, une perte du bien-être et il a été démontré que vivre cette transition de manière positive contribue à réduire la fréquence et la sévérité des symptômes. Ainsi, un vécu positif et un soutien psychologique peuvent agir comme des facteurs atténuants.

Evaluer le vécu de la ménopause et l'impact sur la qualité de vie à l'aide d'outils comme le MRS ou le AAQ pourrait simplifier la prise en charge des femmes par les professionnels de santé.

Actuellement, le traitement hormonal est le seul efficace, mais il n'est pas adapté à toutes les patientes. Des études prometteuses sont en cours sur un nouveau traitement qui

pourrait changer la prise en charge des symptômes vasomoteurs, l'un des symptômes ayant la plus forte prévalence.

Les mesures hygiéno-diététiques sont indispensables pour toutes ces femmes. Elles agissent sur la diminution des symptômes mais aussi sur la diminution des facteurs de risques d'ostéoporose et de MCV et influent sur la qualité de vie et donc le vécu des patientes. Le sport, l'alimentation, l'arrêt du tabac et de l'alcool sont à évoquer systématiquement.

La place des médecines alternatives a évolué face au choix thérapeutique limité et au désir des patientes. Quelques études en évaluent les effets sur les symptômes de la ménopause mais les recommandations du CNGOF les énumèrent et recommandent leurs propositions en consultation.

Cette population mérite une attention particulière au sujet des dépistages des cancers. La prévention est primordiale et, à chaque consultation, le rappel des dépistages des cancers est nécessaire.

Les participantes de notre étude adhèrent nettement aux consultations, au suivi, ou aux dépistages recommandés. Mais le bilan sur la population générale est moins positif et les efforts sont à poursuivre dans la prévention pour minimiser les incidences des pathologies.

La ménopause commence à prendre une place dans les objectifs d'amélioration de notre société. Etant un sujet très peu abordé et mal connu, récemment le président Emmanuel Macron a indiqué souhaiter qu'une mission parlementaire se saisisse de la question et dresse un état des lieux de la prise en charge actuelle de la ménopause ainsi que les difficultés des femmes pour avoir accès à des informations et à un suivi [39].

VI- Bibliographie

- 1- Ophélie Ostermann, Pourquoi y a-t-il une pénurie de gynécologues en France ? [Internet]. France : Madame Figaro. 2021 Disponible sur :
<https://madame.lefigaro.fr/societe/pourquoi-y-a-t-il-une-penurie-de-gynecologues-en-france-201021-198780>
- 2- Insee. Population par sexe et groupe d'âges [Internet] Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- 3- CNGOF et GEMVi- Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi. France : Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2021.
- 4- Département Prévention, pôle Santé publique et soins (PSPS)-INCa. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. [Internet] France. Disponible sur :
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Traitements-hormonaux-de-la-menopause-et-risques-de-cancers>
- 5- American Medical Association. Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women With Hysterectomy. [Internet]. JAMA, April 14, 2004, 29. Disponible sur : <http://jama.ama-assn.org/content/291/14/1701.full>
- 6- BALIGOUT- Les femmes ménopausées ont-elles modifié leurs attitudes vis-à-vis des consultations en milieu gynécologique depuis l'étude WHI ? [Internet]. Thèse, 2013. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4479_BALIGOUT-These.pdf
- 7- The north American Menopause Society, The 2022 hormone therapy position statement of The NAMS. [Internet], 2022 Disponible sur :
<https://www.menopause.org/docs/default-source/professional/nams-2022-hormone-therapy-position-statement.pdf>

- 8- Santé Publique France, Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ? [Internet] 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2021>
- 9- SPF, Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet] 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans>
- 10- Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* mai 2022;81:3-7. [Internet], 2022
- 11- Nappi RE, Siddiqui E, Todorova L, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Prevalence and quality-of-life burden of vasomotor symptoms associated with menopause: A European cross-sectional survey. *Maturitas.* janv 2023;167:66-74, [Internet], 2022
- 12- Baker FC, Willoughby AR, Sassoon SA, Colrain IM, de Zambotti M. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology.* oct 2015;60:96-104, 2015
- 13- Puligheddu M. Italian Association of Sleep Medicine (AIMS) position statement and guideline on the treatment of menopausal sleep disorders. *Maturitas* [Internet]. 1 janv 2019; Disponible sur:https://www.academia.edu/117467129/Italian_Association_of_Sleep_Medicine_AIMS_position_statement_and_guideline_on_the_treatment_of_menopausal_sleep_disorders
- 14- Li Z, Yin S, Feng J, Gao X, Yang Q, Zhu F. Acupuncture combined with Chinese herbal medicine in the treatment of perimenopausal insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 10 nov 2023;102(45):e35942
- 15- Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* nov 2015;22(11):1155-72; quiz 1173-4.[Internet]

