



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 04/05/2023 à Poitiers
par **Madame Marion HARCHEN**

Aborder la ménopause en médecine générale

Opinions et représentations de médecins généralistes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur BINDER Philippe

Membres : Madame le Docteur PIZZOFERRATO Anne-Cécile
Monsieur le Docteur BRABANT Yann

Directrice de thèse : Madame le Docteur MIGNOT Stéphanie



LISTE DES ENSEIGNANTS
Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A Monsieur le Professeur BINDER

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Recevez mes sincères remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur PIZZOFERRATO

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse.

A Monsieur le Docteur BRABANT

Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer mon travail dans cette thèse.

Je tiens à vous remercier pour votre pédagogie, votre investissement et vos conseils qui ont renforcé mon intérêt pour la médecine générale lors de mon stage d'internat dans votre cabinet.

A Madame le Docteur MIGNOT

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Je vous suis particulièrement reconnaissante pour vos conseils, votre disponibilité et votre accompagnement durant ce travail.

Aux 12 médecins généralistes, qui ont accepté de participer à cette thèse.

A Charlotte P. que je remercie de m'avoir aidé durant ce travail en réalisant le double codage.

A mes maîtres de stages ambulatoires en médecine générale qui m'ont transmis le goût de la médecine générale de mes tout premiers stages d'externat à la fin de mon internat. Merci pour vos conseils et vos encouragements.

A mes maîtres de stages hospitaliers qui ont participé à mon apprentissage de la médecine durant mes années d'internat.

A mes parents, que je remercie d'avoir été sans cesse d'un soutien sans faille, toujours disponibles pour m'aider, m'écouter et m'encourager. Merci pour votre tendresse et votre bienveillance, vous savez me redonner le sourire et me conseiller dans les moments de doute.

A mon frère, pour sa gentillesse, son grand cœur et sa détermination, qui m'a beaucoup soutenue durant toutes ces années aussi.

A mes grands-parents, pour ces moments formidables qu'on peut partager ensemble, vous m'avez encouragé tout au long de ma vie et je vous en remercie. A mon papy Daniel qui aurait été très fier de voir mon travail accompli aujourd'hui.

A mes oncles, tante, cousins et cousine qui m'ont également beaucoup encouragés et que je suis toujours très heureuse de retrouver pour des moments en famille.

A Hugo, pour ton amour, ton soutien et ta bienveillance. Merci d'être là, j'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés.

A mon amie Charlotte, pour toutes ces années d'amitié depuis le lycée, merci d'être toujours présente, attentionnée et à l'écoute.

A Alice et Marion, mes deux inséparables, toujours partantes pour un weekend entre filles et une bonne tranche de rire. Vous avez été d'un soutien inconditionnel durant toutes ces années et je vous en remercie.

A mes amies de la faculté, Juliette, Coline, Axelle, Aurélie, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, pour nos moments de rires, de doutes, pour ce soutien mutuel qu'on s'est apporté durant ces années d'études.

A lise, pour nos soirées debriefs et notre soutien mutuel durant nos stages d'internat.

A mes anciens co-internes pour tous ces bons souvenirs que je garde de mes années d'internat.

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	7
Abréviations	10
I. Introduction	11
I.1. Définition et description de la ménopause	13
I.2. La ménopause, conception historique et scientifique	14
I.2.1. La perception de la ménopause dans l’histoire	14
I.2.2. La ménopause, une histoire d’hormones.....	15
I.2.3. Le boom du traitement hormonal substitutif	16
I.2.4. Controverse du traitement hormonal substitutif	16
I.3. Le discours socio-scientifique dans la ménopause	17
I.3.1. La ménopause comme construction scientifique	17
I.3.2. La ménopause comme construction sociale	18
I.3.2.a. Médiatisation	18
I.3.2.b. Influence de l’entourage.....	18
I.3.2.c Variabilité de ressenti à travers la classe sociale	18
I.3.3. Disparité géographique et ethnique	19
II. Méthodologie	20
II.1. Type de l’étude	20
II.2. Population d’étude	20
II.2.1 Critères d’inclusion et d’exclusion.....	20
II.2.2 Stratégie d’échantillonnage	20
II.2.3 Mode de recrutement	20
II.3. Lieu et durée de l’enquête	21
II.4. Mode et recueil des données	21
II.4.1. Déroulement des entretiens	21
II.4.2. Guide d’entretien	22
II.4.3. Recherches bibliographiques	22

II.4.4. Retranscription des verbatims, rétroaction des participants	23
II.5. Analyse qualitative des données	23
II.5.1. Analyse par théorisation ancrée	23
II.5.2. Analyse triangulaire.....	24
II.6. Considérations éthiques	24
II.6.1. Information et recueil du consentement	24
II.6.2. Protection des données : déclaration auprès de la CNIL	24
II.6.3. Saisie du comité d'éthique de La Rochelle.....	25
III. Résultats.....	26
III.1. Population d'étude	26
III.2. Analyse thématique des résultats	28
III.2.1. Représentation et perception du point de vue des médecins.....	28
III.2.1.a. Une conception biomédicale prédominante	28
III.2.1.b. Un manque de connaissance et de moyen	31
III.2.1.c. Une image négative qui perdure	37
III.2.1.d. Positiver la ménopause	41
III.2.2. Part de l'influence sociale dans la perception de la ménopause	43
III.2.2.a. Les représentations sociétales de la ménopause	43
III.2.2.b. La médicalisation d'un phénomène physiologique	46
III.2.2.c. Evolution du soin	48
IV. Discussion.....	52
IV.1. Apport de l'étude à la médecine	52
IV.2. Limites et forces de l'étude	52
IV.2.1. Validité interne de l'étude	52
IV.2.2. Validité externe de l'étude.....	53
IV.2.3. Les biais de l'étude	54
IV.2.3.a. Biais de sélection.....	54
IV.2.3.b. Biais d'information.....	54
IV.2.3.c. Biais d'interprétation.....	55
IV.2.3.d. Biais de confusion	55
IV.3. Discussion des résultats	56

IV.3.1. Qu'est-ce que la ménopause aujourd'hui du point de vue de généralistes.....	56
IV.3.1.a. Une conception biologique plus que psychosociale.....	56
IV.3.1.b. Un état physiologique médicalisé.....	57
IV.3.1.c. Des limites pratiques pour les généralistes.....	58
IV.3.2. La médecine et les femmes à l'âge de la ménopause.....	59
IV.3.2.a. Une perception négative et une stigmatisation.....	59
IV.3.2.b. La promotion de la jeunesse et de la bonne santé dans notre société	60
IV.3.2.c. Vers une autonomisation et une prise en charge individualisée.....	61
IV.3.2.d. Des paradigmes divergents.....	62
V. Conclusion.....	63
Références bibliographiques.....	64
Annexes.....	72
I. Formulaire d'information.....	72
II. Formulaire de consentement écrit.....	73
III. Guide d'entretien.....	74
Résumé.....	76
Serment.....	77

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

THS : Traitement Hormonal Substitutif

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause

WHI : Women Health Initiative

MWS : Million Womens Study

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

DU : Diplôme Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

I. Introduction

La ménopause est un continuum dans les différentes étapes physiologiques de la vie d'une femme, survenant classiquement entre 45 et 55 ans (1). Elle est définie par une aménorrhée de 12 mois correspondant biologiquement à l'arrêt de la fonction ovarienne, et est associée de manière inconstante à des signes vasomoteurs et à un ensemble de symptômes physiques touchant la sphère génito-urinaire, le sommeil, l'humeur ou encore le système cardiovasculaire et osseux (2).

La perception de la santé de la femme s'est modifiée au fur et à mesure de l'évolution de la médecine et l'entrée dans l'âge de la ménopause a constitué un sujet d'observation, de discussion et de recherche durant les siècles passés jusqu'à nos jours (3). Même si de nombreux professionnels de la communauté scientifique s'accordent à dire que la ménopause n'est pas une maladie (4), on lui attribue un ensemble de symptômes et de risques qui conduisent à la considérer souvent comme un problème de santé qui a pu être progressivement médicalisé (5, 6).

La littérature suggère que la multiplicité et la sévérité des symptômes altèrent la qualité de vie des femmes et entraînent une attitude négative à l'égard de la ménopause (7). Pourtant, au-delà de son versant biologique la ménopause est soumise à des représentations psychologiques, sociales et culturelles concernant la féminité, la reproduction et la vieillesse, qui modulent et contrastent le vécu des femmes à cette période de leur vie (8). L'observation d'une disparité géographique, ethnique et sociale des représentations et des symptômes interroge sur les facteurs influençant le vécu de la ménopause à travers le monde (9). On constate que la ménopause est un phénomène représenté de manière différente selon les croyances, les valeurs et les traditions culturelles (8, 10). Elle se construit autour du ressenti et des réactions des femmes qui la vivent, ainsi que du monde social dans lequel elles évoluent (11). La prise en charge des patientes apparaît ainsi complexe tant elle est source d'expériences diverses et a fait l'objet de bouleversements scientifiques et sociaux (5).

Le médecin généraliste se place au centre de la prise en charge globale des patientes et constitue un interlocuteur de premier recours pour l'accompagnement et le suivi dans la ménopause. Selon ses missions en tant que généraliste définie par la WONCA en 2002, il a un rôle de promotion de la santé et de prévention des maladies qu'il doit composer avec le contexte familial, communautaire et culturel des patientes qu'il soigne (12). Il participe ainsi à une prise de décision partagée où son expertise basée sur les preuves médicales et son expérience se confronte avec les valeurs, opinions et préférences des femmes (13). A travers sa pratique et son discours médical, il contribue à la diffusion d'idées qui peuvent être influentes pour les patientes puisqu'il peut être perçu comme une source d'information et de discussion en matière de santé (3, 14).

Par ailleurs, la diminution et l'inégalité de répartition des spécialistes en gynécologie sur le territoire français les rendent difficiles d'accès pour les patientes. Elles sont ainsi

encouragées à consulter leur généraliste pour les problèmes concernant la gynécologie, ils peuvent ainsi être sollicités pour répondre aux questions touchant la ménopause (15).

Si on s'interroge dans la littérature sur le point de vue des femmes concernant leurs expériences physiques et psychosociales, rares sont les études qui explorent les représentations des médecins, et en particulier des généralistes, sur la ménopause. Pour tenter d'ouvrir de nouvelles perspectives dans ce domaine, nous nous sommes interrogés sur la façon dont les médecins généralistes percevaient et se représentaient la ménopause.

Nos hypothèses sont que la ménopause pourrait s'inscrire de nos jours dans un paradoxe où s'opposent conception physiologique et pathologique. Les médecins pourraient se sentir tiraillés entre des recommandations qui ont été controversées par le passé, les attentes et attitudes des patientes concernant leur ménopause et le souci d'apporter des soins conformes à ce qu'on attend d'eux. On pourrait retrouver dans leur discours des stéréotypes liés à des conceptions historiques et sociales de la ménopause. Ou à l'inverse observer une mouvance qui donnerait de nouvelles perspectives dans la conception de la ménopause actuellement.

Notre objectif principal était de mettre en évidence la perception de la ménopause chez les médecins généralistes en identifiant leur représentation et leur ressenti au cours de leur pratique. Notre objectif secondaire était d'identifier ce qui pouvait être issu d'une influence sociale dans leur vision portée sur la ménopause.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

I.1. Définition et description de la ménopause

La ménopause est une transition hormonale physiologique de la vie des femmes correspondant à l'arrêt de l'activité ovarienne induisant la cessation définitive du cycle menstruel (16). Elle se définit cliniquement par une période d'aménorrhée de 12 mois (2) et est dite naturelle, ou physiologique, lorsqu'elle apparaît spontanément au-delà de 45 ans. L'âge moyen de la ménopause en France est de 51 ans (17). L'espérance de vie des femmes étant actuellement de 85 ans, on estime qu'un tiers de leur vie correspondra à l'âge de la ménopause (18).

Elle peut être précédée d'une période dite de périménopause où les cycles menstruels deviennent irréguliers jusqu'à l'arrêt complet de l'activité ovarienne. Elle peut être chirurgicale dans le cas d'une ovariectomie bilatérale ou iatrogène (chimio ou radiothérapie induite). Les appellations varient selon l'âge d'apparition de la ménopause : on la dit « anticipée » lorsqu'elle survient entre 40 et 45 ans, « tardive » lorsqu'elle survient au-delà de 55 ans, et est à différencier de l'insuffisance ovarienne précoce survenant avant l'âge de 40 ans (17).

La classification Américaine comprenant les critères du Stages of Reproductive Aging Workshop de 2011 (STRAW+10), intègre les variations hormonales et les modifications des cycles menstruels pour définir les stades spécifiques de la transition ménopausique qui s'applique dans la plupart des cas de ménopause physiologique (Fig. 1) (19).

On associe cette transition ménopausique de manière inconstante à des signes cardinaux aussi appelés « symptômes vasomoteurs » (20) comprenant bouffées de chaleur et sueurs nocturnes (21). La bouffée de chaleur est le signe qui revient le plus fréquemment pour décrire cette période (18) à laquelle peuvent s'ajouter : troubles de l'humeur, insomnie, troubles de la mémoire, douleurs articulaires, troubles génito-urinaires voire dyspareunies, prise de poids (18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30). Les variations hormonales peuvent expliquer l'apparition de ces multiples symptômes par leurs conséquences sur les tissus biologiques, le système thermorégulateur, certains neurotransmetteurs, ou encore la résorption osseuse (16). La période de ménopause est décrite comme associée à un surrisque de pathologies telles que l'ostéoporose (31) et les maladies cardiovasculaires (32), dont la carence oestrogénique associée à d'autres facteurs de risque pourrait jouer un rôle aggravant.

En France, il n'est pas recommandé de réaliser des explorations complémentaires (imagerie, dosage hormonaux) pour connaître le statut ménopausique d'une femme dans le cadre d'une situation physiologique et peu symptomatique (17). Bien que cette transition ménopausique semble se dessiner vers l'âge de 50 ans, avec une durée médiane de 4 ans et des symptômes plus marqués dans les 2 premières années de postménopause (16), on constate paradoxalement qu'elle reste un phénomène complexe, progressif, de durée variable et difficilement prévisible (30, 33) dont l'observation de l'ensemble des symptômes s'attache à l'idée d'une altération de la qualité de vie des femmes lorsqu'ils deviennent invalidants (34, 35).

La ménopause semble être la source de symptômes et de risques, et fait l'objet de recommandations pratiques et de thérapeutiques (2). Les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose étant reconnues aujourd'hui comme des problèmes de santé publique majeurs et évitables, on incite les praticiens à la vigilance et à la prise en charge active des patientes ménopausées à risque (17, 36). Les recommandations actuelles s'appuient ainsi sur le principe de prévention des risques induits par la carence hormonale, où l'intervention du médecin peut être nécessaire : règles hygiéno-diététiques, évaluation des facteurs de risques d'ostéoporose ou de maladie cardiovasculaire, balance bénéfice-risque de l'introduction d'un traitement (2, 21).

Concernant le traitement, les thérapeutiques médicamenteuses tels que certains ISRS/IRSNa, la Gabapentine, la Clonidine, la Génistéine, ou non médicamenteuses, comme l'hypnose ou le yoga, peuvent apporter un bénéfice dans la prise en charge du syndrome climatérique, mais c'est le traitement hormonal de la ménopause qui est recommandé en première intention dans cette indication. La prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées à risque fracturaire constitue sa deuxième indication aujourd'hui en France (17).

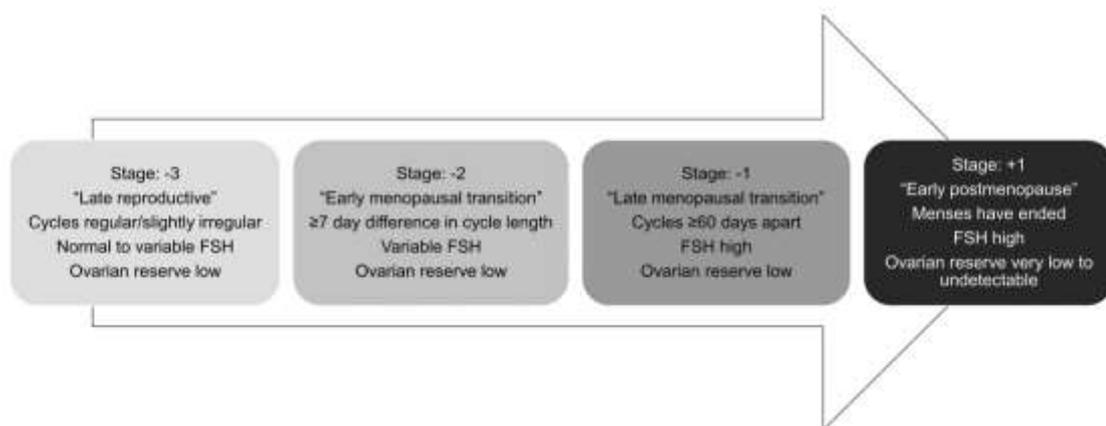


Fig. 1 Etapes de la transition ménopausique. Diagramme des changements dans les cycles menstruels et hormonaux associés à la transition vers la ménopause, basé sur les critères STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop +10).

I.2. La ménopause, conception historique et scientifique

I.2.1. La perception de la ménopause dans l'histoire

Dès l'antiquité, on trouve la trace chez Aristote (384-322 av. JC) d'une description de la cessation des menstruations dès l'âge de 40 ans, qu'il associe à l'arrêt de la fertilité vers la cinquantaine (37). De la Renaissance au XVIIIème siècle, les menstruations sont considérées comme un processus purgatif et cathartique, où l'écoulement des règles est sain, et son arrêt un signe prémonitoire de troubles à venir (38). Construit à partir des mots grecs « *menos* » (mois, menstrues) et « *pausis* » (cessation), le terme de *ménopause* est introduit à partir du XIXème siècle quand le médecin français Charles Pierre Louis de Gardanne l'utilise pour

nommer un processus de crise et de bouleversement qu'il décrit dans son ouvrage «*De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*» (39). Associée à la fin des capacités reproductives mais aussi à l'idée d'une perte des attributs féminins, la ménopause est présentée comme un grave danger pour la santé des femmes, susceptible d'être la source de toutes sortes de maladies. Elle peut paradoxalement être le reflet d'un état de stabilité et d'ordre acquis par la fin de l'influence d'un utérus déstabilisant. Elle peut également s'associer à une forme de maturité, de réévaluation du rôle social qui se tourne vers l'éducation, voire parfois d'une nature se rapprochant de celle de l'homme (38). Ce nouvel état ne semble pourtant s'acquérir qu'en passant par une phase de désordre et de bouleversement qui paraît presque inévitable et nécessite des précautions : un changement de mode de vie et une surveillance médicale étroite (39, 40, 41).