- 16- A.-C. Pizzoferrato, X. Fritel, Prise en charge des troubles de la statique pelvienne chez la femme ménopausée : le point de vue du gynécologue, 2022 [Internet] Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1572960/prise-en-charge-des-troubles-de-la-statique-pelvien>
- 17- Hocké C, Diaz M, Bernard V, Frantz S, Lambert M, Mathieu C, et al. [Genitourinary menopause syndrome. Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol. mai 2021;49(5):394-413.
- 18- Cucinella L, Tiranini L, Nappi RE. Sexual health and contraception in the menopause journey. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. janv 2024;38(1):101822. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37748960/>
- 19- Fathi Najafi T, Dashti S, Pourali L, azizi H, Jabarzadeh S. Effects of Acupuncture on Menopausal Hot Flashes and Sleep Quality in Women With Natural Menopause: A Single Arm Clinical Trial. 17 janv 2023, Disponible sur : <https://ijwhr.net/text.php?id=670>
- 20- info.gouv.fr Des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie. [Internet], 2023 Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/des-consultations-medicales-gratuites-aux-trois-ages-cles-de-la-vie>
- 21- Inca, Annexe 2-8, Evaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal / Evaluation de l'impact du dépistage organisé du cancer colorectal et comparaison de modalités d'amélioration de l'accès au test de dépistage, avril 2019
- 22- Kim NY, Yoo SK, Jin JC, Han S, Hong JS, Kim SM. Development and verification of the Menopause Emotional Symptom Questionnaire. Menopause. sept 2023;30(9):961.
- 23- CNGOF et GEMVi. Comment diagnostiquer la ménopause ? RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. 2021 Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1443725/comment-diagnostiquer-la-menopause-rpc-les-femmes>

- 24- CNGOF et GEMVi, Ménopause, traitement hormonal de ménopause et ostéoporose. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. 2021 Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1443738/menopause-traitement-hormonal-de-menopause-et-oste>
- 25- VIDAL. Recommandations Ostéoporose, 2023 [Internet] Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/osteoporose-1660.html>
- 26- L'assurance Maladie, Amelie, Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire ? [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/vienne/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants>
- 27- Haute Autorité de Santé, Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. 2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
- 28- Sophie Dubois, Leslie Stivalet, Laurianne Turpin, Le dépistage organisé des cancers gynécologiques, recommandations et participation. 2023 Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1632966/le-depistage-organise-des-cancers-gynecologiques-r>
- 29- Santé publique France Dépistage du cancer de sein : encore trop peu de femmes se font dépister [Internet]. 2024 Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/depistage-du-cancer-de-sein-encore-trop-peu-de-femmes-se-font-depister>
- 30- INCa, Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>

- 31- Manfredi S. Dépistage du cancer colo-rectal (CCR) dans la population générale par test immunologique fécal (FIT) : état des lieux. 2024 Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/2024/02/Depistage-du-cancer-colo-rectal-CCR-dans-la-population-generale-par-test-immunologique-fecal-FIT-etat-des-lieux-Manfredi.pdf>
- 32- Kirsi Mansikkamäki, Jani Raitanen, Nea Malila, Tytti Sarkeala, Satu Männistöe, Jonna Fredmand, Sirpa Heinävaara, Riitta Luotoa, - Physical activity and menopause-related quality of life – A population-based cross-sectional study. *Janv 2015;80(1):69-74* Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25449820/>
- 33- Erika Borkoles a, Nick Reynolds a,b, David R. Thompsonb, Chantal F. Ski b, Lily Stojanovskac, Remco C.J. Polmana,d- The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause, 2015
- 34- Brown L, Bowden S, Bryant C, Brown V, Bei B, Gilson KM, et al. Validation and utility of the Attitudes to Ageing Questionnaire: Links to menopause and well-being trajectories. *Maturitas. oct 2015;82(2):190-6.* Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26223580/>
- 35- Marquet, M.; Missotten, P.; Schroyen, S.; van Smabeek, I.; van den Akker, M.; van den Broeke, C.; Buntinx, F.; Stéphane, A. A Validation of the French Version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): Factor structure, reliability and validity. *Psychol. Belg.* 2016. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30479430/>
- 36- Baraquin A, Pépin L, Floerchinger P, Lepiller Q, Prétet JL. Nouvelles recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 1 mars 2023 ;81(2) :202-9.
- 37- Johnson KA, Martin N, Nappi RE, Neal-Perry G, Shapiro M, Stute P, et al. Efficacy and Safety of Fezolinetant in Moderate to Severe Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: A Phase 3 RCT. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1 août 2023;108(8):1981-97. Disponible sur : <https://academic.oup.com/jcem/article/108/8/1981/7025342>

- 38- Faubion SS, Enders F, Hedges MS, Chaudhry R, Kling JM, Shufelt CL, et al. Impact of Menopause Symptoms on Women in the Workplace. *Mayo Clin Proc.* juin 2023;98(6):833-45. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37115119/>
- 39- Franceinfo [Internet]. 2024 [cité 16 mai 2024]. Ménopause : la mission parlementaire annoncée par Emmanuel Macron « est importante », souligne la professeure qui va y participer. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/menopause-la-mission-parlementaire-annoncee-par-emmanuel-macron-est-importante-souligne-la-professeure-qui-va-y-participer_6532109.html
- 40- Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer.* 10 avr 2005;114(3):448-54.
- 41- Agir pour le coeur des femmes- Les Bus du Coeur [Internet]. 2021 Disponible sur: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/agir/media/Les-Bus-du-Coeur>
- 42- Santé.fr- Mon bilan prévention, [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.sante.fr/annuaire-mon-bilan-prevention>

VII- Annexes

VII.1. Résultats complémentaires de l'étude :

Tableau 4. Comparaison des fréquences de consultations selon le professionnel, 2023

	1fois/an	+1 fois/an	Tous les 2-3ans	Si problème	Jamais
Gynécologue N=240 (%)	149 (62,1)	26 (10,8)	53 (22,1)	10 (4,2)	2 (0,8)
Sage-femme N=49 (%)	25 (51)	6 (12,2)	5 (12,2)	37 (11,2)	1 (2)
Médecin traitant N=41 (%)	12 (29,3)	5 (12,2)	10 (24,4)	11 (26,8)	3 (7,3)
Total N=330 (%)	186 (56,4)	37 (11,2)	78 (23,6)	23 (7)	6 (1,8)

VII.2- Lettre d'information et questionnaire de l'étude

Lettre d'info :

Bonjour à toutes,

Actuellement étudiante en 5eme année de sage-femme à Poitiers, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin de cursus, une étude sur le thème de la ménopause sous la direction d'une sage-femme libérale à Poitiers.

Ce questionnaire est destiné aux femmes de plus de 45ans, ayant des symptômes, ou pas, de préménopause et ménopause. Mon étude a pour but d'analyser la prise en charge des femmes françaises de plus de 45ans. En répondant à ces questions vous m'aidez à analyser votre suivi médical, votre vécu durant la ménopause ainsi que les informations que vous connaissez sur le sujet !

Toutes les informations récoltées dans ce questionnaire resteront anonymes. Certaines réponses peuvent être à rédiger dans l'item « autre » si aucun autre ne convient, je vous demande ici de ne pas donner d'informations personnelles qui permettent de vous identifier pour garantir un anonymat complet.

Il vous faudra de 5 à 10min pour y répondre. Vous êtes libres de quitter le questionnaire quand vous le souhaitez. Le fait de répondre entièrement à ce questionnaire constitue votre consentement à cette étude.

Merci pour votre participation et pour le temps consacré à remplir ce questionnaire !

Bonne lecture à vous !

Partiel : La ménopause et vous

1- Quel âge avez-vous?

- A- Moins de 45ans
- B- 45-47 ans
- C- 48-50 ans
- D- 51-53 ans
- E- 54-56 ans
- F- 57-59 ans
- G- 60-62 ans
- H- 63-65 ans
- I- 66-68 ans
- J- 69-71 ans
- K- 72-74 ans

L- Plus de 74ans

2- La ménopause c'est quoi ?