La perception de la ménopause est ainsi étroitement liée à des concepts changeants autour des menstruations et du corps féminin. Ceci s'orchestrant dans un ensemble de symptômes et de maladies imposant des attitudes préventives et thérapeutiques, où la nécessité d'un accompagnement médical s'impose pour y faire face (38, 42).

I.2.2. La ménopause, une histoire d'hormones

A partir du XX^{ème} siècle, avec l'émergence de l'endocrinologie, la question de la ménopause dans la santé de la femme prend un tournant. Allen et Doisy mettent en évidence en 1923 l'existence d'une hormone ovarienne expliquant les cycles menstruels (43). En 1930, apparaît la première thérapie à l'oestrogène en utilisant un extrait placentaire humain (44). La possibilité par la suite d'isoler des oestrogènes d'urines de juments a permis le développement des produits pharmaceutiques à plus grande échelle tel que le *Premarin*[®], mis sur le marché pour la première fois en 1941, et commercialisé au Canada et aux Etats-Unis (44). Par le développement des thérapies hormonales et l'augmentation de l'espérance de vie des femmes depuis les années 50, la ménopause se dessine alors sous un concept plutôt biologique, où l'aspect hormonal est déterminant et devient problématique lorsqu'il est déclinant (3).

En 1966, dans son ouvrage à succès *Feminin Forever* publié aux USA, le Dr Robert A. WILSON met en avant le manque d'intérêt de la communauté scientifique et de la recherche médicale pour la ménopause. Il développe le fait que l'augmentation de l'espérance de vie des femmes nécessite de s'intéresser à ce sujet, étant une période qui touchera les femmes durant une bonne partie de leur vie. Ainsi il écrit « *Menopause must at last be reconized as a major medical problem in modern society. Women after all have the right to remain women. They should not have to live as sexual neuters for half their lives* ». Il prône ainsi les bénéfices du traitement hormonal substitutif comme solution pour contrer les changements corporels qui pourraient s'opérer à la ménopause, restaurer les fonctions sexuelles et même conserver sa féminité. Il recommande l'usage du THS et en fait l'éloge « *Menopause is curable [...] Menopause is completely preventable* » (45).

I.2.3. Le boom du traitement hormonal substitutif

La place du traitement hormonal se dessine ainsi au fil des décennies dans une société pour laquelle l'image corporelle tient une place considérable, où l'on cherche à retarder les effets du temps et où toucher à la féminité peut être un sujet sensible et percutant (45). L'accent est mis sur les effets délétères de cette carence hormonale et place la ménopause comme problème médical qu'il faut sécuriser par la prise d'un traitement (46). L'image de la femme ménopausée, véhiculée dans les médias et les revues médicales ou pharmaceutiques, est celle d'un fardeau, d'une période de déclin des attributs féminins, des fonctions biologiques et cognitives. Elle participe à un idéal d'un vieillissement en « bonne santé », où se pose la question de la qualité de vie et où on cherche à promouvoir la pleine forme et le bien être (5). Le traitement hormonal se présente dans les années 60 comme un moyen de rester féminine et de prévenir les effets de la vieillesse (47). La ménopause devient ainsi un marché médical et pharmaceutique lucratif, l'hormone substitutive comme solution à ce qui est identifié comme problématique dans la ménopause : la carence hormonale (48).

A partir des années 90, l'efficacité de l'hormonothérapie substitutive dans le traitement des symptômes climatériques et des signes fonctionnels est reconnue et les prescriptions s'accroissent (49). En 1996, Henri Rozenbaum, président de l'Association Française de l'Etude de la Ménopause et ancien président de l'European Menopause Society écrit « *La ménopause, état de carence définitive des sécrétions ovariennes, est devenue un problème important par le nombre de femmes concernées et l'importance du retentissement sur l'organisme de la carence oestrogénique. Le traitement hormonal substitutif permet de supprimer les signes fonctionnels, au premier rang desquels les bouffées de chaleur, de maintenir peau, muqueuses et organes génito-urinaires en bon état, de diminuer de 50% la fréquence des maladies cardio-vasculaires, de supprimer presque totalement le risque d'ostéoporose, de retarder ou de diminuer la fréquence de la maladie d'Alzheimer. On ne peut que s'étonner et regretter qu'aussi peu de femmes se traitent actuellement* » (46). Le traitement hormonal de la ménopause est décrit comme présentant de multiples bénéfices : conserver une bonne santé et un bon aspect physique, améliorer la qualité de vie des femmes après la ménopause et participer à une logique de prévention des risques. Ainsi en France, sa prescription est large puisque 30 à 50% des femmes ménopausées reçoivent un traitement hormonal pendant au moins un an entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 (50).

I.2.4. Controverse du traitement hormonal substitutif

Le regard porté sur cette nouvelle thérapie hormonale va pourtant subir une évolution contradictoire durant les quatre décennies qui suivront sa première commercialisation. Car dès la fin des années 70 on commence à se méfier de cette nouvelle thérapie, dont les études soulèvent un risque de cancer de l'endomètre chez les femmes sous traitement par oestrogène seul. Cette méfiance associée aux mouvements sociaux de l'époque pour la santé de la femme et à une prise de conscience de l'influence de l'industrie pharmaceutique dans les recommandations en matière de santé soulèvent un appel à plus de transparence (51).

L'étude de la Women Health Initiative (WHI), effectuée entre 1993 et 1998 et rassemblant des femmes ménopausées de 50 à 79 ans dans une série d'essais cliniques, a montré une majoration du risque de coronaropathie et de cancer du sein chez les femmes traitées par hormonothérapie substitutive, associé à un risque augmenté d'AVC et d'embolie pulmonaire, ayant conduit à un arrêt précoce des essais (52, 53).

En Europe, l'étude Million Women Study (MWS) conduite en Angleterre entre 1996 et 2001 sur plus d'un million de femmes ménopausées entre 50 et 64 ans a montré un risque majoré de cancer du sein avec une mortalité due à ce cancer plus élevée chez les femmes traitées par hormonothérapie oestroprogestative que les femmes non traitées (54). La publication et la diffusion de ces résultats, largement retranscrits dans la littérature scientifique et les médias, a de nouveau bousculé les attitudes à l'égard de l'efficacité et de la sécurité du traitement hormonal substitutif, entraînant une réticence de la part des patientes et de leur praticiens (55).

Suite à ces nouvelles données, en France, l'AFSAPS publie en 2004 des recommandations réduisant l'indication du THS dans « *les troubles du climatères gênants ou perçus comme tels* », et dans la prévention de l'ostéoporose chez les patientes présentant « *un risque élevé de fracture, uniquement lorsqu'elle présente une intolérance à un autre traitement indiqué dans la prévention de l'ostéoporose* ». Le traitement pour les troubles fonctionnels doit être prescrit à la dose minimale efficace, faire l'objet d'une évaluation individuelle initiale de la balance bénéfice risque avec réévaluation régulière, et sur une durée la plus courte possible (56).

La publication de ces études et des nouvelles recommandations a ainsi considérablement diminué la prescription de l'hormonothérapie en France comme aux Etats-Unis dans les années 2000 (49, 57).

I.3. Le discours socio-scientifique dans la ménopause

I.3.1. La ménopause comme construction scientifique

Dans la communauté scientifique, l'intérêt pour la ménopause est d'autant plus croissant à partir des années 70 que se crée toute une organisation autour de ce sujet. En 1976, réalisation à Montpellier de la première conférence internationale sur la ménopause réunissant des praticiens de 22 nationalités différentes, dont l'objectif est d'établir un consensus sur la voie à suivre en matière de recherche sur la ménopause. En 1978, création de l'International Menopause Society (IMS) qui initie des conférences et congrès dans le monde entier consacrés à ce sujet. Conjointement avec l'International Health Fondation, elle crée une revue médicale nommée *Maturitas* englobant tous les aspects de la santé post-reproductive chez les hommes et les femmes (58).

En 1998, l'IMS développe un autre journal scientifique, *Climateric*, qui a pour vocation de publier des revues et des recherches sur tous les aspects du vieillissement chez les

femmes : les changements endocriniens, les symptômes attribués à la ménopause et leur traitement, les thérapies hormonales substitutives et alternatives, les modes de vie et l'éducation des femmes ménopausées (59). En Europe on retrouve l'European Menopause and Andropause Society promouvant la santé des femmes et des hommes au-delà de la quarantaine (60). En France, l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM) créée en 1979 a pour vocation la recherche scientifique et l'information auprès du corps médical et du grand public à propos de la ménopause (61). La communication grandissante, qu'elle s'adresse aux acteurs des soins de santé ou au grand public, montre un engagement actif dans la création et la diffusion d'un modèle de la ménopause qui apparaît le plus souvent sous son versant biologique et médical (5).

I.3.2. La ménopause comme construction sociale

I.3.2.a. Médiatisation

Les médias populaires ont un rôle important dans la diffusion et le façonnement de discours dominants : une conception de la ménopause comme maladie féminine peut être liée au discours qui est véhiculé plus que par l'évènement biologique en soi (62). Les publicités en circulation dans les années 90 pour la promotion du THS mettent l'accent sur un corps féminin qui conserve l'aspect de la jeunesse, qui prend soin de soi et reste en forme. Sous leurs différentes formes (publicité, presse écrite, télévision, émissions de vulgarisation médicale, brochures éducatives) ces médias véhiculent principalement le message que la ménopause marque un tournant dans la vie des femmes et qu'il s'impose pour elles de faire des choix, notamment la prise ou non d'un traitement hormonal, qui influenceront le reste de leur vie (5).

I.3.2.b. Influence de l'entourage

Une étude réalisée sur une population d'origine vietnamienne en Australie identifie que les femmes interrogées ont comme principale source d'information sur la ménopause leur propre entourage, familial ou amical. La principale source de renseignement est ainsi le partage d'expérience sur la santé. Elles n'utilisent qu'occasionnellement d'autres sources d'information comme la documentation écrite ou les professionnels de santé. Les informations fournies par internet étaient perçues comme des sources dont il pouvait être difficile d'évaluer la qualité de l'information et la fiabilité (14). Les auteurs suggèrent ainsi que la culture et le milieu social peuvent influencer le recours à l'information sur la santé à la ménopause (14). La perception que les femmes vont en avoir et leur ressenti sur les changements physiologiques prennent du sens à travers leurs relations avec les autres (63).

I.3.2.c Variabilité de ressenti à travers la classe sociale

La ménopause peut également être considérée différemment selon la classe sociale dont sont issues les femmes. A travers une enquête réalisée en France entre 1995 et 1997

auprès de femmes de 45 à 65 ans, Delanoë explore les représentations de la ménopause qu'il regroupe en trois pôles : positif, négatif, et neutre. Pour 39 % des femmes interrogées le regard porté sur leur ménopause est plutôt négatif : reflet d'un regret vis-à-vis des règles et de la fécondité, d'une perte à la fois du capital santé, du capital esthétique, du capital symbolique. Ce pôle concernerait plutôt les femmes au foyer de milieu favorisé. Pour 44% des femmes de l'étude la ménopause ne change rien : il s'agirait ici plutôt des femmes indépendantes économiquement et professionnellement. Seulement 17% de femmes expriment une satisfaction à l'arrêt des règles et de la fécondité, pour qui il n'y a pas de sentiment de perte de capital santé ou esthétique mais plutôt un gain de capital symbolique : il concerne les femmes de milieu modeste ou moyen, souvent à la retraite (64).

On retrouve cet aspect de variabilité de classe sociale dans une étude réalisée en France et en Tunisie suggérant que le ressenti des symptômes et de la ménopause s'associe à une perte des capacités physiques et une source de douleur au travail dans les classes ouvrières, versus une perte de valeur esthétique et sociale dans les classes moyennes (65).

I.3.3. Disparité géographique et ethnique

Selon l'origine géographique, l'âge d'apparition de la ménopause peut varier : 42,1 à 49,5 ans en Asie, 50,1 à 52,8 ans en Europe et 50,5 à 51,4 ans en Amérique du Nord (66). On observe également une disparité dans la prévalence des symptômes vasomoteurs : 16% en Asie du Sud Est contre 47% en Amérique Latine et 55% en Europe (9). Cette prévalence peut également varier selon l'origine ethnique des populations au sein d'un même pays : aux Etats Unis par exemple, elle est prédominante chez les populations Afroaméricaine (46%) et Caucasienne (35%), minoritaire dans la population d'origine Japonaise (18%) (9).

Selon l'origine ethnique, les représentations et le vécu des patientes à la ménopause sont différents. Appelée « sen al yaas » ou « l'âge du désespoir ou de la désespérance » en arabe (7), elle peut être vue comme une source de marginalisation et de stigmatisation aux Etats Unis (63). A l'extrême, elle peut faire perdre toute sa valeur sociale à une femme chez les Gisu d'Afrique si elle n'a pas eu d'enfant, pouvant conduire jusqu'au suicide (64). Au contraire, elle peut être associée à une étape naturelle et positive du vieillissement chez les femmes du Sri Lanka (11), voire à une libération et un accomplissement dans son rôle de femme chez les Japonaises (67).

Si les raisons de cette disparité restent imprécises, on peut voir dans l'ensemble que la ménopause ne s'inscrit pas seulement dans un paradigme médical dominant mais qu'elle nécessite de s'ajuster sur d'autres dimensions de la vie de la femme : l'environnement, l'accès aux soins de santé et à l'information en santé, les relations familiales et conjugales, la sexualité, le travail et les habitudes de vie (8, 14).

II. Méthodologie

II.1 . Type de l'étude

Afin d'acquérir une compréhension des perceptions et des représentations individuelles de chaque praticien inclus dans l'étude, nous avons conduit une enquête qualitative transversale par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes (68).

II.2. Population d'étude

II.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus des médecins généralistes en activité libérale, installés, exerçant dans plusieurs départements français : la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres, la Loire Atlantique et le Morbihan.

Ont été exclus de l'étude les médecins généralistes en retraite, les médecins généralistes remplaçants, et la directrice de cette thèse.

II.2.2 Stratégie d'échantillonnage

La sélection des participants s'est effectuée selon la technique de la boule de neige. L'enquêtrice demandait à chaque participants de désigner d'autres participants potentiels susceptibles d'être des sujets d'intérêt pour l'enquête (69, 70).

Dans un soucis de « variabilité maximale » l'enquêtrice a ainsi sélectionné des participants ayant des caractéristiques pouvant être intéressantes pour l'enquête permettant une diversité de l'échantillon : formations complémentaires par DU, lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain). La sélection a été effectuée en veillant à ce que toutes les tranches d'âge compatibles avec l'exercice libérale de la médecine générale soient représentées (71).

Le nombre de participants a été déterminé à saturation des données pour l'objectif principal. Elle a été obtenue à partir du 10^{ème} entretien et l'inclusion de nouveaux participants s'est arrêtée après réalisation de deux entretiens complémentaires, les 11^{ème} et 12^{ème} entretiens, confirmant la répétitions des données et l'absence de nouvel élément de réponse à l'objectif principal (71).

II.2.3 Mode de recrutement

Le recrutement des participants s'est effectué par adresse mail, contact téléphonique ou contact direct auprès des praticiens sollicités. Les données personnelles à type de nom, prénom, numéro de téléphone et/ou adresse mail ont ainsi été recueillis par l'enquêtrice auprès des généralistes interrogés ou de la base de données de l'annuaire en ligne de la CPAM.

Certains participants avaient été au préalable interrogés par le généraliste qui les recommandait afin de recueillir leur accord pour le transfert de leurs coordonnées à l'enquêtrice.

Lors du premier contact, le sujet de l'enquête et le type d'étude étaient expliqués aux médecins, puis il leur était proposé d'y participer. Après recueil de leur consentement oral, un lieu et une date de réalisation de l'entretien étaient déterminés. Le participant recevait ensuite par mail un formulaire d'information récapitulant le sujet de l'étude et les coordonnées de l'enquêtrice et de la directrice de thèse (Annexe 1).

II.3. Lieu et durée de l'enquête

Les entretiens ont été réalisés entre février et septembre 2022 dans 4 départements de France : la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres, la Loire-Atlantique et le Morbihan.

II.4. Mode et recueil des données

II.4.1. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens étaient individuels et ont été réalisés « en tête à tête » entre l'enquêtrice et le médecin, dans un lieu calme. Le choix du lieu d'entretien était laissé libre au participant, ils se sont déroulés soit au cabinet du généraliste soit à son domicile.

L'entretien débutait par des questions permettant de recueillir certaines caractéristiques socio-démographiques de leur pratique : type de patientèle, mode d'exercice, pratique de la gynécologie ou non. Avec leur accord, l'âge leur était demandé dans un souci de variabilité en âge de l'étude. L'enquêtrice posait au cours de l'entretien des questions ouvertes se rapportant à des thèmes prédéfinis par un canevas d'entretien pour laisser le participant s'exprimer librement sur le sujet. Des questions de relance ou de reformulation (l'écho, le reflet, la répétition) étaient utilisées pour éclaircir ou approfondir le propos du participant (70). L'enquêtrice a également utilisé la complémentation (synthèse partielle, déduction incertaine) pour renforcer l'exhaustivité des données (72). Les silences ont été respectés, une attitude neutre, à l'écoute et sans jugement a été adoptée face aux participants.

Les entretiens étaient soumis à un enregistrement audio numérique sur deux supports, après information des participants et recueil de leur consentement écrit (Annexe 2). Les enregistrements audios ont été anonymisés immédiatement après la réalisation des entretiens à l'aide d'un code numéroté.

L'enquêtrice pouvait être amenée à prendre des notes durant l'entretien permettant de rebondir sur les propos des participants, leur faire préciser des notions ou idées évoquées, dans une démarche exploratoire et exhaustive.

II.4.2. Guide d'entretien

Les entretiens étaient semi-structurés, conduits selon un guide d'entretien pré défini élaboré à partir des objectifs principaux de l'étude et des données de la littérature. Il constituait un guide thématique structurant l'entretien en balayant les différents sujets souhaités. Dans un souci de pertinence par rapport aux objectifs de recherche et de la démarche exploratoire, le guide d'entretien a été évolutif, réajusté au fur et à mesure des entretiens à travers une autocritique de la part de l'enquêtrice et des observations de la directrice de thèse (69, 72).