- A- C'est un phénomène naturel qu'on ne peut pas arrêter.
- B- Elle est la conséquence d'une chute des hormones et déclenche des symptômes (arrêt des règles, bouffées de chaleur...)
- C- La ménopause est une maladie féminine
- D- Il faut une prise de sang avec un dosage des hormones pour diagnostiquer la ménopause

3- Pensez-vous être ménopausée ?

- A- Oui
- B- Non
- C- Je ne sais pas

4- Cochez un/les items ?

- A- Vous avez eu une ovariectomie (= chirurgie pour enlever les ovaires)
- B- Vous avez eu un cancer hormono-dépendant (=seins, ovaires, utérus...)
- C- Vous avez eu une ménopause précoce (=ménopause avant 45ans)
- D- Je ne suis pas concernée

5- Comment sont vos cycles menstruels ?

- A- Pas de changement de mes cycles
- B- J'ai une contraception qui stop mes règles donc je ne sais pas
- C- Raccourcissement des cycles : par exemple les règles surviennent au bout de 25jours au lieu de 28jours
- D- Les règles sont irrégulières : elles sautent un mois ou plusieurs par exemple
- E- Absence de règles pendant plusieurs mois (Mettre une sous question)

Si coche la E : sup a 12mois, inf à 12mois ?

6- Avez-vous des bouffées de chaleur ?

- A- Oui
- B- Non

7- Si oui ?

- A- Bouffées de chaleur la nuit
- B- Bouffées de chaleur la journée
- C- Bouffées de chaleur la nuit et le jour

8- Si oui, A quelle fréquence ressentez-vous des bouffées de chaleur ?

- A- 1=Rares
- B- 2=Fréquentes
- C- 3=Très fréquentes

9- Ressentez-vous une sécheresse ou une douleur vaginale depuis la ménopause ?

- A- Oui
- B- Non

10- Si oui ?

- A- Douleurs au niveau de la vulve ou du vagin
- B- Brulures vaginales
- C- De l'irritation vulvaire
- D- Des démangeaisons vulvaires
- E- Douleurs au moment de la pénétration lors d'un rapport
- F- Une sensation de rétrécissement au niveau de l'entrée du vagin
- G- Des sècheresses vaginales

11- Si oui, à quelle intensité ressentez-vous ces symptômes ?

- A- 1=Légère
- B- 2=Modérée
- C- 3=Sévère

12- Avez-vous des problèmes de vessie ou souffrez-vous d'incontinence depuis la ménopause ?

- A- Oui
- B- Non

13- Si oui ?

- C- J'ai parfois de l'incontinence quand je tousse et que je ri beaucoup (quelques gouttes ou plus)
- D- J'ai une envie plus fréquente d'aller uriner le jour
- E- J'ai une envie plus fréquente d'aller uriner la nuit
- F- J'ai des infections urinaires plus fréquemment
- G- J'ai des douleurs quand j'urine
- H- J'ai des besoins soudains, impérieux et irrépressibles d'aller uriner
- I- J'ai parfois de l'incontinence à cause de cette envie soudaine

14- Avez-vous des troubles du sommeil depuis la ménopause ?

- A- Oui
- B- Non

15- Si oui ?

- C- Je n'ai pas remarqué de changement depuis la ménopause
- D- Difficulté d'endormissement
- E- 1 ou plusieurs réveils dans la nuit
- F- Sueurs nocturnes
- G- Réveil naturellement très tôt

16- Votre humeur a-t-elle changée (irritabilité, anxiété, dépression...) depuis la ménopause ?

- A- Oui
- B- Non

17- Si oui ?

- A- Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)
- B- Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique...)
- C- Humeur changeante
- D- Symptômes dépressif (diminution de la motivation et d'intérêt pour les activités quotidiennes, tristesse prolongée...)

18- Souffrez-vous d'autres symptômes ?

- A- Une fatigue importante
- B- Prise de poids sans modification de l'alimentation
- C- Episode d'AVC, d'infarctus du myocarde, d'angine de poitrine ou thrombose
- D- Perte de mémoire
- E- Perte de motivation
- F- Vertiges
- G- Céphalées
- H- Palpitations
- I- Sècheresse niveau de la peau
- J- Diminution de la libido
- K- Douleurs articulaires
- L- Autre :

19- Parmi ces traitements quels sont ceux que vous prenez, ou que vous avez pris, et qui ont atténués les symptômes de ménopause ?