Ce guide d'entretien comprenait 3 grands thèmes : (Annexe 3)

- L'abord de la ménopause en consultation de médecine générale
- La pratique et le discours des généralistes face aux patientes
- Les représentations et perceptions de la ménopause, sur le plan médical et sur le plan social.

Ces thèmes étaient accompagnés de sous-questions ouvertes ou fermées servant de trame à l'entretien. Cependant les réponses des participants guidaient le cours de l'entretien, les questions ne se déroulaient pas obligatoirement dans un ordre précis et n'étaient pas systématiquement posées si le participant avait développé spontanément le sujet.

II.4.3. Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique ayant permis l'élaboration du guide d'entretien a été réalisée à partir de bases de données internet : MedLine, CisMef, Science Direct, INSERM (Institut National de la Santé de la la Recherche Médicale), SUDOC (Service de Documentation Universitaire), Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers. De sites officiels (HAS, CNGOF), moteurs de recherche (PubMed, Google, Google Scholar) et de littérature grise (bibliographie des articles collectés, de thèses, d'échanges bibliographiques avec la directrice de thèse, d'ouvrages empruntés dans les sections « sciences humaines », « sociologie », « santé » de médiathèques).

Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique comprenaient :

- Pour les recherches en littérature francophone : « ménopause », « péri-ménopause », « post-ménopause », « santé de la femme », « femme ménopausée », « médecine générale », « traitement substitutif ménopause », « traitement hormonal ».
- Pour les recherches en littérature anglophone : « menopause », « post-menopausal period », « female », « women's health », « general practioner », « hormone replacement therapy ».

II.4.4. Retranscription des verbatims, rétroaction des participants

Les verbatims ont été retranscrit manuellement par l'enquêtrice à l'aide du logiciel Word® à partir des enregistrements audios. Les propos ont été retranscrits au mot à mot, les expressions non verbales pouvant être utiles à l'analyse (rire, réfléchit, silence etc...) ont été également retranscrites ainsi que les marques d'hésitation (« Hum... »). Les retranscriptions ont été relues attentivement plusieurs fois par l'enquêtrice, soumises à une autocritique ainsi qu'à une critique de la directrice de thèse afin d'évaluer les techniques d'entretien et de prévoir des modifications à effectuer pour les entretiens suivants (68).

L'anonymisation des données a été renforcée par l'attribution d'un code à chaque verbatim associant le nom « Entretien » à un chiffre par ordre croissant selon la date de réalisation de l'entretien (Entretien 1, Entretien 2...).

Au cours de la retranscription, la codification utilisait les acronymes « M » pour le médecin généraliste interrogé, « I » pour l'intervenante, animatrice de l'entretien.

A l'issue des verbatims, ceux-ci ont été envoyés par mail au participant correspondant afin d'obtenir de leur part la validation de leur propos et leur accord pour l'intégration à l'analyse.

II.5. Analyse qualitative des données

II.5.1. Analyse par théorisation ancrée

L'analyse des données s'est effectuée de manière évolutive et continue au cours de la réalisation de l'étude : elle a débuté dès les premiers verbatims et a été soumise à un avancement et une évolution constante durant le recueil de données (73).

Une analyse thématique transversale a d'abord été réalisée en deux étapes. Tout d'abord, une décontextualisation par codage axial des verbatims : ils ont été fragmentés en mots ou groupes de mots, reformulés sous forme de codes (mot ou phrase courte) correspondant à l'idée exprimée dans le verbatim. Afin d'éviter les interprétations excessives et les généralisations, l'intitulé des codes devaient correspondre au maximum au sens des propos du verbatim. Puis une recontextualisation par regroupement thématique : tous les codes émergents des verbatims ont été regroupés par niveau de similitude ou de récurrence dans des thèmes plus généraux, rassemblés sous forme de catégories reflétant un phénomène ou une problématique de recherche (74).

Le logiciel d'analyse de données qualitative N VIVO Version Release 1.6.1® a été utilisé afin de faciliter la collecte, l'organisation et l'analyse des données ainsi que la mise en évidence des liens et interactions entre les thèmes.

Dans un second temps, l'ensemble des thèmes et des catégories a été schématisé selon

un arbre thématique sur fichier Word pour une meilleure visualisation globale et une analyse descriptive a permis la mise en évidence de relations et des interactions entre les différents thèmes. La construction de cet arbre de concepts a été progressive et évolutive, enrichie au fur et à mesure par les nouveaux verbatims. Les résultats et l'interprétation ont été discutés entre la directrice de thèse et la doctorante jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

Dans un troisième temps, une analyse interprétative des résultats avec confrontation aux données de la littérature a permis la formulation de théories et d'hypothèses.

II.5.2. Analyse triangulaire

Un premier codage a été réalisé par l'enquêtrice sur l'ensemble des verbatims, puis un second codage a été effectué par une médecin généraliste remplaçante sur trois verbatims sélectionnés au hasard par un logiciel de tirage au sort. Ceci a permis de vérifier la validité interne des données par une étape de triangulation.

II.6. Considérations éthiques

II.6.1. Information et recueil du consentement

Une information claire loyale et appropriée a été délivrée aux participants, à l'oral et à l'écrit, sur les objectifs et le déroulement de l'étude, ainsi que sur les principes de l'entretien (Annexe 1). Leur consentement écrit était recueilli au début de l'entretien. Les médecins ont été informés de leur possibilité de se retirer à tout moment de l'étude.

Les médecins interrogés ont été informés de l'anonymisation des données. Il leur a été expliqué que les données recueillies par enregistrement audio et les données personnelles seraient utilisées dans le seul fin de l'étude, et détruites à l'issue de celle-ci.

II.6.2. Protection des données : déclaration auprès de la CNIL

En application au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés (LIL), le projet de cette étude a été déclaré auprès de la Déléguée à la protection des données et inscrit au registre des activités de traitement auprès de l'université de Poitiers.

II.6.3. Saisie du comité d'éthique de La Rochelle

Un avis consultatif a été saisi auprès du comité d'éthique de La Rochelle avant le début des entretiens, afin de soulever des éventuelles suggestions ou remarques sur la méthodologie utilisée et la question de recherche.

III. Résultats

III.1. Population d'étude

Au total, dix-huit praticiens ont été sollicités par l'enquêtrice pour participer à l'étude : cinq demandes sont restées sans réponse, une demande a été refusée par un praticien par manque de temps.

Douze entretiens ont été réalisés par l'enquêtrice entre février 2022 et septembre 2022. Huit ce sont déroulés en Charente-Maritime, un dans les Deux-Sèvres, deux dans le Morbihan et un en Loire-Atlantique. Neuf entretiens se sont déroulés au cabinet du généraliste, trois se sont déroulés au domicile. Les entretiens ont duré entre 23 et 80 minutes, avec une moyenne de 45 minutes. Tous les verbatims ont reçu la validation de la part du participant pour l'intégration à l'analyse.

Le détail des caractéristiques des praticiens participants et des entretiens est présenté dans le tableau 1.

MEDECIN	TRANCHE D'AGE (ANNEES)	SEXE	LIEU D'ENTRETIEN	DUREE DE L'ENTRETIEN	FORMATION COMPLEMENTAIRE	TYPE DE PATIENTELE
M1	60-69	Masculin	Charente Maritime	24 min	Aucune	Semi-rurale
M2	30 - 39	Masculin	Charente Maritime	23 min	DU Homéopathie	Urbaine
M3	30 - 39	Féminin	Charente Maritime	48 min	DU Gynécologie	Semi-rurale
M4	40 – 49	Féminin	Charente Maritime	33 min	Maitre de stage DU nutrition et mésothérapie	Semi-rurale
M5	50 - 59	Masculin	Deux Sèvres	48 min	Maitre de stage	Semi-rurale
M6	30 - 39	Masculin	Charente Maritime	25 min	Aucune	Semi-rurale
M7	40 – 49	Masculin	Charente Maritime	53 min	Maitre de stage	Semi-rurale
M8	50 - 59	Féminin	Morbihan	54 min	DU gynécologie	Semi-rurale
M9	30 - 39	Féminin	Morbihan	80 min	DU Gynécologie	Semi-rurale
M10	60 - 69	Féminin	Loire Atlantique	43 min	Aucune	Urbaine
M11	30 - 39	Féminin	Charente Maritime	54 min	Aucune	Semi-rurale
M12	30 - 39	Masculin	Charente Maritime	63 min	Maitre de stage	Semi-rurale

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude et des entretiens.

III.2. Analyse thématique des résultats

III.2.1. Représentation et perception du point de vue des médecins

L'analyse des codages issus des entretiens a permis de faire émerger 4 catégories et 16 sous catégories constituées des thèmes principaux. Un aperçu schématisé des résultats est disponible Figure 1.

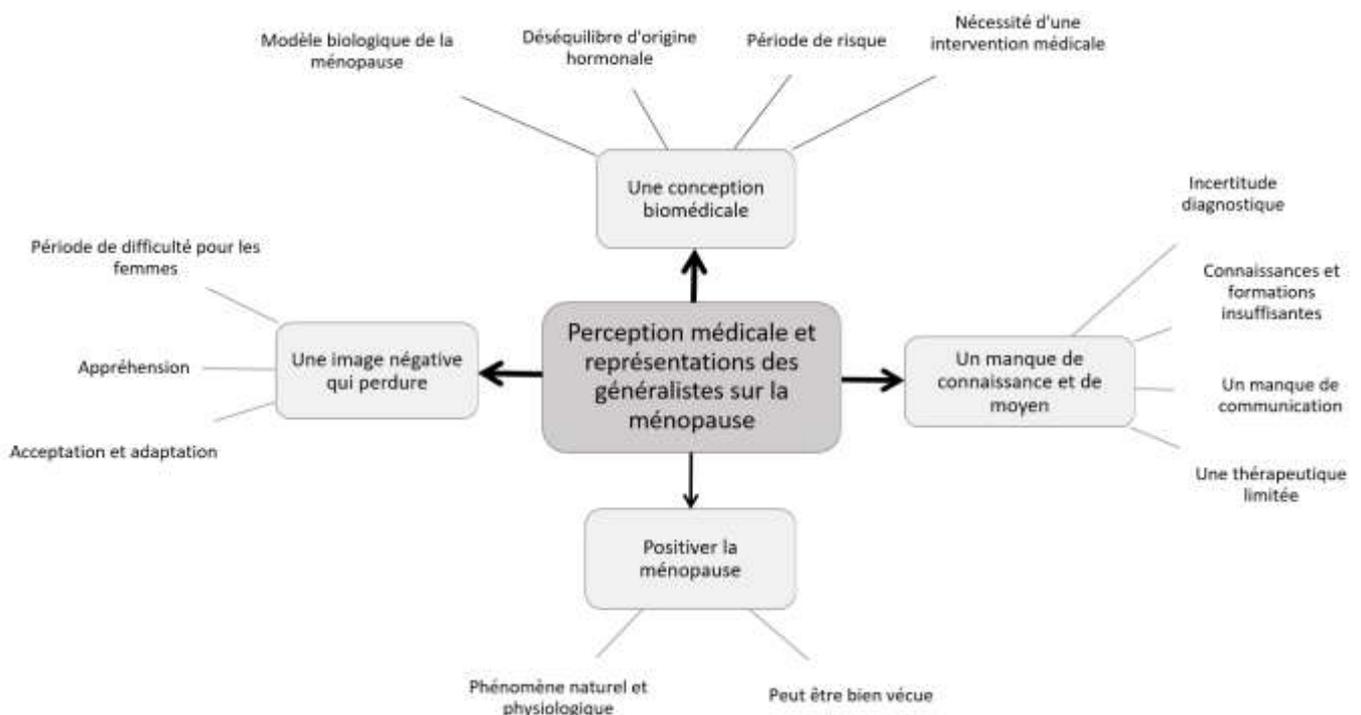


Figure 1. Représentations et perception de la ménopause du point de vue des médecins généralistes interrogés.

III.2.1.a. Une conception biomédicale prédominante

- **La ménopause visualisée principalement sous son modèle biologique**

Les symptômes vasomoteurs représentaient la première plainte auxquels les médecins se sentaient confrontés et le dialogue avec les patientes semblait s'articuler principalement **autour des symptômes physiques** : modification des menstruations, bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles génito-urinaires, transformation du corps, prise de poids, troubles sexuels. Les explications de ces symptômes étaient principalement attribuées aux

perturbations organiques comme la modification du cycle hormonal, la modification des tissus biologiques et la perturbation du métabolisme.

M1	« Le point de discussion c'est plus les troubles climatériques, les sécheresses vaginales, les bouffées de chaleur [...] tous les symptômes type irritabilité, les infections urinaires à répétition ... enfin tu vois c'est plus par-là qu'on l'aborde »
M8	« à l'intérieur ça fonctionnera plus pareil »
M9	« on stocke plus et on élimine moins »
M4	« c'est plutôt les bouffées de chaleur qui les gênent. Essentiellement, le reste elles s'en plaignent pas forcément. »
M3	« A partir du moment où une femme est ménopausée on sait que son corps se transforme »
M3	« la minéralisation osseuse va avoir tendance à diminuer »
M9	« la préménopause c'est des variations hormonales qui font qu'il y a plein de symptômes »
M2	« effectivement il y a des changements hormonaux et que quand même ça influe, et qu'il faut les prendre en compte »
M5	« la ménopause peut donner des sécheresses, peut donner des irritations etc, et donc une sexualité qui va pas bien »

- **La ménopause comme un déséquilibre d'origine hormonale**

Les entretiens soulevaient un phénomène de **carence hormonale** à la ménopause pouvant entraîner une **perturbation de l'équilibre** de la vie des femmes : ils évoquaient un besoin de stabilité répondant à un déséquilibre physique et psychologique lié au désordre hormonal. Quelques praticiens développaient même l'idée d'un sevrage hormonal avec l'évocation d'une notion de compensation, dans les changements du métabolisme ou les relations intra-familiale. Il apparaissait nécessaire de restaurer un équilibre dans la vie des femmes à cette période.

M12	« tout changement hormonal qui va jouer sur le psychique là peut être critique »
M11	« une restauration d'un équilibre qui était un petit peu perturbé »
M2	« trouver un remède qui les stabilisent »
M8	« Il va falloir se sevrer, je dis on va devoir se sevrer en hormone »
M4	« Il y a de la perte, en fait, qui n'est jamais compensée »
M8	« votre corps qui était un peu une... suffisamment solide pour encaisser plein, entre guillemets, d'erreurs, même si on peut pas dire que ce soit forcément des erreurs, ben là il va pas pouvoir »

La prise du traitement hormonal pouvait ainsi être associé à la **restauration d'un équilibre**, et les praticiens verbalisaient une difficulté à arrêter ce traitement lorsqu'il était administré depuis plusieurs années. Cette difficulté était exprimée par le ressenti à travers les patientes d'une peur de la récurrence des symptômes vasomoteurs, ou d'une réticence au changement par habitude de la prise de ce traitement. Plusieurs tentatives d'arrêt étaient parfois nécessaires avant de s'en passer, une diminution progressive des doses devenait indispensable dans certains cas.

M10	« on a plusieurs fois essayé de l'arrêter et les bouffées de chaleur reviennent quoi. Et c'est vrai que ben oui il y a un espèce de sevrage. Donc oui même en diminuant les doses c'est compliqué »
M3	« on va le faire petit à petit pour pas qu'il y ait de chute trop rapide »

M9	« c'est une diminution, c'est très progressif parce que sinon il peut y avoir un regain des symptômes donc on y va vraiment tout doucement, et là c'est mieux accepté »
M5	« j'ai des patientes qui ont un traitement de fond et qui veulent continuer ça jusqu'à perpétuer les oies »
M4	« elles veulent pas l'arrêter parce qu'elles l'associent à la pilule qu'elles prenaient avant »

- **La ménopause comme une période de risque**

Dans certains entretiens la ménopause était décrite comme **un facteur aggravant** sur le plan physique ou psychologique, évoquant **un surrisque** du fait de l'âge. Ce risque se retrouvait également par l'idée d'une consultation de prévention à la ménopause, d'une anticipation des problèmes à venir et d'une recherche active des signes et symptômes. Quelques praticiens se décrivaient plus actifs dans la prise en charge de la ménopause s'ils étaient confrontés à une situation particulière comme une carence alimentaire ou une ménopause précoce dont le risque, notamment d'ostéoporose, pouvait être considéré comme majoré.

M3	« le fait d'être en ménopause expose à pas mal de surrisques »
M5	« quand on est âgé on est ménopausé, donc oui c'est deux facteurs de risque »
M2	« la ménopause peut venir aggraver certains troubles fonctionnels qui était déjà préexistants ou compliquer une situation médicale qui était déjà un peu instable »
M8	« il va falloir anticiper un peu les choses, on sait ce que ça peut provoquer comme type de désagrément donc il faut pas aller aggraver la situation »
M3	« ça reste des consultations de prévention »
M9	« la consultation à 50 ans, où il y a la mammo, elle reçoivent le papier pour la mammo, elles reçoivent le papier pour le cancer colorectal »
M4	« moi ils ont souvent des carences alimentaires, j'en ai une paire qui sont obèses, donc oui je suis un peu plus pro-active quand c'est comme ça »

- **La ménopause nécessite une intervention médicale.**

Les entretiens ont permis d'identifier que les médecins **se définissaient un rôle** dans la prise en charge de la ménopause : point de repère pour définir si le cap de la ménopause est passé, aide à la compréhension des symptômes et des changements qui s'opèrent à la ménopause, distinguer les symptômes qui pourraient être en rapport avec la ménopause et ceux qui ne le seraient pas, distinguer ce qui est pathologique de ce qui est physiologique dans les doléances présentées par les patientes.

M2	« c'est là où elles comptent sur nous, c'est techniquement, savoir si le cap est passé. »
M6	« une validation, enfin elles veulent savoir si elles sont ménopausées ou non »
M8	« elles disent pas vraiment j'ai la ménopause, mais après bon quand elles voient ce que je peux dire, elles disent « ah bah oui je m'en doutais un peu, c'était peut-être ça qui commençait » »
M3	« C'est des termes qui reviennent de temps en temps parce qu'on est obligé : quand on fait un frottis ils nous demandent l'âge la ménopause, quand on fait une demande pour une ostéodensitométrie aussi là c'est pareil »
M2	« les patientes comptent sur nous, parce qu'il y a une situation générale qui fait qu'elles ont besoin d'aide »

Une majorité des praticiens déclaraient être sollicités par les patientes pour **soulager les symptômes** de la ménopause. Ils évoquaient par ailleurs les notions d'**accompagnement** et de **soutien** des patientes ou déclaraient encourager les femmes à être attentives à leurs habitudes de vie.

M1	<i>« le premier symptôme, les bouffées de chaleur, pour qu'on les améliore ça c'est évident »</i>
M11	<i>« c'est elles en fait qui me présentent, qui me posent des questions, qui me demandent, et à laquelle elles attendent une solution, une prise en charge »</i>
M10	<i>« rappeler à ce moment-là, notamment au niveau de l'hygiène de vie, enfin je pense particulièrement à l'activité physique par exemple, ou l'alimentation »</i>
M8	<i>« toutes les règles hygiéno-diététiques, ça je dis il y a un moment dans votre vie, si c'est pas déjà mis en place, c'est le moment de le faire. Si c'est mis en place, il faut vraiment l'encre pour pas le lâcher, parce que c'est indispensable, c'est la garantie que vous vivrez le mieux possible »</i>

Dans certains entretiens, il était question d'un risque de **négligence** des souffrances et d'**errance médicale** si les symptômes présentés par les patientes n'étaient pas entendus et prise en charge par le médecin.

M9	<i>« si on leur en parle pas elles peuvent rester des années avec leurs symptômes et elles se disent que c'est normal »</i>
M7	<i>« voir s'il y a pas autre chose comme un problème organique sous-jacent. Quand tout est ok, qu'il n'y a rien d'autre »</i>
M9	<i>« Ça peut devenir un problème de santé, oui si en fait, si personne s'en occupe ça peut »</i>

III.2.1.b. Un manque de connaissance et de moyen

- **Un diagnostic incertain**

Les praticiens formulaient une **difficulté à poser le diagnostic** de ménopause et à reconnaître parmi les symptômes ce qui pouvaient être lié à la ménopause et ce qui ne l'était pas. Faire le lien entre les symptômes et la ménopause n'était pas toujours évident, les praticiens reconnaissaient que les symptômes pouvaient être multiples et peu spécifiques et souvent entremêlés avec des plaintes courantes de médecine générale. Certains identifiaient la ménopause comme un diagnostic d'élimination qui ne pouvait être établi qu'après avoir réalisé un bilan étiologique. Elle représentait ainsi pour les praticiens une source d'**incertitude diagnostique**.

M2	<i>« ça arrive en même temps chronologiquement, et c'est difficile de déterminer la part de ce qui est hormonal et de ce qui est du reste »</i>
M8	<i>« parfois faire le lien c'est pas simple. Tous les troubles digestifs, je me dis maintenant quand j'y pense oh la la, toutes celles que j'ai vu là qui avaient, qui étaient ballonnées, je me dis bah voilà, ménopause quoi »</i>
M2	<i>« c'est souvent entremêlé avec des symptômes courants de médecine générale »</i>
M8	<i>« ça ne me venait pas en tête que ça pouvait être la ménopause »</i>
M12	<i>« tu élimines tout le reste on est d'accord, il faut que tout rentre dans les bonnes cases et que tu sois sûr qu'il n'y ait pas autre chose, donc c'est pour ça que le bilan il est des fois très</i>

important parce que tu vas pouvoir t'assurer qu'il y a pas d'élément pathologique et qu'il y a bien juste une entrée en ménopause »

M7 *« je vérifie tout, si au niveau du bilan sanguin la thyroïde, voir s'il y a pas autre chose comme un problème organique sous-jacent »*

Les entretiens révélait que la **prise d'une contraception hormonale créait une confusion**, à la fois dans le diagnostic de la ménopause, mais également par la difficulté à savoir quand arrêter cette contraception. Cette difficulté pouvait notamment être marquée par l'appréhension d'un risque de fertilité à l'arrêt de la contraception en cas de ménopause incertaine.

M12 *« Il y en où il y a un vrai problème c'est les patientes qui ont un contraceptif qui font qu'elles n'ont plus de règles. Ca c'est une galère complète, tu sais pas »*

M2 *« moi ce qui me poserait plus question c'est à partir de quel moment on se dit qu'on arrête une contraception »*

M3 *« de stérilet hormonaux, qui chez certaines femmes arrêtent complètement les règles, et donc elles arrivent à des âges de périménopause ou de ménopause, et on sait pas trop comment arrêter leur stérilet »*

M12 *« tu fais quoi, tu lui dis « j'arrête le contraceptif », « ben oui mais j'ai encore des rapports je fais comment moi ? », bah oui c'est compliqué »*

M1 *« L'inquiétude sur la fertilité, quand elle sont dans un stade où elle savent pas s'il faut qu'elle continue un traitement ou pas »*

Il pouvait être retrouvé **une discordance** entre les plaintes des patientes et l'avis du médecin, créant parfois une minimisation des symptômes si la souffrance ou les plaintes était mal entendue. Le terme de ménopause pouvait quant à lui être considéré comme trop vague pour décrire avec justesse un état de santé.

M12 *« des plaintes qui sont minimisées »*

M8 *« elles ne sont pas entendues, elles ne sont pas reçue dans leur perception »*

M9 *« du point de vue de la patiente je pense que ce n'est pas pareil, une patiente qui est diabétique elle n'a pas de symptômes, elle est pas gênée, elle a du diabète ok c'est écrit sur la prise de sang le médecin lui a dit que c'était grave et qu'il fallait faire attention mais la patiente elle, elle n'a pas de symptômes, physiquement elle ne voit pas le problème, par contre ses bouffées de chaleur elle en peux plus »*

M2 *« ça met un nom sur quelques chose, mais c'est assez vague, derrière il faut préciser »*

- **Limite de connaissance**

Les praticiens percevaient des limites dans leurs connaissances et leurs compétences pratiques. Certains annonçaient ne pas se sentir suffisamment compétents pour prendre en charge la ménopause auprès des patientes, d'autres dénonçaient un **manque de formation** en médecine générale à ce sujet et précisaient s'être formés au cours de leur pratique auprès des patientes.

M12 *« J'estime que ma connaissance sur le sujet est plutôt limitée »*

M6 *« vu que je le fais pas souvent j'estime ne pas être très compétent »*

M3	« moi je me rappelle d'un cours sur la ménopause, qui avait été hyper basique et après tout mon apprentissage je l'ai fait sur le tas »
M8	« on nous fait les schémas, les schémas séquentiels du traitement hormonal et puis salut quoi. Tout le reste là, tout ce que ça impact, on l'évoque pas quoi »
M7	« c'est par l'expérience. Je me rappelle pas d'avoir eu des cours de médecine par rapport à ça »

Il était reconnu par les praticiens que les sujets de gynécologie n'étaient pas suffisamment abordés en médecine générale, certains praticiens déclaraient **être peu confronté aux questionnements en lien avec la ménopause** de la part des patientes, d'autres reconnaissaient que la ménopause était plus facilement abordée dans le cadre d'une consultation de gynécologie. Le fait d'être peu confronté au sujet de la ménopause alimentait ainsi le manque de connaissance à ce sujet dans le cadre de la médecine générale.

M8	« les femmes en plus en médecine générale n'abordent pas forcément non plus tout le versant de leur contraception, de leur vie concernant les cycles ou autre »
M11	« qu'une sur pas mal de patiente donc c'est peut être anecdotique »
M6	« c'est pas une question qui est abordée très souvent »
M9	« les femmes viennent parler de ça aussi chez le gynéco plutôt que chez le médecin généraliste »

Certains praticiens précisaient **déléguer** la prise en charge des ménopauses nécessitant un traitement hormonal à des gynécologues et considéraient que la prescription du THS relevait de ce spécialiste.

M4	« Après sinon je les envoie chez le gynéco si vraiment ça les... parce qu'il y a des gynéco spécialisés là-dedans, qui font de l'accompagnement tout ça »
M6	« j'estime que ça doit être vu avec un spécialiste »
M7	« Souvent je les oriente vers un gynécologue »
M3	« si ça ne suffit pas ce que je propose, du coup on aura accès à un gynéco qui ira plus en profondeur et validera le traitement hormonal »

- **Limite en terme de communication**

Aborder la ménopause en médecine générale semblait soumise à **une pudeur, voir un tabou** en consultation. Certains la qualifiait de sujet délicat, d'autres décrivaient une difficulté à l'aborder dans la pratique. Les praticiens soulignaient le fait qu'établir une **relation de confiance** était nécessaire pour parler de la ménopause, ils pouvaient utiliser une stratégie autour de l'humour pour aborder plus facilement la ménopause. Certains rattachaient cette gêne sur un plan plus général au tabou autour de l'intimité et de la vie sexuelle.

M2	« les femmes qui gèrent ça toutes seules n'osent pas trop en parler »
M3	« l'aborder sans tabou en consultation, parce que c'est souvent un sujet de fin de truc, un peu honteux »
M1	« où peut être on interroge pas facilement, qui en parle pas »
M2	« Bon c'est sujet délicat la ménopause [...] tu sais jamais si il faut en parler ou pas »
M3	« c'est pas facilement abordé mais ça se fait, il faut y aller quoi »

M7	« je sens que ça fait un certain temps que je les suis et il y a une confiance et elles en parlent plus facilement »
M9	« si elle se sent pas en confiance la dame elle va pas dire tout ça »
M2	« je peux utiliser un petit trait d'humour bien placé, si les gens sont réceptif, ça peut souvent décoincer un peu la situation, qui est souvent une source d'anxiété »
M4	« c'est des femmes qui se plaignent de signes de ménopause, de périménopause, qui vont voir leur médecin qui est bobologue »
M11	« si les patientes m'en parle je rebondis, mais je vais pas poser la question spontanément »
M5	« on est pas omnipotent en tant que médecin. Et il y a des sujets qui ne sont pas notre affaire je pense »

Les médecins supposaient que les femmes pouvaient être plus à l'aise avec un médecin de sexe féminin pour parler de leur ménopause et certains médecins hommes se sentaient moins à l'aise pour aborder les problèmes causés par la ménopause du fait de leur genre. **Le sexe et l'âge du praticien pouvaient interférer dans le dialogue** autour de la ménopause en consultation.

M10	« être plus à l'aise d'aborder ces questions-là avec les femmes qu'avec les hommes »
M12	« il y a plein de femmes qui ne nous en parle pas. D'autant plus quand on est un homme »
M7	« il y a une pudeur bien sûr. En tant que médecin homme, c'est plus... elles en parlent moins facilement »
M3	« il y a pas mal de femmes qui sont pas à l'aise sur le fait que ce soit lui donc il me les adresse »
M9	« quand on est du même sexe je pense que c'est plus facile »
M2	« j'ai une idée de praticien homme donc je pense pas à tout non plus (rire) »
M5	« alors c'est parce que je suis un homme sûrement, et peut être mal formé, mais je titille pas les gens sur leur santé sexuelle »

Par ailleurs, la ménopause était décrite comme un sujet **abordé secondairement** dans la consultation de médecine générale, elle faisait souvent l'objet d'une discussion dans un deuxième temps de consultation, et le plus souvent à la demande des patientes qui interpellaient le médecin sur des symptômes ou des modifications du cycle.

M12	« ça va être des femmes qui vont poser la question à la fin de la consultation. Pas forcément venir que pour ça »
M3	« elles viennent rarement en consultation pour ça, mais c'est un peu le motif poignée de porte où à la fin de la consultation elles vont me lancer « ah au fait docteur ça y est j'ai des bouffées de chaleur » »
M4	« elles consultent par forcément uniquement pour ça. C'est souvent en marge de la consultation »
M9	« la ménopause c'est pas du tout, je crois que ça n'a jamais été en soi un motif de consultation »

Certains praticiens exprimaient la nécessité de **se perfectionner en communication** pour mieux aborder la ménopause avec les patientes.

M7	« au niveau de la communication, comment on peut amener le sujet en consultation plus facilement, sans être brutal dans la demande, ni de choquer les patientes. Pour justement les amener à parler de ce sujet »
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

M9 « tu vas dire la même phrase à dix femmes elles vont pas le comprendre de la même façon, l'interpréter de la même façon, te répondre de la même façon, parce qu'elles l'interprètent pas pareil »

- **Limite thérapeutique**

Les entretiens ont révélé que les médecins se sentaient limités en terme de possibilités thérapeutiques et dans les réponses à apporter aux patientes pour soulager leurs symptômes notamment à travers un **manque de médicaments ou de solutions efficaces**.

M1	« pour moi c'est la thérapeutique qui pose problème, on a pas beaucoup de solutions »
M12	« En terme de traitement je leur explique que même moi par rapport à ce que je connais je sais qu'on est quand même assez limités »
M3	« pour le traitement de la ménopause, j'ai pas grand-chose à proposer à mes patientes »
M4	« il y a des demandes au niveau esthétique je dirai, avec la modification du corps. Mais ça j'ai pas trop de réponse à donner, il y a pas trop de solution on va dire »
M7	« j'ai été un peu pris au dépourvu, j'avais pas de solution à lui apporter, j'ai un peu botté en touche »
M7	« on se sent frustré de ne pas répondre »
M8	« je me disais mais on fait du bricolage quoi »
M10	« moi je me sens un peu démunie si on veut éviter le traitement hormonal »
M12	« c'est pas un état physique que je vais pouvoir traiter de façon radicale »

Le tournant des années 2000 en rapport avec les **diminutions de prescription du THS** a été marqué à plusieurs reprises comme un des éléments limitant la prescription thérapeutique.

M1	« avant on répondait beaucoup plus facilement, dans les années 2000, à ces femmes, parce qu'on les mettait sous traitement substitutif de la ménopause et c'était hyper fréquent. Enfin je veux dire, c'était presque systématique »
M10	« à une période, notamment où fallait prescrire des traitements hormonaux <i>larga manu</i> »
M5	« on était plus pro-actif quand c'était « fallait y aller ». Là faut pas y aller donc on pose pas vraiment de question »
M9	« le traitement hormonal c'était une révolution »

Les médecins abordaient également le fait qu'ils étaient incités à faire preuve de **vigilance** vis-à-vis du traitement hormonal : soit par peur des effets secondaires, soit par leur formation ou les recommandations qui limitaient et encadraient la prescription du THS. Quelques-uns évoquaient le recul actuel sur le risque de cancer et déclaraient encourager les patientes à se passer du traitement. La prescription du THS était principalement motivée par des symptômes vasomoteurs marqués et la plupart des praticiens interrogés déclaraient le prescrire en dernier recours, à l'issue d'une discussion avec la patiente quand aucune autre solution n'était possible. Quelques-uns déclaraient même ne pas vouloir en initier.

M4	« les effets secondaires sont connus et les font stresser »
M5	« comme il y a eu toute cette smala autour du cancer du sein et du cancer utérin ou ovarien, je vais pas me précipiter pour y aller quoi »
M1	« toujours ce risque de remettre des traitements hormonaux, plus par rapport au risque de cancer du sein, au risque cardiovasculaire avec les œstrogènes »

M9	<i>« au DU ils nous ont bien dit le traitement avant quand c'est sorti c'était génial, maintenant on en revient parce qu'on a plus de recul »</i>
M5	<i>« vu les nouvelles recommandations qui sont quand même de moins traiter »</i>
M11	<i>« je freinais des deux pieds pour en prescrire »</i>
M12	<i>« j'ai peut-être peur avec les traitements hormonaux »</i>
M3	<i>« si elle peuvent s'en passer, comme tout médicament, il y a toujours des effets secondaires potentiels et que c'est pas mal de faire sans »</i>
M8	<i>« les autres qui n'ont pas ce profil-là, ben on peut faire sans. Les femmes depuis la nuit des temps elles ont fait leur ménopause sans traitement hormonal »</i>
M9	<i>« le traitement hormonal je le garde seulement si vraiment il n'y a rien d'autre qui a marché avant ou si vraiment elles en peuvent plus »</i>
M7	<i>« à la fin il y a le traitement substitutif si besoin »</i>
M10	<i>« je fais vraiment selon les souhaits de la patiente »</i>

La médecine conventionnelle actuelle est reconnue pour certains praticiens comme **insuffisante** pour répondre à la demande des patientes : si certains proposent des médecines alternatives pour soulager les symptômes en limitant le risque d'effets secondaires, d'autres considèrent qu'il est nécessaire d'apporter des solutions autres que médicamenteuses pour répondre aux demandes.

M2	<i>« souvent elles ne trouvent pas les réponses qu'elle souhaiteraient à leur symptômes en médecine conventionnelle, donc moi c'est vrai qu'après je les oriente souvent vers de l'homéopathie ou des médecines alternatives »</i>
M8	<i>« elles vont chercher des ressources ailleurs quoi, sur toutes les médecins parallèles. Donc je trouve que si nous la seule réponse qu'on a à donner c'est mettre sous traitement hormonal ben on est à la rache quoi, on répond pas à ce dont elles ont besoin »</i>
M10	<i>« Les traitements symptomatiques faut bien reconnaître qu'ils sont d'une efficacité assez douteuse, donc je peux en prescrire mais sans en être vraiment convaincue »</i>
M1	<i>« on va essayer des choses, mais avec une efficacité qui est tout à fait relative »</i>
M3	<i>« c'est un sujet qu'on maîtrise pas trop parce qu'on sait pas exactement le traiter »</i>

Ainsi, on retrouve dans l'ensemble des entretiens une certaine forme d'accompagnement dans l'acceptation et la gestion des symptômes par des techniques autres que médicamenteuses. Quelques praticiens font parfois preuve d'une certaine **résilience** face aux symptômes, considérant que les femmes pouvaient s'accommoder de leur symptômes et qu'il ne semblait pas nécessaire d'intervenir si les symptômes étaient peu marqués.