- A- Le Traitement Hormonal de la Ménopause
- B- La yoga thérapie
- C- L'acupuncture
- D- L'hypnose
- E- La sophrologie
- F- La sauge
- G- Une activité sportive régulière
- H- La rééducation du plancher pelvien
- I- L'isoflavone de soja
- J- La prasterone (INTROSA)
- K- La tibolone (LIVIAL)
- L- Les biphosphonate (FOSAMAX, FOSAVANCE)
- M- Le calcium
- N- Huiles essentielles
- O- Huile de bourrache
- P- Huile d'onagre
- Q- Autre :
- R- Je n'ai rien pris

Partie 2 : Votre suivi médical

20- Quel praticien allez-vous consulter pour votre suivi gynécologique ? (=toucher vaginal, palpation mammaire, frottis, contraception...)

- A- Une sage-femme
- B- Un gynécologue
- C- Votre médecin traitant

21- A quelle fréquence ? Je vais consulter :

- A- Plus d'1 fois par an.
- B- 1fois par an.
- C- Tous les 2-3ans
- D- Uniquement quand j'ai un problème.
- E- Je ne vais jamais consulter

22- Avez-vous fait une consultation dédiée à la ménopause ou avez-vous discuté de la ménopause lors d'une consultation de routine chez votre professionnel de santé ?

A- Oui

B- Non

23- Si oui, quand ?

A- Quand j'ai ressenti les premiers symptômes (bouffées de chaleur, irrégularité de cycle, ect)

B- Quand mes cycles se sont complètement arrêtés pendant plusieurs mois consécutifs

C- Autre :

24- Si non, pourquoi ?

A- Non je n'ai pas consulté car je n'ai pas remarqué de changement ou de symptôme

B- Non je n'ai pas accès à un médecin ou une sage-femme pour consulter

C- Non, je n'ai pas envie de consulter

D- Autre :

25- Si oui à la 22, quelles sont les informations médicales qui ont été abordées pendant la consultation ?

A- Mon praticien a diagnostiqué que j'étais en ménopause (âge + absence de règles pendant 1an)

B- Il/elle m'a expliqué ce qu'était la ménopause et les symptômes qui lui sont reliés

C- Il/elle a pris en compte mes antécédents médicaux pour évaluer mes facteurs de risques (ostéoporose, maladies cardio-vasculaires)

D- Si vous aviez des symptômes, il/elle vous a informé des traitements qui existent

E- Il/elle m'a informé de l'importance de continuer les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal

F- Autres infos

G- Il/elle ne m'a pas donné d'information comme celle-ci

26- Si oui à la 22, quelles autres informations psychologiques ont été abordées ? il/elle (m')a :

H- Prévenu que c'était un phénomène normal

I- Posé des questions sur le vécu de cette période

J- Evalué si ma qualité de vie était diminuée à cause de mes symptômes

K- Donné des conseils pour préserver mon plancher pelvien et m'a orienté pour faire de la rééducation du périnée si besoin

L- Conseillé sur mon hygiène de vie (alimentation, activité sportive, arrêt tabac...)

M- Autres infos :

N- Pas donné d'information comme celle-ci

27- Si oui à la 22, Étiez-vous satisfaite à la suite de cette consultation ?

- A- Très satisfaite
- B- Satisfaite
- C- Peu satisfaite
- D- Insatisfaite

28- Je suis bien informée sur le pré ménopause ou ménopause ?

- A- Très informée
- B- Plutôt bien informée
- C- Plutôt pas informé
- D- Pas informée du tout

29- Par quel moyen avez-vous eu accès à des informations au sujet de la ménopause ?

- A- Professionnel de santé
- B- Par internet
- C- Par les réseaux sociaux
- D- Magasines/livres
- E- Par mes proches
- F- Je n'ai pas eu d'information

Partie 3 : Votre vécu. Echelle numérique avec curseur de 1= pas de changement, 2= un peu, 3=beaucoup, 3= énormément

30- Depuis le début de votre ménopause, à combien estimez-vous que vos symptômes impactent votre vie quotidienne ?