M1	<i>« elles sont parfois un peu embêtées quand je leur dis que ça fait partie du cycle naturel de la vie, qu'il y a des symptômes qui sont désagréables, que certains on peut gérer d'autres moins »</i>
M7	<i>« Si c'est juste une petite bouffée de chaleur et après ça dure pas longtemps ça passe et ça revient pas de façon quotidienne, bah après on passe à autre chose et on parle d'autres symptômes »</i>
M11	<i>« ça fait partie de la vie et que tout le monde s'en accommode plus ou moins »</i>
M9	<i>« c'est des symptômes qu'on pourrait devoir tolérer »</i>
M3	<i>« d'être résiliente, de comprendre les symptômes et d'arriver à les gérer »</i>
M6	<i>« soit on passe à autre chose naturellement parce que bah c'est juste voilà, bon bah il y a la préménopause qui est là et puis voilà c'est comme ça »</i>

III.2.1.c. Une image négative qui perdure

- **La ménopause, une période difficile pour les femmes**

La ménopause était représentée comme **pénalisante** dans la plupart des entretiens réalisés. Les médecins remarquaient que les femmes pouvaient avoir une **perception négative** de leur image corporelle à travers une impression de perte de féminité ou d'attrait, et fréquemment associée au **vieillessement**. Elle était décrite globalement comme étant une période difficile à vivre pour certaines femmes où le terme même de ménopause pouvait avoir une connotation négative selon certains praticiens et où il pouvait être difficile d'y trouver des éléments positifs. La période de ménopause était décrite comme composée de changements et de phénomènes inhabituels, parfois presque associés à quelque chose de mystérieux.

M10	« ça peut empoisonner quand même la vie de certaines patientes »
M11	« c'est vraiment les bouffées de chaleur elle me disait que c'était insupportable, vraiment invivable, insupportable, c'était des mots très forts »
M3	« le côté un peu « est-ce que j'ai basculé du côté périmé de la force ou est-ce que je reste ? » »
M2	« ça peut les handicaper »
M8	« c'est tellement long, tellement long et pénible »
M9	« ça leur pourrit la vie »
M1	« pour un bon nombre de femmes c'est une période pas facile, oui je pense »
M12	« merde j'arrive au stade de ménopause quoi »
M4	« une bonne partie, je dirais la moitié, qui a du mal et c'est souvent celles-là qui se plaignent de symptômes de la ménopause »
M10	« perception de l'image de son corps qui est beaucoup plus négative »
M3	« des failles qui apparaissent sur leur image, sur leur capacité »
M1	« dans ménopause il y a cette notion d'âge, cette notion du temps qui passe, et puis de plein de petits troubles pour la femme, même peut être baisse de libido, tu vois plein de choses »
M4	« c'est pas très vendeur (rire) »
M5	« dès que tu es ménopausée tu vas faire un infarctus et tu vas te péter une vertèbre »
M8	« c'est pas évident de montrer les signes positifs de la ménopause quoi »
M9	« il y a des choses qui se passent »
M3	« c'est un truc un peu mystérieux et ça concerne les femmes en plus alors c'est toujours un peu nébuleux pour une partie de la population (rire) »

Les praticiens, à travers leurs ressenti vis-à-vis des patientes, percevaient la ménopause comme quelque chose d'**inévitabile** et décrivaient **une notion de deuil** à la fois de la fertilité mais également d'une partie de la vie de femme. Ils percevaient chez les patientes un sentiment de dévaluation, de dégradation physique voir un sentiment de perte.

M11	« une sensation un peu désagréable de changement malgré elle »
M12	« ton corps change, et il va changer en moins bien mais définitivement »
M8	« de voir d'un seul coup qu'on a la peau qui change, qu'on a les rides qui se creusent plus facilement, qu'on est plus fatiguée, qu'on récupère moins bien »
M12	« quand on te dis que tu es ménopausée ça veut dire que tu as quand même fait une bonne partie de ta vie »
M4	« c'est la fin de leur vie. Enfin il y a un deuil à faire, je pense »
M3	« le jour où ça s'arrête, il y a un cycle qui s'arrête pour elles, alors qu'elles sont beaucoup moins fertiles depuis quelques temps, mais « la boîte à bébé » s'arrête »

M4	« là ça concrétise le truc. Et il y en a qui ont vraiment du mal avec ça. Même si elles ont 50 ans et qu'elles ont physiquement plus l'âge d'en faire, le fait que ce soit concret »
M3	« un côté, c'est dur hein, mais « péremption », un côté « ça y est quoi je pourrais plus... mon appareil reproducteur s'arrête » »
M11	« un potentiel qui du coup s'amenuise avec l'âge »
M4	« c'est le contexte qui fait qu'elles perdent plus qu'elles gagnent donc à un moment c'est compliqué »

La ménopause était décrite comme source d'une **altération de la qualité de vie** des femmes : les symptômes parfois envahissants et difficiles à maîtriser étaient perçus comme créant un inconfort de vie, une **gêne** voir une **honte** pour les femmes. Les généralistes considéraient que les femmes pouvaient être particulièrement gênées socialement par des troubles du comportements, des perturbations émotionnelles, des symptômes marqués (bouffées de chaleur, sueurs). Pour quelques praticiens, ces diverses perturbations pouvaient donner lieu à un sentiment de solitude et d'incompréhension chez les patientes.

M7	« par rapport à la ménopause il y a pas mal de choses qui y sont rattachées, pas mal de plaintes, beaucoup de symptômes qui peuvent gêner et perturber dans la vie »
M12	« les bouffées de chaleur où tu sens l'invalidité des gens qui sont gênés »
M3	« il y a quand même des femmes qui sont inconfortables de manière quotidienne »
M9	« ça peut être très handicapant pour la qualité de vie de la dame »
M11	« ça peut être très invalidant au quotidien »
M7	« ça les gênent socialement les bouffées de chaleur »
M11	« elle se reconnaissait pas »
M8	« savoir que c'est pas elles qui sont en train de péter un câble où on leur dit « va te clamer » »
M4	« la moitié le gère sans que ce soit émotionnellement compliqué, mais il y en a quand c'est compliqué, il faut essayer de dédramatiser un peu »
M9	« j'ai des patientes qui me disent « je suis à un tournant de ma vie et je me sens un peu seule, je comprends pas trop ce qu'il se passe » »

Les entretiens révélaient qu'à travers ces perturbations, les femmes en période de ménopause pouvaient se retrouver en **difficulté vis-à-vis de leur entourage familial ou professionnel**. Sur le plan personnel, certains troubles notamment l'irritabilité et la baisse de libido pouvaient être envisagés comme source de perturbation dans le couple. Sur le plan professionnel, l'accent était mis sur une anxiété croissante au travail et un sentiment de déclin de carrière à l'âge de la ménopause.

M11	« s'il y a une phase d'irritabilité, de trouble de l'humeur eh bien ça, ça peut impacter la relation à l'autre »
M3	« c'est plutôt les hommes qui disent que la dame elle veut plus »
M7	« C'est souvent le conjoint ou la famille qui disent « ah c'est plus difficile » »
M9	« les femmes c'est elles qui sont ménopausées qui vivent ça mais leurs maris ils le vivent un peu aussi indirectement. La sécheresse ils le vivent, l'irritabilité ils le vivent aussi »
M2	« elle se pose des questions sur la fin de carrière, sur leur avenir, il y a souvent des petits symptômes anxieux. »
M9	« le fait d'être au travail ça majore le stress, l'anxiété »
M4	« au niveau du boulot elles stagnent »

- **Une appréhension**

La période de ménopause était perçue par les généralistes comme **source d'inquiétude et d'angoisse** chez certaines patientes. Ils exprimaient être sollicités sur le plan de la gestion des symptômes et pour répondre à différentes craintes : peur du changement corporel, peur de ne pas être soulagée des symptômes, peur du risque de grossesse à l'arrêt de la contraception, inquiétude sur sa vie à venir. Un médecin exprimait ainsi son étonnement d'être parfois interrogé sur la ménopause par des patientes dès l'âge de 40 ans, montrant que cette période pouvait créer de l'appréhension et des interrogations avant même l'apparition des symptômes.

M1	<i>« c'est l'inquiétude, combien de temps ça va durer ? quelques mois, quelques années, voir plus »</i>
M3	<i>« elles ont des questionnements sur ce qui va leur arriver à cette période-là « si j'ai des bouffées de chaleur, si j'ai ci si j'ai ça, comment ça va se passer, comment je dois gérer, qu'est-ce que vous pouvez me donner ? » »</i>
M8	<i>« qu'est ce qui nous attend »</i>
M9	<i>« ça les inquiètent »</i>
M3	<i>« c'est une période angoissante globale où on touche un peu à son vieillissement et à la morbidité voir mortalité beaucoup plus loin. »</i>
M12	<i>« l'appréhension du changement du corps »</i>
M4	<i>« Il faut pas que ça change quoi. »</i>
M12	<i>« « ben en fait les symptômes je vais les garder », c'est pour certaines compliqué. »</i>
M1	<i>« une inquiétude par rapport à une éventuelle grossesse, même si elle est peu probable ça peut arriver. »</i>
M10	<i>« des fois je suis surprise, de dire « tiens et pourquoi elle se pose la question de la ménopause », à 40 ans quoi »</i>

Pour une partie des praticiens, aborder la ménopause avec les patientes s'était avant tout **rendre compte de sa normalité et de sa physiologie** : la ménopause avait besoin d'être **dédramatisée** et **revalorisée** auprès des patientes. Ils pouvaient ressentir un besoin de rassurer les patientes sur le côté transitoire des symptômes, et de les accompagner dans l'appropriation d'un corps différent et contrer l'image de vieillesse. Une praticienne soulignait le fait que les patientes n'avaient pas l'habitude qu'on leur parle en bien de la ménopause.

M3	<i>« il y a aussi plein de ménopause qui se passent hyper bien, en fait, c'est aussi ce que je dis à mes patientes »</i>
M10	<i>« en consultation je m'attache à passer le message qu'être ménopausé ce n'est pas basculer dans le vieillissement quoi »</i>
M12	<i>« comprendre que ces symptômes font partie de ton changement physiologique »</i>
M9	<i>« ce serait moins mal vécu, le fait que ce soit normal et que tout le monde soit comme elle »</i>
M8	<i>« Elle ne se sentent pas malades, elles comprennent que c'est un état, elles sont rassurées que ça ne va pas durer »</i>
M1	<i>« être plutôt positif en leur disant que c'est une période un peu transitoire et après ça ira »</i>
M11	<i>« Les bouffées de chaleur on sait que c'est temporaire »</i>
M4	<i>« les symptômes se calment au bout d'un moment »</i>
M5	<i>« La ménopause c'est la vie, c'est pas la mort »</i>
M4	<i>« il faut essayer de dédramatiser un peu »</i>
M8	<i>« essayer d'être positive sur cette période-là et valoriser leur force »</i>

M3 « J'ai eu trois quatre patientes qui m'ont dit qu'elles ressortaient qu'elles étaient contentes, que ça leur faisait du bien. Parce qu'elles avaient l'impression que finalement c'était pas la fin du monde, que finalement c'était pas si compliqué, qu'on leur avait pas parler que de trucs atroces qui allaient leur arriver »

- **Une adaptation**

La ménopause était présentée au cours des entretiens comme l'entrée dans une autre période de la vie des femmes, décrite parfois comme un changement de génération, qui demandait **un travail d'adaptation et d'acceptation** d'un nouvel état physique, mais également psychologique et social. Cette acceptation était décrite comme variable entre les femmes. Il a été suggéré qu'elle pouvait être en lien avec l'intensité des symptômes : exprimée par certains praticiens comme d'autant plus difficile que les symptômes étaient marqués, qu'il existait un état d'anxiété ou de baisse de moral, ou que la ménopause survenait tôt. Et de manière plus anecdotique dans les entretiens, si les femmes accordaient une grande importance à leur image corporelle ou avaient encore un désir de grossesse.

M12 « *acceptation de ce changement physiologique* »

M4 « *ça c'est sur plusieurs consultations l'acceptation, parce que ça ne vient pas d'emblée, voir des fois ça vient pas du tout* »

M6 « *La femme qui est bien dans sa tête et accepte son vieillissement physiologique et est bien dans sa vie, je pense, enfin j'imagine, que c'est quelque chose qui s'accepte assez facilement. Et puis pour autant une femme qui est plutôt du genre « botox », à courir après les régimes, faire plutôt attention à son image etc ça peut être plus difficile à accepter* »

M3 « *C'est un cap particulier de elle vis-à-vis d'elle-même* »

M4 « *Tu changes de génération, et elles ont du mal avec ça, le fait de rentrer dans le statut où tu peux potentiellement être grand-mère* »

M10 « *Il y a autant de ménopause que de femme je pense* »

M8 « *Même si on prenait un clone de vous mais dans une autre situation ce serait pas la même ménopause* »

M3 « *C'est un cap, bon qui est plus ou moins vécu parce qu'on a des symptômes* »

M9 « *A partir du moment où la femme l'accepte, je pense que c'est moins mal vécu* »

M4 « *Souvent elles ont plus de signes de ménopause, j'ai l'impression, quand elles ont plus de mal à l'accepter* »

M12 « *Qui peut être déjà sensibilisée et peut se mettre à craquer complet. Avec anxio-dépression, brun out, je trouve que c'est charnière à ce moment-là* »

M2 « *Si jamais elles sont ménopausée à 45 ans et qu'elles avaient en tête de pouvoir faire quelque chose, bon c'est rare, mais ça arrive, ça peut être un sujet délicat* »

M9 « *plus elles font attention à elles plus elles aiment avoir un traitement hormonal pour pas vieillir* »

M11 « *les symptômes c'est pas toujours facile à vivre donc j'en ai pas une vision très positive* »

Dans les entretiens, cette notion d'acceptation était souvent rattachée à l'idée **d'appivoiser son vieillissement**. Elle s'appuyait également sur une **perturbation des représentations** autour de la sexualité, de la contraception, des menstruations et du rôle de mère. Certains praticiens mettait l'accent sur le fait que l'arrêt des menstruations pouvait être vécu comme libérateur par la fin de la contrainte des règles, ou comme déclinante par la fin

de la vie fertile, de la vie maternelle, et intrinsèquement d'une certaine vie sexuelle, mise en dehors du rôle de procréation.

M6	<i>« elles sont officiellement plus en âge de procréer »</i>
M4	<i>« je pense qu'elles associent ça au fait de pouvoir faire des gamins, donc qui me demande même des traitements où elles pourraient avoir encore leurs règles »</i>
M3	<i>« dans la vie de tous les jours, elle ont pratiquement terminé leur rôle de « mère », j'aime pas utiliser ce terme, mais en tout cas les enfants sont partis, elles sont associées à ce rôle »</i>
M12	<i>« changement du coup au niveau potentiellement sexuel »</i>
M11	<i>« Un rapport à la sexualité qui est différent »</i>
M4	<i>« Je pense qu'il y a une partie des gonzesses qui associe la sexualité active au fait d'avoir des enfants et qui une fois qu'elles ne peuvent plus faire des enfants ont du mal, je pense, à réinvestir la sexualité au moment de la ménopause »</i>

III.2.1.d. Positiver la ménopause

- **Un phénomène physiologique**

La ménopause s'attache à une image encore négative pour laquelle la description d'une vision positive se retrouve de manière plus discrète dans l'ensemble des entretiens. Néanmoins, la plupart des praticiens décrivaient la ménopause comme physiologique, faisant partie d'un **cycle normal de la vie** féminine comme la puberté ou la grossesse. Une partie des praticiens déclaraient ainsi que les femmes étaient habituées aux changements hormonaux au cours de leur vie. Quelques entretiens appuyait le fait qu'elle n'était pas à considérer comme une maladie, d'autant plus qu'elle pouvait représenter encore un certain nombre d'année de vie en bonne santé.

M1	<i>« c'est simplement le temps qui passe, quelque chose de naturel »</i>
M10	<i>« c'est un moment physiologique qui peut se passer comme une lettre à la poste »</i>
M11	<i>« une étape en fait de la vie d'une femme, comme la puberté »</i>
M12	<i>« c'est pas une maladie la ménopause »</i>
M5	<i>« la vie, un cycle quoi. Je ne sais pas, c'est quelque chose de normal »</i>
M8	<i>« on est nourrisson, on est enfant, on est pubère, on est jeune femme, on est maman, on est ménopausée, et puis je dis et vous en aurez d'autres après, vous serez âgées, vous serez une grande vieille »</i>
M9	<i>« c'est dans l'ordre des choses »</i>
M8	<i>« On est habitué peut être en tant que femme à vivre toutes ces étapes-là »</i>
M11	<i>« On le voit déjà avec son cycle on s'aperçoit des changements physiques ou psychologiques que ça implique donc on voit bien qu'on est sensible »</i>
M10	<i>« Vous avez encore 30 ans de vie dont au moins une vingtaine en bonne santé donc voilà (rire) »</i>

- **La ménopause peut-être bien vécue**

Les éléments positifs relevés au cours des entretiens s'articulaient autour de la perception d'une **libération** pour les femmes, leur permettant de se sentir mieux. La plupart des praticiens y voyaient l'occasion de se réapproprier **un corps libéré des contraintes** des règles et de la contraception. Surtout la plupart des praticiens s'accordaient sur le fait que les

symptômes pouvaient être **peu invalidants voire inexistant**s. Il était également développé que les femmes pouvaient être libéré d'un rôle social autour de la maternité faisant de la ménopause le moment de se réapproprier leur vie et d'investir de nouvelles ressources.

M10	« Quand est-ce que je serais ménopausée, comme ça je n'aurais plus mes règles quoi »
M12	« Contentes de quitter leurs règles »
M4	« Il y en a d'autres c'est le contraire, qui sont complètement « woouuuuh » (rire) »
M8	« Il n'y a plus les règles, donc il n'y a plus la charge de la contraception »
M3	« Il y a tellement de femme qui sont libérées par leur ménopause, chez qui ça se passe hyper bien ou alors qui le voit même pas passer »
M9	« Il y en a même qui disent des fois que finalement elles sont mieux »
M10	« Il y a des femmes qui sont ménopausées et qui n'ont pas de bouffées de chaleur et qui sont très contentes de ne pas avoir leurs règles non plus »
M5	« Il y a pas de symptômes normalement, enfin très peu »
M3	« J'apprends à vivre pour moi-même »
M4	« Investir d'autres choses dans la vie »
M3	« Arriver à ce concentrer sur connaître son corps, se l'approprier »

Certains médecins déclaraient ne pas considérer la ménopause de façon péjorative et ne pas la voir comme une maladie ou un problème de santé. Plus de la moitié des médecins interrogés considéraient que la ménopause pouvait se passer de manière tout à fait **satisfaisante**.

M11	« Une certaine partie des femmes qui vivent très bien leur ménopause »
M10	« C'était pas une pathologie en soi la ménopause »
M2	« Pour moi ce n'est pas un problème médical la ménopause à proprement parler. Ça ne me pose pas plus problème que ça »
M9	« C'est pas forcément un problème »
M1	« C'est pas péjoratif »

III.2.2. Part de l'influence sociale dans la perception de la ménopause

L'analyse des codages issus des entretiens a permis de faire émerger 3 catégories et 8 sous catégories constituées des thèmes principaux. Un aperçu schématique des résultats est disponible figure 2.

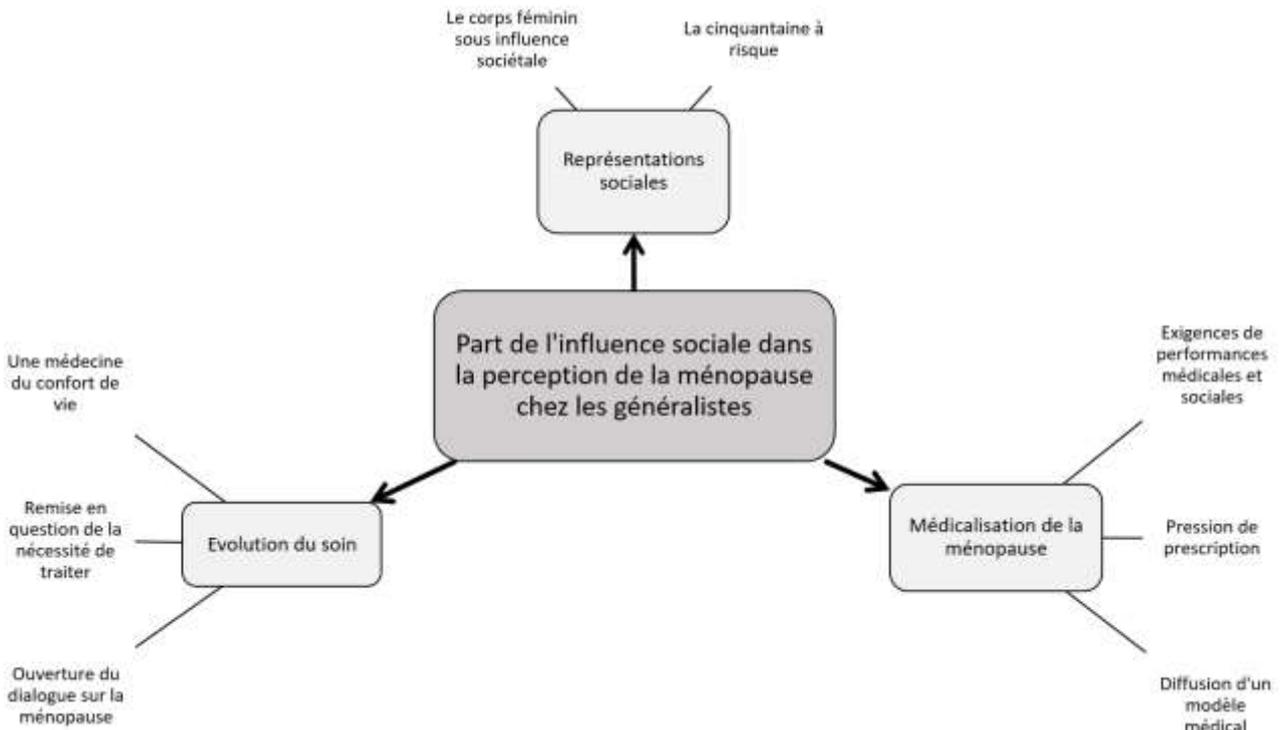


Figure 2. Part de l'influence sociale dans la perception de la ménopause chez les médecins généralistes interrogés

III.2.2.a. Les représentations sociétales de la ménopause

- **Le corps féminin sous influence sociétale**

La façon de considérer la ménopause a été décrite dans la plupart des entretiens comme soumise à **l'influence du vécu des expériences des autres**. Quelques médecins ont avancé l'idée qu'être confronté aux plaintes des patientes pouvait leur renvoyer une image négative par la souffrance qu'ils percevaient. Entendre parler plus souvent des symptômes négatifs que positifs a marqué les inquiétudes et l'appréhension qui pouvait exister à ce sujet. A travers le partage et notamment la transmission d'expériences vécues au sein de la famille ou du cercle amical, la ménopause pouvait être considérée différemment.

M10	« on parle beaucoup moins des choses qui se passe sans trop de difficulté quoi »
M3	« On en entend beaucoup parler parce que forcément quand il y a des symptômes, ça se voit et les personnes en parlent »
M9	« elles retiennent les histoires plus dures, en fait les patientes pour qui ça se passe bien elles en parlent pas trop »
M4	« elles viennent te consulter quand ça leur pose souci donc, là tu arrives à l'instant T où c'est une problématique pour elle »
M11	« je perçois quand même de la souffrance et j'ai pas envie personnellement de ressentir cette souffrance ou de la voir »
M10	« la façon dont la mère ou la sœur leur a parlé de cette période de la vie »
M3	« Honnêtement dans ma famille ça n'a jamais été un sujet, ma mère s'est même pas rendu compte qu'elle était ménopausée, mes grands-mères ont a priori pas eu de problème là-dessus donc je ne suis pas inquiète »
M5	« Ca peut aussi être des angoisses par rapport à « ma mère elle s'est cassé 3 vertèbres et elle a fini paralysée, j'ai pas envie de faire pareil » »
M9	« souvent après c'est ce qu'on retient le plus, des personnes pour qui c'est une période qui est vraiment difficile »

La ménopause pouvait ainsi s'inscrire au cours des entretiens comme **une transition socialement pointée** qui évoluait au fur et à mesure des générations. Une majorité des entretiens soulignait l'importance accordée à **l'esthétisme du corps** dans notre société. La **promotion de la jeunesse** et le refus de se voir vieillir, le corps soumis au regard des autres et à la médiatisation d'un **modèle féminin**, la prise de poids et les changements physiques motivant le recours à la médecine ou à la chirurgie sont autant de paramètres qui ont servis à dresser le portrait d'une ménopause socialement construite composant avec de nombreuses **idées reçues**.

M3	« une transition qui est normée, en tout cas pointée socialement »
M8	« il y a vraiment un changement qui va s'opérer et que ça va prendre beaucoup d'années »
M9	« c'est vraiment une période de transition qui est... après je pense que c'est un peu dans la société aussi »
M11	« L'image est on pourrait dire ternie par rapport au modèle de la société »
M11	« des attentes qui sont mises sur une personne et en l'occurrence une femme, soit sexuelle soit esthétique »
M3	« il y a encore une image du corps qui est très importante pour les femmes »
M4	« C'est les nanas qui font, on va dire, un peu plus attention à elles qui disent « bon quand même il faudrait faire quelque chose » »
M8	« il faut se photoshopper, s'instagrammer, se mettre des filtres »
M4	« je pense que c'est souvent ça le problème, entre l'âge que t'as l'impression d'avoir dans ta tête et ton âge réel »
M5	« la jeunesse toute puissante »
M8	« nous il faut du jeunisme »
M9	« il y en a des fois qui n'ont pas de symptômes mais qui veulent le traitement parce que ça reste jeune, elles restent jeunes »
M10	« il suffit que vous regardiez des affiches, des magazines, des pubs »
M11	« il y a une stigmatisation »
M10	« c'est des idées qui sont véhiculées. Et qui ont été véhiculées par le corps médical aussi à une période, notamment où fallait prescrire des traitements hormonaux <i>larga manu</i> »

M9	<i>« faut faire plus de sport, parce que vous risquez de prendre un peu plus de poids ou en tout cas d'en perdre moins bien, moins facilement »</i>
M4	<i>« il y en a qui n'accepte pas et qui demande de la chirurgie, des choses comme ça »</i>

Les entretiens ont révélé qu'il existait pour certains généralistes **une dualité entre l'homme et la femme** à l'âge de la ménopause, contribuant à son image négative. Dans la sexualité, la diminution de la libido chez la femme pouvait créer une incompréhension dans la relation de couple avec un désinvestissement et une perte d'intérêt pour les relations sexuelles si les femmes attribuaient la sexualité à la capacité reproductible. Cette asymétrie était également exprimée par une procréation féminine soumise à une pression sociale et à une horloge biologique, limitant sa possibilité au-delà d'un certain âge. Dans la contraception, il était mis en avant que la prise et l'arrêt des moyens contraceptifs était encore aujourd'hui une question presque exclusivement féminine. La santé sexuelle pouvait également être considérée comme abordée plus souvent au cours de la vie des femmes, à l'occasion des premières règles, de la grossesse, que chez les hommes. Certains entretiens avançaient l'idée que l'âge était moins discriminant chez l'homme, pouvant même être valorisé, à la différence des femmes. Ces dernières, pouvaient même être considérées comme plus touchées en nombres par les signes désagréables de la ménopause que les hommes de l'andropause.

M5	<i>« il y a quand même une petite différence de fréquence et de rythme entre l'homme et la femme au niveau de la sexualité, à la ménopause »</i>
M9	<i>« je leur dit « c'est un problème dans votre couple ? » « ah bah oui monsieur ça lui pose problème », ok, et vous ? « moi pas du tout » »</i>
M8	<i>« qu'à cette période-là, bien souvent dans les histoires il y a cette dualité, la femme elle ne peut plus procréer, et les hommes à 50 ans eux ben ils peuvent continuer comme ils veulent »</i>
M4	<i>« Il y a une partie c'est comme ça, qui disent « sexualité, c'est pour faire des enfants, point » »</i>
M3	<i>« Il y a une pression sur les femmes pour avoir des enfants à un certain âge etc et la nature fait qu'on est féconde à une certaine période de sa vie, mais il y a une surpression sociale et on réendosse après sur la partie ménopause toute cette pression »</i>
M6	<i>« c'est vrai que les femmes de mon âge qui sont encore célibataires, voilà disons que je commence à prendre conscience que c'est un moment où ça peut être un enjeu un peu plus, ben il y a ce côté horloge biologique qui existe »</i>
M8	<i>« il y aura plus besoin de contraception, vous allez vous enlever une charge mentale parce que c'est bien souvent la femme quand même, quasiment exclusivement la femme qui a cette charge-là »</i>
M11	<i>« un homme qui vieillit, donc avec de l'embonpoint est pas du tout... et avec une sexualité qui est moins vigoureuse, sera beaucoup moins jugé négativement, voire même, peut être en dehors de la sexualité, valorisé en fait. Alors qu'une femme va être dévalorisée sur ces critères. »</i>
M12	<i>« on a de la chance je pense qu'on est quand même beaucoup moins touché que les femmes »</i>

- **La cinquantaine, période à risque**

Dans la plupart des entretiens, on retrouvait l'idée que si la ménopause était caractérisée négativement, avec des risques et des symptômes désagréables, c'était parce qu'on y retrouvait une **concordance entre l'âge de la cinquantaine et l'apparition de**

perturbations physiques ou psychiques, voir l'aggravation de maux pré-existants. Elle pouvait ainsi être présentée dans certains entretiens comme associée à un avancement en âge constituant en soi un **risque de développement de pathologies chroniques ou cancéreuses** et devenant ainsi un problème de santé potentiel. La cinquantaine était représentée comme la période où on sollicitait les patientes pour participer à un ensemble d'examen dans un but **préventif** : bilan biologique de routine, test de dépistage du cancer colorectal, mammographie.

M10	« j'ai pas l'impression que ce soit si fréquent à d'autres périodes de la vie »
M2	« c'est plus si tu veux la concordance avec l'âge et les troubles fonctionnels qui étaient déjà préexistants »
M4	« elles ont aux alentours de 50 ans, les enfants sont partis étudier, s'il y a des enfants, elles se retrouvent toutes seules avec leur mari ou toute seule toute seule »
M5	« En général quand on est âgé on est ménopausé »
M8	« je dis ben oui faut pas aller chercher, la même situation vous l'auriez vécu 5 ou 10 ans auparavant ça passait crème »
M7	« je pense que la ménopause est un problème de santé tout à fait, je suis convaincu »
M9	« Ça peut devenir un problème de santé »
M12	« On arrive vers un âge globalement 45-50 où tu commences toi à faire du dépistage : cancer du sein, cancer du côlon, des bilans annuels où tu risques de trouver des pathologies »
M12	« les gens après 50 – 55 ans ils sont fatigués physiquement, psychologiquement »
M9	« à 50 ans, ça y est, il se passe plein de truc »

III.2.2.b. La médicalisation d'un phénomène physiologique

- **Exigence de performance médicale et sociétale**

Certains médecins interrogés ont pu mettre en avant la recherche d'une **efficacité rapide** dans le soin et une attitude active dans les actions de prévention : évaluer les risques et proposer des traitements en prévention primaire pouvait faire partie des automatismes chez la plupart des praticiens. Quelques-uns pouvaient attribuer cette attitude à leur formation axée sur les pathologies chroniques ou urgentes, avec une démarche clinique basée sur le déroulement d'arbres décisionnels. Prendre en charge la ménopause pouvait ainsi s'inscrire dans une **démarche pro-active** du médecin. Quelques praticiens décrivaient une **exigence de performance dans le traitement et le soin** qui pouvait conduire à médicaliser des périodes physiologiques de la vie comme la ménopause.

M11	« trouver une solution la plus rapide et efficace possible »
M7	« je répondais à un besoin urgent, je réglais les problèmes sur le tas, au moment t »
M9	« Il faut aller à la pêche aux infos »
M8	« si médicalement on estime que vous êtes à haut risque et qu'on doit vous protéger absolument, et qu'il n'y a pas de contre-indication ben peut être qu'on peut discuter de mettre un traitement hormonal »
M7	« c'est plus nous que médicalement en tant que professionnel de santé on regarde s'il y a des risques de fracture ou des choses comme ça, mais ça c'est plus sur notre regard, c'est notre travail, on va faire attention à ça »
M8	« d'un point de vue médical nous on entre dans nos arbres décisionnels, la femme ménopausée tatatitata »

M5	« C'est ça aussi, c'est exponentiel. C'est-à-dire qu'on est dans le traitement des facteurs de risque »
M5	« c'est le côté pensée magique de la médecine qui rend les gens éternels »

Socialement, les généralistes retrouvaient également une pression et un désir de performance dans le milieu professionnel. Ils décrivaient les patients comme constamment **sollicités psychologiquement**, soumis à des **exigences professionnelles** parfois en inadéquation avec leurs capacités physiques, créant de ce fait une fragilité voir un épuisement psychologique et physique. Certains praticiens soulevaient à travers cela une ambiguïté liée à des **injonctions paradoxales** : reconnaître la femme au-delà de la cinquantaine à risque tout en lui demandant de travailler aussi efficacement et de plus en plus longtemps avec l'allongement du départ à la retraite.

M12	« on a toujours envie d'être bien, d'être fort physiquement, d'être fort dans sa tête »
M12	« tu peux pas travailler de la même façon à cet âge là quoi »
M8	« je ne peux pas me permettre, j'ai mon entreprise, j'ai mon machin, j'ai mon truc »
M12	« en permanence tu es sollicité au niveau psychologique »
M12	« aujourd'hui on est beaucoup plus fragile psychologiquement qu'on l'était il y a 20 ans »
M10	« le fait de donner, ou de véhiculer une image de déclin, et en même temps il reste encore 15 ans de vie professionnelle »
M10	« à la fois on est vieilles, mais en même temps faudrait quand même qu'on soit encore opérationnelle, à fond la caisse, pendant encore 15 ans »

- **Pression de prescription**

Les médecins interrogés se sentaient pour certains soumis à une pression en lien avec une recherche **d'efficacité immédiate** sur les symptômes. Donner un médicament pour un symptôme apparaissait dans les entretiens comme une démarche courante en médecine générale aujourd'hui. Les médecins ressentaient une pression de prescription sur la thérapeutique avec le sentiment de devoir répondre aux doléances et de promouvoir la bonne santé à travers la prescription de médicament. Mais également sur les examens complémentaires avec un **besoin de preuve biologique** pour diagnostiquer la ménopause, les encourageant à prescrire régulièrement un bilan hormonal alors même qu'ils le considéraient pour la plupart comme rarement nécessaire. Quelque médecins se considéraient cependant moins prescripteurs de traitement aujourd'hui, notamment de THS, que des précédentes générations de médecins, et pouvaient se retrouver **en désaccord** avec les patientes lorsqu'ils estimaient qu'il fallait arrêter un traitement en place.

M12	« même s'il n'y a pas de solution ils reviennent toutes les semaines. Donc toutes les semaines il faut qu'on essaie de trouver des solutions pour améliorer. Donc on est toujours en première ligne »
M9	« elles voudraient une efficacité tout de suite »
M1	« le médecin a tendance à donner un médicament pour un symptôme »
M3	« il y a besoin d'une validation biologique et après de solution pharmaceutique, si quelques chose arrive ou parce que j'ai un souci »
M4	« comme on est en France c'est difficile de ressortir sans ordonnance »
M5	« le public qui demande toujours la puissance et le sans risque »

M3	<i>« elles étaient très peu satisfaites sur le fait que « un an sans règle, c'est la ménopause », elles ont besoin d'une preuve ! Donc ça m'arrive de prescrire le bilan, FH, LH, œstrogène, pour confirmer ça »</i>
M6	<i>« des femmes qui demandent une prise de sang, en plus le truc qui n'est pas forcément justifiée »</i>
M12	<i>« je pense qu'on est moins prescripteur que notre ancienne génération »</i>
M9	<i>« les gynécos de l'époque, dans cette ville, on eut ce discours-là, donc il y a eu beaucoup de femmes qui ont été sous traitement »</i>

- **Diffusion d'un modèle médical**

Symptômes, risques et recommandations sont autant de messages issus du corps médical qui apparaissaient dans les entretiens comme le reflet d'une médicalisation de la ménopause. Certains praticiens attribuait un **caractère pathologique à la ménopause** à travers le fait qu'elle pouvait représenter un problème de santé. Ils recommandaient aux patientes d'être attentives à leurs symptômes et de rééquilibrer leurs habitudes de vie. Car mal prise en charge ou mal diagnostiquée, la ménopause était montrée comme **source de souffrance et de risque** pour la santé des femmes. L'existence de médicaments pour soulager les symptômes ou substituer la carence hormonale était montrée comme **moyen de médicaliser la ménopause**. Physiologique au même titre que la grossesse par exemple, elle nécessitait un accompagnement et une surveillance médicale. Quelques médecins s'interrogeaient sur le fait que la vision des médecins et le discours médical qu'ils tenaient pouvait **influencer la vision** des patientes à propos de la ménopause.