31- J'ai une perception différente de mon corps depuis la ménopause ?

32- La ménopause est une période où je me sens moins féminine et/ou moins désirable

33- Votre partenaire est un soutien dans cette période ?

34- La ménopause est selon moi une libération ? (Plus de risques de grossesse donc plus de contraception, abandon du rituel des règles)

35- Ma sexualité s'est-elle modifiée depuis la ménopause ?

- A-oui
- B-Non

36- Si oui ?

- A-** Moins satisfaisante
- B-** Plus satisfaite

Partie 4 Dépistage des cancers :

37- Effectuez-vous les dépistages du cancer du sein ?

- A- Oui
- B- Non
- C- Sous question si oui : 2ans, 5ans, 10ans

38- Depuis la ménopause, avez-vous continué à faire le dépistage du cancer du col (frottis) ?

- A- Oui
- B- Non
- C- Sous question si oui : 2ans, 5ans, 10ans

39- Effectuez-vous les dépistages du cancer colorectale ?

- A- Oui
- B- Non
- Sous question si oui : 2ans, 5ans, 10ans

Partie 4 : Votre situation

40- Qu'elle est votre situation familiale ?

- A- Célibataire
- B- En couple

41- Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

- A- Pas de diplôme
- B- Brevet
- C- CAP-BEP
- D- Baccalauréat
- E- Diplôme d'étude supérieur

42- Votre catégorie socioprofessionnelle ?

- A- Employé, ouvrier
- B- Chef d'entreprise
- C- Profession libérale

D- Demandeur d'emploi

E- Cadre

F- Retraité

43- Où habitez-vous ?

F- Zone urbaine

G- Zone rurale

44- Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder à des informations au sujet de la ménopause ?

A- Je n'ai pas accès à internet

B- Je n'ai pas accès facilement à un professionnel de santé

C- Non je n'ai pas de difficulté d'accès au soin ou d'accès à l'information

D- Autre

Merci pour vos réponses. Une zone de texte libre est à votre disposition pour exprimer ce que vous voulez ! (Veuillez ne pas rompre l'anonymat en citant des noms ou en nommant des fonctions permettant une éventuelle identification)

MÉMOIRE ÉTUDIANTE SAGE-FEMME

VOUS ÊTES UNE FEMME DE PLUS DE 45 ANS ?

**5
MIN**

**RÉPONDEZ À CE
QUESTIONNAIRE !**



**ÉTUDE DE LA PRISE EN
CHARGE DE LA MÉNOPAUSE
EN FRANCE**

Illustration de PrincessH pour la couverture de "Ménopause début d'une nouvelle vie" de Brigitte Carrère et Charlotte Attry, aux éditions Bamboo. Avec l'autorisation des autrices.

VII.4. Annexe 3 : Attitudes to Ageing Questionnaire Adaptation Française

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
1. En vieillissant, les gens sont davantage aptes à faire face à la vie.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
2. C'est un privilège de vivre vieux.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
3. La vieillesse est une période de vie synonyme de solitude.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
4. La sagesse vient avec l'âge.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
5. Vieillir apporte beaucoup de choses agréables.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
6. La vieillesse est une période de vie synonyme de dépression.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
7. Il est important de faire de l'exercice physique à tout âge.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord

	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
8. Vieillir a été plus facile que ce que je pensais.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
9. Je trouve qu'il est plus difficile de parler de mes sentiments en vieillissant.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
10. Avec l'âge, je m'accepte mieux.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
11. Je ne me sens pas vieux.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
12. Je perçois la vieillesse principalement comme une période associée à la perte.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
13. Mon identité ne se définit pas en fonction de mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
14. J'ai plus d'énergie que ce que j'espérais pour mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
15. Je perds mon indépendance physique en vieillissant.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
16. Mes problèmes de santé physique ne m'empêchent pas de faire ce que je souhaite.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
17. En vieillissant, je trouve qu'il est plus difficile de se faire de nouveaux amis.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
18. C'est très important pour moi de transmettre les bénéfices de mes expériences aux plus jeunes.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
19. Je pense que ma vie a changé quelque chose.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
20. Je ne me sens plus aussi impliqué dans la société, maintenant que je suis plus âgé.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
21. J'aimerais donner un bon exemple aux plus jeunes.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
22. Je me sens exclus de certaines choses à cause de mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
23. Ma santé est meilleure que ce que j'espérais pour mon âge.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
24. Grâce à l'exercice physique, je reste actif et en forme.	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