M12	<i>« Tu peux dire la même chose avec la grossesse. C'est un changement d'état physiologique. Et qui doit être accompagné, pris en compte au niveau des souffrances et traiter en conséquences »</i>
M5	<i>« en la médicalisant, donc toujours plus »</i>
M7	<i>« c'est un sujet auquel on pourrait apporté de l'importance comme tout autre symptômes, tout autre plainte des patientes »</i>
M9	<i>« la CPAM pourrait faire des choses comme ça, pourrait par exemple s'engager à faire un peu plus d'information sur la ménopause »</i>
M10	<i>« si on leur en fait une description cataclysmique (rire) on peut les inquiéter inutilement »</i>
M3	<i>« je parle un peu de l'évolution, mais je veux pas être trop non plus négative, parce qu'il y a aussi plein de ménopause qui se passent hyper bien »</i>
M11	<i>« les professionnels de santé quels qu'ils soient sont importants dans l'image qu'elles ont et dans la gestion de leurs problèmes ou difficultés rencontrés »</i>

III.2.2.c. Evolution du soin

- **Ouverture du dialogue sur la ménopause**

Les entretiens ont montré précédemment que la perception de la ménopause est marquée par des valeurs sociétales qui mettent en évidence la ménopause sous un versant plutôt négatif. Quelques praticiens mettaient en avant de nouvelles perspectives dans la perception de la ménopause, qui pouvait désormais être de nos jours plus **valorisée** et les femmes encouragées à **s'assumer**.

M9	<i>« il n’y a pas assez de structure nationale qui mettent en avant la ménopause comme quelque chose de normal, naturel et pas forcément mauvais »</i>
M8	<i>« Dans les peuples premiers, en Amazonie ou autre au contraire c’est presque, ça montre à travers le visage qui se ride, c’est la sagesse, c’est l’expérience, c’est la capacité de transmettre des choses. Mais c’est des valeurs chez nous on a pas ça »</i>
M10	<i>« on commence dans certaines pub à mettre des femmes un peu plus âgées ou un peu plus ronde etc »</i>
M11	<i>« on valorise plus les femmes ménopausées qu’elle ne l’étaient il y a quelques années »</i>
M3	<i>« Ça s’améliore, j’ai quand même l’impression que ça s’améliore un petit peu »</i>
M8	<i>« des figures comme ça de femmes qui disent que « ben non on a un rôle, on est belles dans notre corps, on est sensuelle, on vit notre vie » »</i>
M8	<i>« Je vois de plus en plus de femme qui abandonnent les colorations, les choses comme ça. De montrer, ben voilà, j’ai l’âge que j’ai »</i>

Ouvrir le dialogue à propos de la ménopause et des sujets de gynécologie en général apparaissait pour une partie des praticiens comme le moyen de **lever le tabou** qui entoure ce sujet et donner de la visibilité aux expériences positives et négatives de la ménopause. La tendance actuelle serait selon certains généralistes à plus de liberté de parole sur des sujets médicaux qui pouvait être éludés ou peu connus auparavant dans la santé de la femme et notamment la ménopause.

M3	<i>« L’intimité des femmes, la sexualité et même l’anatomie des femmes, c’est pas quelque chose qui a intéressé pendant très longtemps, on commence maintenant à avoir des connaissances »</i>
M12	<i>« les femmes à juste titre osent de plus en plus exprimer leur ressenti, physique, psychique et à ne pas taire leurs symptômes et leur ressenti »</i>
M7	<i>« le regard des femmes a changé par rapport à ça aussi, elles en parlent »</i>
M8	<i>« les femmes maintenant, on commence à en parler plus, même sur les réseaux, des conférences, ménopause et ci et ça »</i>
M8	<i>« Avec Sophie Fontanel, des journalistes comme ça qui parlent beaucoup plus de ce qu’est une femme ménopausée. Laure Adler elle parle plus sur la vieillesse, passé 70 ans »</i>
M12	<i>« il y a des choses qui commencent à avancer, on l’a vu avec le burn out, on le voit avec l’endométriose que ça avance, la fibromyalgie c’est pareil c’est quelque chose qui commence à être beaucoup entendu »</i>
M9	<i>« c’est plus chacun dans son coin qui en parle plus, et du coup comme on en entend parler là là là et là ça fait que tout le monde en parle un peu plus »</i>
M9	<i>« qu’elles soient moins gênées d’en parler, pour que ce soit naturel quoi, qu’on puisse parler de ça comme on parle des grossesses »</i>
M11	<i>« on voit quand même plus d’affiches de femmes de 60 ans ou plus, je trouve, dans les rues, dans les pubs »</i>

- **Remise en question de la nécessité de traiter**

Pour une partie des médecins interrogés, il existait une tendance actuelle à vouloir **se passer de médicament** et à **promouvoir le naturel** à travers l’apport de solutions autres que médicamenteuses pour répondre aux demandes des patientes. Ils pouvaient alors proposer à leurs patientes un rééquilibrage de l’alimentation, l’activité physique ou des activités de relaxation pour rendre les symptômes moins gênants au quotidien. Quelques médecins **remettaient en question l’intervention du médecin et des médicaments dans un**

phénomène naturel et physiologique tel que la ménopause. Introduire une hormonothérapie substitutive pouvait être présenté par quelques praticiens comme inadapté et exagéré s'il était considéré comme un **traitement du risque et non d'une maladie** à proprement parlé.

M11	« une tendance globale des patients à ne pas vouloir de médicaments, à vouloir soit des traitements alternatifs soit pas de traitement »
M10	« on a pas forcément envie de prendre un traitement »
M10	« on insiste quand même plus maintenant sur les bénéfices d'une alimentation équilibrée, d'une activité physique, voilà des choses non médicamenteuse ou non technique »
M5	« J'ai l'impression qu'on est un peu plus nature maintenant »
M5	« est-ce qu'il faut traiter le normal ou surtraiter le normal »
M5	« ça peut arriver comme jamais. Et pourtant on veut agir dessus, comme si ça arrivait. Ca c'est de la toute puissance »
M5	« Tout vouloir chapeauter par la médecine c'est un désir de toute puissance et ça c'est pas bien »

Cette remise en question de la nécessité de traiter la ménopause se retrouvait également dans les entretiens par une **méfiance**, voir une **peur**, du médicament au sein de la population générale. La mauvaise presse du THS par le passé rendaient les médecins prudents dans leur intervention car réticents vis-à-vis du risque de cancer notamment. Ils se décrivaient en parallèle de plus en plus confrontés au cadre juridique dans leur exercice et au risque de représailles judiciaires en cas **d'erreur médicale** ou **d'effet secondaire**.

M10	« la peur des hormones »
M4	« les hormones en ce moment, c'est vrai, ont mauvaise presse »
M8	« maintenant c'est le package, on veut pas d'hormones, que ce soit pour la ménopause ou même pour la contraception »
M5	« les médicaments, même un doliprane on vous dit que ça donne des hépatites. Oui d'accord mais alors en fait faut plus rien donner »
M8	« m'assurer que je ne fais pas de bêtises, en vous prescrivant un traitement qui ne va pas correspondre à votre profil, à vos antécédents personnels ou familiaux »
M6	« le cadre juridique plus en tête parce qu'on est de plus en plus confronté à ça »
M5	« il vous attaque si vous avez pas traité et qu'il y a le tassement, et il vous attaque si vous avez traité et qu'il y a le cancer du sein »

- **Médecine au service de la recherche du confort de vie**

Les médecins interrogés considéraient pour une majorité que les femmes avaient surtout **besoin d'écoute** à la ménopause. Ils accordaient de l'importance à la dimension psychosociale entourant les patientes et se disaient se concentrer principalement **sur le ressenti** des femmes. Un médecin développait l'idée que les médecins étaient de plus en plus sensibilisés à l'**empathie** et à la prise en charge de la douleur.

M2	« C'est des patientes qui ont besoin d'écoute, qui ont besoin de temps, de parler un petit peu »
M5	« Si on est vraiment dans l'écoute, s'il y a une souffrance ça viendra je pense »
M8	« Souvent ce qu'elles disent, quand on aborde un peu tout ça, c'est que ça fait du bien de leur donner, de les entendre, de les comprendre »
M9	« faut qu'elles puissent parler quand même je trouve. Qu'elles puissent dire « bah c'est dur, je prends du poids, j'ai chaud tout le temps, je suis agacée » »

M9	« il y a tout l'aspect à côté, psychologique, vécu, ressenti, enfin ça joue beaucoup en fait »
M2	« j'essaye de ne pas raisonner en terme de « ménopause » ou de « pas ménopause », je m'occupe juste si tu veux du ressenti »
M3	« savoir ce qui est important pour elle. De recentrer sur leur besoin, en fait c'est ça »
M11	« Aujourd'hui on le voit il y a une prise en compte de ces douleurs qui est quand même plus importante »
M11	« j'estime faire partie d'une nouvelle génération où on est quand même plus à l'aise avec le ressenti du patient »

Pour une bonne partie des praticiens, la prise en charge était alors **individualisée** sur les patientes, dans leur globalité biologique, psychologique et sociale. La notion de **suivi** semblait essentielle pour certains praticiens pour apporter un bon soin et développer une relation de confiance permettant d'explorer les différents champs de la vie des patientes. Certains praticiens insistaient sur le fait qu'aborder la ménopause nécessitait de **s'adapter à chaque patiente**.

M10	« je fais vraiment selon les souhaits de la patiente »
M7	« j'en discute plus facilement avec les patientes que je suis depuis un certain nombre d'années »
M2	« moi je m'occupe de l'ensemble des symptômes, voir des symptômes spécifiques à chacune »
M3	« Si physiquement elles aiment faire du sport, qu'elles ont du poids en trop et qu'elles se sentent lourdes, bon ben d'accord quel sport, quelle alimentation etc.. »
M8	« c'est elle qui me disent selon leur croyance, leur convictions »
M9	« c'est de la cuisine la ménopause, faut essayer de trouver ce qui correspond à chacun »
M9	« essayer de voir ta patiente comment est-ce qu'elle est, comment est-ce que tu l'as voit, comment est-ce que tu peux la toucher, l'atteindre pour que ça ait de l'impact pour elle. Et puis c'est plus adapté, personnalisé comme prise en charge »

La moitié des praticiens considéraient devoir **améliorer la qualité de vie** des patientes et cherchaient pour cela à évaluer le confort physique et psychologique et la situation au quotidien des femmes. Parmi eux, certains pouvaient considérer que la femme était **responsable de sa santé** et de son amélioration à travers son investissement dans l'équilibre de ses habitudes de vie.

M11	« une volonté d'apport de bien-être »
M12	« si tu veux avoir une patiente avec un bien être, le plus important possible »
M3	« Comment se recentrer sur leur bien-être ! »
M7	« le confort de la vie et sur ce qu'il se passe au quotidien »
M10	« je vais essayer d'élargir un petit peu sur « et comment ça va ? », d'énumérer un certain nombre de situation, « et dans votre vie personnelle » des choses comme ça »
M10	« elles ont leur rôle à jouer aussi là-dedans, par le fait de garder une activité physique, d'avoir confiance en elle, de continuer à vivre normalement quoi »
M8	« des modifications qui vont venir de l'extérieur et là il n'y a que vous qui pouvez le faire »
M9	« c'est une question de volonté je dirais pour essayer de contrer ça »

IV. Discussion

IV.1. Apport de l'étude à la médecine

Notre étude, à travers la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes, a permis d'apporter une nouvelle perspective dans la perception de la ménopause en soulevant des problématiques liées à l'image de la ménopause et à la façon dont elle est abordée en pratique. Dans un objectif d'ouvrir le dialogue et de présenter la dynamique actuelle chez ces médecins généralistes, nos résultats montraient qu'elle était encore aujourd'hui visualisée et abordée sous un versant biologique et médical, faisant l'objet d'une stigmatisation autour de notions telles que le risque, l'altération de la qualité de vie et le vieillissement. Entre impasse thérapeutique et remise en question de la nécessité de traiter un événement physiologique de vie, certains médecins évoquaient la nécessité de reconsidérer la ménopause. En verbalisant un discours se voulant plus valorisant auprès des femmes en consultation, certains praticiens exprimaient le sentiment de devoir contrer une image négative de la ménopause pour aider à mieux l'accepter et, selon certains, permettre aux patientes de mieux la vivre.

IV.2. Limites et forces de l'étude

IV.2.1. Validité interne de l'étude

La méthode qualitative a été choisie par volonté d'une démarche exploratoire, permettant de soulever des problématiques et des ambivalences, à travers une diversité de points de vue chez des généralistes de nos jours (75). L'enquête par entretien était un moyen d'expression libre et ouvert de collecte de données, permettant de recueillir des informations sous forme de discours des médecins interrogés, afin de prendre en compte la dimension sociale et interpersonnelle des entretiens (72). Afin de limiter le biais d'information et mettre à l'aise, il était précisé aux participants que le but de l'étude n'était pas d'évaluer leur compétence concernant la ménopause ou leur prise en charge en pratique mais connaître leur point de vue et leur ressenti à ce sujet.

Dans un souci de pertinence et de réflexivité, le guide d'entretien était évolutif et modifié au fur et à mesure des entretiens permettant une souplesse dans la démarche exploratoire : amélioration de la compréhension des questions, réorientation des entretiens pour obtenir de nouvelles perspectives, suppression des questions non pertinentes ou inutiles (68).

L'envoi des verbatims aux médecins interrogés permettait d'obtenir leur validation avant intégration à l'analyse et renforcer la validité interne des résultats en permettant un retour des participants pour confirmer, réfuter ou affiner les propos (76).

Un déroulement séquentiel de l'analyse a permis, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, l'alternance entre collecte de données et analyse thématique afin de faire émerger des résultats préliminaires et réévaluer régulièrement leur pertinence (77).

Afin de limiter les biais d'interprétation, de multiples échanges ont eu lieu entre l'enquêtrice et la directrice de thèse au cours de l'enquête : à l'issue de chaque verbatim, durant le déroulement de l'analyse et l'émergence des résultats préliminaires, et après l'analyse finale. La triangulation des données à l'aide d'un double codage pour 3 entretiens par une tierce personne a permis également de limiter ce biais (68).

IV.2.2. Validité externe de l'étude

La stratégie d'échantillonnage s'est faite dans un souci de variabilité et de diversité de la population d'étude avec une sélection de praticiens de sexe masculin et féminin de tranches d'âge différentes allant de 30 à plus de 60 ans. Les praticiens exerçaient en milieu urbain ou semi-rural, les patientèles étaient décrites comme allant d'un milieu précaire à un milieu aisé. Enfin, les entretiens ont été réalisés dans quatre départements différents permettant une variabilité géographique (72). Le choix de recrutement de proche en proche a pu permettre de faire appel à des médecins plus ou moins sensibilisés au sujet de la ménopause afin de diversifier les points de vue et les pratiques : certains ont été sélectionnés parce qu'ils pratiquaient souvent voire exclusivement la gynécologie, d'autres parce qu'ils en faisaient au contraire très peu (78).

Dans cette recherche de diversité, nous avons réalisé les entretiens jusqu'à saturation des données pour l'objectif principal, obtenue à partir du 10^{ème} entretien et confirmée par les 11^{ème} et 12^{ème} entretiens (68).

Le logiciel NVivo a été utilisé pour l'analyse permettant de faciliter l'étape de codage, de faire un relevé thématique et de constituer une liste de thèmes émergents, permettant d'uniformiser et d'apporter une cohérence dans l'analyse des données (75).

IV.2.3. Les biais de l'étude

IV.2.3.a. Biais de sélection

Le choix des participants s'est effectué dans quatre départements de l'ouest de la France, ce qui constitue une zone restreinte et non représentative de l'ensemble de la population générale de médecins généralistes. La population rurale n'a pas été étudiée, et cette zone géographique pouvait manquer de diversité culturelle ou ethnique, à la fois des médecins généralistes mais également de leur patientèle.

Il existait un biais de recrutement par la nature non aléatoire de la méthode de proche en proche. Les sujets étaient sollicités sur recommandation des praticiens qui venaient de participer à l'entretien ou par connaissance avec l'enquêtrice. Ils étaient sélectionnés, dans une recherche de diversité, sur certains aspects démographiques comme l'âge ou le sexe, ainsi que leur milieu d'exercice et l'habitude ou non de la gynécologie dans leur pratique. Cette méthode était également non neutre car réalisée sur des praticiens considérés comme abordables et ouverts à la discussion à ce sujet. Il existait un biais de volontariat car les praticiens interrogés pouvaient accepter de participer pour plusieurs raisons : affinité avec l'enquêtrice, sensibilisation au sujet de la ménopause ou à la pratique en gynécologie, sollicitation directe d'un(e) confrère (78, 79).

IV.2.3.b. Biais d'information

Concernant les praticiens, certains ont pu omettre des informations qui auraient été utiles à l'analyse par gêne à répondre, par mauvaise compréhension des questions ou par oubli (80). Le manque de temps à consacrer à l'entretien pour certains praticiens a pu être un facteur limitant dans le développement de leurs opinions. Il pouvait par ailleurs exister une distorsion d'information à travers un biais de désirabilité sociale, où le praticien pouvait avoir tendance à livrer des réponses paraissant plus valorisantes pour lui, donnant une réponse erronée. De plus, en dehors d'un praticien ayant refusé sa participation à l'étude en exprimant un manque de temps, les raisons de non réponse des autres praticiens sollicités et n'ayant pas répondu n'ont pas été connues (79).

Concernant l'enquêtrice, un biais d'investigation existait du fait du manque d'expérience dans la réalisation des entretiens semi-dirigés. Ce biais a été appréhendé en s'attachant à maintenir une neutralité bienveillante durant les entretiens et en mobilisant ses capacités relationnelles et de communication acquises durant son cursus (75). Cependant, une influence directe pouvait toutefois exister sur les médecins interrogés à travers son attitude, son ton de voix, sa réaction aux réponses ou ses commentaires effectués en dehors du contexte de l'entretien. Des erreurs non intentionnelles ont pu être commises par négligence, mauvaise lecture d'une question, modification non pertinente de l'ordre des questions, prise en compte d'une réponse non correcte ou non pertinente fournie à une question, pouvant

interférer dans les réponses obtenues ou les orienter (80). La technique d'entretien a pu être améliorée au fur et à mesure de l'étude avec l'expérience des précédents entretiens, une auto-critique et les échanges avec la directrice de thèse.