VII.5 Annexes 4 : Stades de la transition ménopausique : STRAW +10

Schéma 1: Les différents stades de la période de transition ménopausique : The 2001 – 2011 Stages of Reproductive Aging Workshop, d'après La ménopause en pratique, Brigitte Raccah-Tebeka, Geneviève Plu-Bureau, Editions Elsevier Masson, adapté de Soules et al 2001 et Harlow et al 2012)

Stades	A					B					
	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2	
Terminologie	Vie reproductive					Transition ménopausique		Post ménopause			
	Précoce	Acmé	Tardive		Débutante	Tardive	Débutante			Tardive	
						<i>PERIMENOPAUSE</i>					
Durée	Variable					Variable	1-3 ans	1 an	3-6 ans	Reste de la vie	
Critère principal (cycle menstruel)											
Cycle menstruel	Régulier (variable)	Régulier	Régulier	Changement discret	Variable Règles > 7 jours Irréguliers	Irrégulier Cycles > 60 jours	Aménorrhée définitive				
Critères complémentaires (Biologie – Echographie)											
FSH AMH Inhibine B			Basse	Variable Basse	↑ variable Basse	↑ > 25 Basse	↑↑ Variable Basse		↑↑↑ Très bas	Très bas	
CFA			Faible	Faible	Faible	Faible	Très faible		Très faible		
Caractéristiques cliniques											
Symptômes						Symptômes vasomoteurs possibles	Symptômes vasomoteurs Très probables			Atrophie urogénitale	
Age moyen (rang)											

Légende : A= Premières règles; B= dernières règles; CFA= Compte des follicules antraux

VII.6. Questionnaire Ménopause Quick6 :

Figure 1. Le questionnaire Menopause Quick 6 : Si une patiente répond oui à une des questions 1 à 4, elle pourrait être candidate au traitement, et une exploration et une évaluation plus approfondies sont justifiées. Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'International Menopause Society recommandent de poser les questions 2 à 6 à toutes les femmes en périménopause^{4,6}.



VII.7. Ménopause Rating Scale, Adaptation Française

QUESTIONNAIRE MENOPAUSE

(Version français de Menopause Rating Scale MRS – Traduction www.lamenopause.fr)

	Symptômes	Aucun	Léger	Modéré	Fort	Intense
1	Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)	<input type="checkbox"/>				
2	Gêne au niveau du cœur (Battements de cœur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	<input type="checkbox"/>				
3	Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)	<input type="checkbox"/>				
4	Humeur dépressive (sentiment de dépression, tristesse, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)	<input type="checkbox"/>				
5	Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	<input type="checkbox"/>				
6	Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)	<input type="checkbox"/>				
7	Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)	<input type="checkbox"/>				
8	Problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)	<input type="checkbox"/>				
9	Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)	<input type="checkbox"/>				
10	Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)	<input type="checkbox"/>				
11	Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	<input type="checkbox"/>				

VIII. Summary

Introduction : In France, 500,000 women enter menopause each year, and 14 million women are already in menopause. On average, a woman will spend one-third of her life in menopausal period. Based on this observation, a study was conducted to assess the state of care for this population, aiming to examine both the medical and psychosocial aspects.

Methodology : We conducted a cross-sectional qualitative and quantitative study through a questionnaire distributed in various medical practices and on social media. The objective of this study was to evaluate the state of medical and psychosocial care by questioning women about the essential information they received during their consultation and to do a brief assessment of their knowledge about menopause. The sources of information for the participants were also evaluated.

Results : Among the reported symptoms: 66% experienced hot flashes, 69.7% had sleep disorders, 62.4% had mood disorders (irritability, anxiety, depressive symptoms), 29.7% had urinary disorders, including 68% with stress incontinence, and 44.2% had vaginal issues, with dryness in over 80% of these cases. Other symptoms reported by over 50% included weight gain, decreased libido, and joint pain. Over 30% also experienced significant fatigue, skin dryness, memory loss, and a lack of motivation. More than 41% of participants were not undergoing any treatment, 18.8% were on hormone replacement therapy (HRT), and 35.2% engaged in regular physical activity. 82.4% of women came in for medical consultation for a menopause-related reason. Medical information was addressed in an average of 35% of cases. Cancer screenings were performed in 69% to 91% of cases, with colorectal cancer screening being the least performed of the common. Psychosocial information was addressed in an average of 26% of cases. Patients were satisfied with the consultation in over 60% of cases. The evaluation of their experience showed that nearly 80% of patients had symptoms that impacted their daily lives. 80% of women had a different perception of their bodies, and over 60% felt less feminine. The comparison of the prevalence of the absence of menstruation and the subjective perception of being menopausal showed that 24.4% of participants thought they were menopausal but had the wrong diagnosis.

Conclusion : The assessment of menopause care in this study indicates significant weaknesses in consultations. The medical and psychosocial content of these consultations remains fragile when examined in detail. Menopause-specific consultations are not yet standardized, but their necessity is evident. Improving care involves educating and informing both women and professionals. Efforts to participate in organized screenings must continue. The psychological dimension must also take on a more significant role in these consultations.

Keywords : Menopause, Care, Midwife, Consultation, Prevention, Non-hormonal treatment

IX. Résumé

Intro : En France, 500 000 femmes entrent en ménopause chaque année et 14 millions de femmes sont concernées par celle-ci. Une femme vivra en moyenne un tiers de sa vie en période ménopausique. De ce constat, une étude sur l'état des lieux de la prise en charge de cette population a été faite, visant à étudier à la fois l'aspect médical et psychosocial.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude qualitative et quantitative, transversale par l'intermédiaire d'un questionnaire délivré dans différents cabinets médicaux et sur les réseaux sociaux. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge médicale et psycho-sociale en interrogeant les femmes sur les informations essentielles qu'elles ont reçues lors de leur consultation et une brève évaluation des connaissances sur la ménopause a été faite. Les sources d'informations des participantes ont été également évaluées.

Résultats : Parmi les symptômes rapportés : 66 % avaient des bouffées de chaleur, 69,7 % avaient des troubles du sommeil, 62,4 % avaient des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété, symptômes dépressifs), 29,7 % avaient des troubles urinaires dont 68% d'incontinences à l'effort, 44,2 % avaient des troubles vaginaux dont la sécheresse pour plus de 80 %. D'autres symptômes sont rapportés à plus de 50 % : la prise de poids, la diminution de la libido ou les douleurs articulaires. Pour plus de 30% il y avait également une fatigue importante, une sécheresse cutanée, une perte de mémoire et une perte de motivation. Plus de 41 % des participantes ne prenaient aucun traitement, 18,8 % prenaient le THM, et 35,2 % avaient une activité sportive régulière. 82,4 % des femmes ont consulté pour une raison en lien avec la ménopause. Les informations médicales étaient abordées en moyenne dans 35 % des cas. Les dépistages des cancers étaient réalisés dans 69 à 91 % des cas, le dépistage du cancer colorectal étant le moins effectué. Les informations psycho-sociales étaient abordées en moyenne dans 26 % des cas. Les patientes étaient satisfaites de cette consultation dans plus de 60 % des cas. L'évaluation du vécu a montré que près de 80 % des patientes ont des symptômes qui impactent leur vie quotidienne. 80 % des femmes avaient une perception différente de leur corps et le sentiment d'être moins féminine était ressenti pour plus de 60 %. La confrontation des prévalences de l'absence de règles et de la perception subjective d'être ménopausée a montré que 24,4 % des participantes pensaient être ménopausées mais avaient le mauvais diagnostic.

Conclusion : L'état des lieux de la prise en charge de la ménopause dans cette étude nous indique des faiblesses importantes lors des consultations. Le contenu médico-psychosocial de cette consultation reste fragile lorsqu'on s'y intéresse en détail. Les consultations dédiées à la ménopause ne sont pas encore standardisées, mais leur nécessité est évidente. L'amélioration de la prise en charge passe par l'éducation et l'information des femmes mais aussi des professionnels. Les efforts sur la participation aux dépistages organisés sont à poursuivre. La dimension psychologique doit également prendre une place plus importante dans ces consultations.

Mots clés : Ménopause, Prise en charge, Sage-femme, consultation, prévention, traitement non-hormonal