Le guide d'entretien a été évolutif, et la mauvaise formulation de questions initiales ou la présence de questions finalement non pertinentes ont pu biaiser les données obtenues.

Si la saturation des données a été atteinte pour l'objectif principal, elle ne l'a pas été suffisamment pour l'objectif secondaire par manque de temps pour une réalisation plus approfondie.

IV.2.3.c. Biais d'interprétation

Un biais de subjectivité pouvait exister du fait de l'opinion même de l'enquêtrice, à travers ses recherches préalables à la réalisation de l'étude et ses connaissances, qui a pu influencer le choix des questions ou l'approfondissement de certains propos des participants. De même il pouvait exister une influence due aux attentes de l'enquêtrice vis-à-vis des participants selon leur lieu d'exercice, leur pratique en gynécologie ou leurs réponses préalables. Du fait des entretiens, l'enquêtrice a pu altérer ou influencer les réponses par la reformulation des questions ou une mauvaise compréhension de certaines réponses (80).

Un risque de subjectivité se retrouvait également dans l'analyse puisque l'interprétation des données dans ce type d'étude reste subjective, soumise à la perception et aux opinions de l'enquêtrice (79). Les réponses non pertinentes ou ne répondant pas aux questions de recherche n'ont pas été analysées. Pour limiter ce risque, une triangulation des données avec une médecin extérieure à l'enquête et les échanges avec la directrice de thèse ont été utilisés (78). Cependant l'interprétations des données n'a pas été soumise aux enquêtés *a posteriori* de l'analyse par manque de temps et pour la charge de travail que cela représentait.

IV.2.3.d. Biais de confusion

Interroger les praticiens au sujet de la ménopause a pu leur faire verbaliser des idées voir entrainer une réflexivité sur leur pratique ou leur perception pouvant interférer sur leurs opinions et les résultats donnés. Le contenu des verbatims n'est également pas socialement neutre, puisque interprétables selon le contexte culturel et social dans lesquels ils ont été établis (75).

IV.3. Discussion des résultats

IV.3.1. Qu'est-ce que la ménopause aujourd'hui du point de vue de généralistes

IV.3.1.a. Une conception biologique plus que psychosociale

Lorsque nous avons interrogés les praticiens pour savoir ce que la ménopause représentait pour eux, leur définition et leurs représentations se construisaient majoritairement autour d'une conception biologique et médicale. D'une part, liée à un déséquilibre hormonal, et d'autre part, source de symptômes, sensations physiques et modifications du fonctionnement corporel plus ou moins invalidants. En pratique, c'est à travers les doléances de patientes, la question du statut ménopausique ou de l'arrêt de la contraception, que la ménopause semble être abordée en médecine générale. Les médecins y présentent alors différents rôles, allant du diagnostic à l'accompagnement des patientes et au soulagement de leurs symptômes, jusqu'à l'évaluation de leurs facteurs de risque et la coordination des examens de dépistage. Nos résultats suggèrent qu'il existe une volonté des médecins de contrôler le risque lié au déclin hormonal et de promouvoir le confort de vie. Cette définition biomédicale et la part d'implication des médecins que nous retrouvons est cohérente avec une littérature médicale qui décrit la ménopause par son analyse génétique, sa conception biochimique, en passant par les mécanismes des bouffées de chaleur, l'examen des risques pour la santé des femmes, jusqu'à la mesure des symptômes et de leur retentissement sur la qualité de vie (81, 82, 83, 84, 85).

Nous avons pu remarquer au travers des entretiens, que voir la ménopause uniquement à travers un prisme biologique et clinique ne suffisait pas pour comprendre ce que vivent les femmes durant cette période et savoir comment répondre à leurs besoins. Nous constatons que cette conception biomédicale se confronte à des problématiques et à des contradictions en pratique qui viennent compliquer le soin de manière général. Considérer le corps d'une femme en ménopause sous un versant biomédical seul le place au centre de changements inévitables dénué de connotation culturelle, alors même que les récits de femmes dans la littérature montrent que ces changements sont vécus dans un contexte globalement évolutif à cette période (8, 86, 87).

Il est soulevé au cours des entretiens la dimension psychosociale : une femme en ménopause c'est aussi une femme dans son contexte familial, professionnel, avec son histoire de vie, ses représentations, ses attentes et ses besoins. Nous observons que pour les généralistes le partage d'expérience, qu'il soit intrafamilial, amical, sociétal (médias, réseaux sociaux) ou issu des messages véhiculés dans la communauté scientifique, fait partie intégrante de la façon dont les femmes peuvent appréhender la ménopause. Le manque de temps, de formation ou de communication peut d'ailleurs faire obstacle à l'inclusion de ces multiples facteurs en consultation. En s'illustrant sous ce versant psychosocial, la ménopause apparaît dans les entretiens et chez certains auteurs comme un phénomène complexe dont

les tenants et les aboutissants ne sont pas toujours évidents à inclure pour les praticiens dans leur prise en charge (8, 88, 89, 90).

IV.3.1.b. Un état physiologique médicalisé

Les résultats de notre étude montrent que la prise en charge de la ménopause est centrée sur l'amélioration de la qualité de vie et la prévention. Il s'agit de traiter des symptômes et des risques, et non pas une maladie en soi. Poser le terme de ménopause, dans nos entretiens, pouvait être utilisé à la fois par les praticiens pour tenter de rassurer les femmes, il ne s'agit pas d'une maladie mais bien d'une étape normale de la vie, et à la fois utilisé comme point de départ d'un arbre décisionnel autour de solutions thérapeutiques ou de prévention. Le terme de médicalisation est notifié plusieurs fois pour décrire l'articulation des soins en rapport avec la ménopause aujourd'hui. Parmi les médecins de notre étude, il était nécessaire pour certains d'intervenir dans la prévention des symptômes ou des complications, pour d'autres cela ne se justifiait que sur sollicitation des patientes. Quand d'autres pouvaient discuter la légitimité d'une prévention ou d'une thérapeutique, notamment hormonale, pour traiter un état physiologique. S'il a pu être évoqué la notion d'une consultation dédiée à la ménopause, elle s'articulait d'ailleurs principalement autour de la prévention et des règles hygiéno-diététiques. Adèle Clarke et al. développent l'idée d'une mouvance dans le soin où il ne s'agit plus seulement de détecter, classer et traiter les maladies, mais d'être de plus en plus tourné vers l'évaluation, la surveillance et le dépistage des risques, notamment grâce au développement des biotechnologies (intégration du digital dans le soin des patients, technologies et produits pharmaceutiques de plus en plus pointus, médecine du résultat basé sur des preuves) (87). Cette médicalisation est définie par certains auteurs comme le fait d'étendre la juridiction médicale, son autorité et ses pratiques sur les patients. Un processus qui définit une étape naturelle de la vie comme un problème médical qui pose question dans le système de santé (91, 92, 93, 94). Elle est d'ailleurs l'occasion pour les praticiens de l'étude comme pour certains auteurs, d'encourager les comportements positifs liés à la santé comme les changements alimentaires ou l'exercice physique. Avec pour objectif d'améliorer le bien-être et réduire le risque de problèmes physiques ou psychique (95).

Considérant nos résultats, nous nous sommes confrontés à une vision plutôt paradoxale : la ménopause le plus souvent caractérisée comme physiologique au cours des entretiens, est en fait régulièrement confrontée à l'image d'une ménopause maladie. Elle est présentée sous la forme d'une carence hormonale source d'une altération de la qualité de vie, de complications ou de problèmes de santé. Certains praticiens de notre études évoquaient la nécessité d'évaluer les facteurs de risques, le retentissement des symptômes afin d'anticiper les conséquences possible de la ménopause. D'autres relevaient pourtant la nécessité pour les femmes d'entendre que ce qui leur arrive est « normal » et qu'elles ne sont pas malades. Cependant, la prise en charge qui découle à travers les injonctions médicales et les traitements proposés apparente la ménopause à un état de santé qui tend vers le pathologique. Il apparait difficile pour les femmes dans la littérature, comme pour les praticiens de notre étude, de se situer dans cette polarisation du discours entre ménopause

naturelle et ménopause maladie, tant les deux versants semblent intriqués (81, 96, 97). Cette confusion entre le normal et le pathologique peut se retrouver pour certains auteurs dans la difficulté à situer ces changements physiologiques : ils semblent incompatibles avec une ménopause « naturelle » lorsqu'ils occasionnent un inconfort ou des douleurs, alors même qu'ils semblent contestables en tant que « ménopause maladie » car source d'appréhension et d'anxiété (81).

A travers une étude portant sur l'analyse des conversations sur la ménopause d'un forum, des auteurs développent qu'il existe un manque de connaissance voire une forme de marginalisation qui peut exister à travers des images et des métaphores de la ménopause, perpétuant ainsi une anxiété culturelle autour du vieillissement, de la féminité, de la sexualité, conduisant les femmes à s'interroger sur la normalité de leurs symptômes (98). Le partage d'expérience et de croyance au sein d'un groupe est alors d'autant plus contributif qu'il permet de normaliser le vécu en montrant que d'autres partagent les mêmes difficultés (88).

IV.3.1.c. Des limites pratiques pour les généralistes

Si la ménopause est décrite par certains praticiens interrogés comme un problème de santé, sa prise en charge était pourtant mal définie voire contradictoire, avec des déterminismes sociaux et médicaux qui viennent moduler et complexifier sa perception. Plusieurs facteurs dans notre étude présentent la ménopause comme quelque chose qui s'apprend sur le tas, et dont le médecin n'a pas toujours les clés en main pour subvenir de manière satisfaisante aux demandes des patientes : manque de temps de consultation, ménopause qui constitue rarement un motif de consultation en soi en médecine générale, manque de connaissance, incertitude quant au diagnostic ou à la nécessité d'un traitement. L'abord de la ménopause dans le suivi courant de médecine générale semblait d'ailleurs s'inscrire de manière aléatoire, abordée soit par les patientes qui avaient des interrogations, soit par les praticiens sensibilisés qui allaient rechercher des signes et des symptômes. De la même manière que des études montrent qu'il n'existe pas de ménopause universelle (95), on remarque à travers nos entretiens qu'il ne semble pas exister de conduite à tenir standardisée à propos de la ménopause.

Alors même que la plupart des médecins de notre étude précisent qu'elle peut être vécue sans faire l'objet de plainte des patientes, la place de l'intervention médicale dans la prise en charge de la ménopause paraît ambivalente. Les médecins interrogés peuvent considérer la ménopause comme une source de souffrance où il faut soulager et aider les patientes, comme ils peuvent être plus résilients sur leur possibilités d'action, confrontés à des incertitudes thérapeutiques et des symptômes aléatoires. L'intervention du médecin est même présentée parfois comme insuffisante ou inadaptée car les médecins se sentaient limités dans divers champs de leur compétences comme poser un diagnostic certain de ménopause ou apporter des solutions efficaces pour aider les femmes. La ménopause semble ainsi soulever un sentiment d'impuissance et de méconnaissance chez certains praticiens, naissant de leur propre ressenti auprès des patientes. De plus, selon leur sensibilité et leurs

spécificités pratiques, tous n'en parlent pas de la même manière. Il apparaissait indispensable pour certains de faire le point auprès des patientes sur la ménopause, alors que cela apparaissait moins systématique pour d'autres, voire même pour plutôt inconfortable pour quelques-uns du fait de leur sexe ou de leur manque de connaissance. Aborder la ménopause c'est aussi aborder l'intimité, la sexualité et la vie de couple qui pouvait pour certains constituer des situations délicates où ils ne se sentaient pas à l'aise. Ainsi, le genre ou l'âge du praticien, l'habitude de la gynécologie ou encore le temps de consultation ressortent comme des éléments pouvant interférer dans le dialogue auprès des femmes sur la ménopause (99, 100, 101).

IV.3.2. La médecine et les femmes à l'âge de la ménopause

IV.3.2.a. Une perception négative et une stigmatisation

Nos résultats suggèrent que la vision de la ménopause chez les généralistes interrogés s'articule globalement autour d'une image plutôt pénalisante associée à un inconfort de vie et à des événements physiques, psychiques ou sociaux le plus souvent décrits comme péjoratifs. On retrouve de manière récurrente l'idée d'une acceptation nécessaire pour les femmes, d'une adaptation et d'une appréhension alimentée par diverses influences : culturelles, médicales, familiales. Certains reconnaissent qu'il existe une influence liée à des idées reçues, des stéréotypes issus de la société. D'autres soulignent qu'être confronté aux doléances de patientes pouvait renforcer leur vision négative : par les plaintes récurrentes, l'emploi de mots forts pour décrire les symptômes ou encore le ressenti d'une souffrance chez les patientes. Or, si plusieurs nuancent cette vision négative en déclarant que cela ne constitue pas une généralité, la ménopause pouvant être un événement non négatif de vie où les plaintes ne sont pas systématiques, on retrouve peu d'élément illustrant une vision plus positive. Par exemple, lors d'un entretien il apparaît difficile pour une praticienne de trouver des éléments positifs à la ménopause. Pour une autre, elle se dit étonnée d'avoir été confrontée à une patiente ayant une augmentation de la libido après la ménopause, alors même qu'elle considérait la ménopause comme une période de plutôt de déclin de l'activité sexuelle. Cette différence se retrouve dans la littérature médicale : peu d'études diffusent un récit qui reconnaît la ménopause comme un processus naturel avec des aspects positifs et négatifs, et rares sont les discussions autour des aspects positifs de la ménopause (95). Elle semble l'objet d'une contradiction perpétuelle entre une stigmatisation autour du déséquilibre biologique et du vieillissement et une revalorisation timide qui peine à trouver des arguments pour déconstruire cette image négative (98). Et ce, d'autant plus que les médecins généralistes sont confrontés aux patientes qui présentent des plaintes ou des problèmes de santé, ce qui constitue un biais pouvant forcer les aspects négatifs de la ménopause (94).

Il est suggéré par certains praticiens de notre étude qu'une vision ou un discours négatif de la part du médecin pouvaient entraîner une appréhension négative chez les

patientes. Martha Hickey *et al.* avancent l'idée que se focaliser sur les symptômes et médicaliser la ménopause tend à mettre l'accent sur ses aspects négatifs et contribue à augmenter l'anxiété et l'appréhension des femmes à cette étape naturelle de la vie (95). Par une approche médicale seule, on pourrait perpétuer des attitudes négatives envers la ménopause en la présentant comme une maladie sur laquelle il est possible de garder le contrôle de son corps à l'aide des informations et des technologies médicales (89). A l'inverse, une posture visant à réduire les attitudes négatives vis-à-vis de la ménopause, incluant des perspectives culturelles, sociales, l'hygiène de vie et la relaxation, peuvent entraîner une réduction de la fréquence perçue et de la gravité des symptômes (102). La sensibilisation et l'éducation peuvent être décrites comme essentielles pour normaliser la ménopause et permettre aux femmes d'obtenir le soutien dont elles ont besoin (103). Ceci laisserait à penser que les représentations négatives autour de la ménopause peuvent entraîner une détresse rendant nécessaire ce soutien.

IV.3.2.b. La promotion de la jeunesse et de la bonne santé dans notre société

A travers l'évocation de la sexualité ou du désir de grossesse, l'existence d'une certaine forme de pression sociale autour de la féminité et de la procréation se retrouve au cours des entretiens. On note dans le discours des médecins des signes d'une stigmatisation sociale sur l'esthétisme du corps féminin et le rôle social de la femme, auxquels viennent s'ajouter des injonctions médicales liées à l'avancée en âge et au risque représenté par le vieillissement de manière général. La ménopause est d'ailleurs plusieurs fois associée à cette notion de vieillissement et certains praticiens l'intègrent dans leur définition de la ménopause. Ils reconnaissent toutefois une conception sociétale qui dévalorise le vieillissement, où on cherche à le retarder et le dissimuler. La ménopause est ainsi soit un changement de génération avec un passage à une étape de la vie plus mature, soit un marqueur désagréable de vieillesse à l'image d'une altération physique ou psychologique (104). Les expériences de la ménopause peuvent avoir tendance à être plus négatives dans les pays où les valeurs sociétales reposent sur la jeunesse et la capacité de reproduction et où le vieillissement est associé au déclin (8, 89). Certains auteurs attribuent d'ailleurs une vision plus négative de la ménopause lorsque son expérience est affectée par des attitudes sociales négatives (105).

Certains généralistes de l'étude se sentent par ailleurs sollicités pour maintenir une performance physique, psychique ou professionnelle, qu'il associent à une volonté de vieillir en bonne santé. Ils soulèvent ainsi la nécessité de réaliser des consultations préventives dès l'âge de 50 ans et, pour certains, d'encourager les patientes à consulter pour parler de leur difficulté à la ménopause. Cependant, la prévention ne s'articule plus sur le risque ostéoporotique ou cardiovasculaire spécifiquement liée à la ménopause, mais sûr l'âge de la cinquantaine de manière globale, qui rend éligible à des actes de prévention. Plusieurs praticiens ont fait état d'un paradoxe qui oblige les patientes à rester performante physiquement, socialement et professionnellement, tout en étant considérées fragiles et à risque au-delà d'un certain âge. Face à ses considérations d'une part, et aux sollicitations des patientes d'autre part, prendre en charge la ménopause incite les praticiens à vouloir apporter

une solution efficace pour accompagner les patientes, contrer les symptômes et éviter la diminution des performances physiques (106, 107, 108).

IV.3.2.c Vers une autonomisation et une prise en charge individualisée

Plusieurs médecins avançaient l'idée que libérer la parole sur des sujets tels que la ménopause, jusque-là plus ou moins éludés ou tabous, pourrait permettre de revaloriser, dédramatiser, rassurer les patientes et surtout déconstruire les stigmates. Vélez Toral *et al.* montrent que fournir aux patientes des informations personnalisées les aide à mieux comprendre et mieux gérer les changements pour en avoir une expérience plus positive (88).

L'écoute, l'empathie, la prise en compte du ressenti, sont des notions qui reviennent fréquemment dans notre étude pour caractériser le recueil des expériences de ménopause chez les patientes. La diversité du vécu incite ces médecins à avoir une approche centrée sur la personne et adaptée à chaque patiente, jusqu'à être individualisée. Des interventions globales incluant les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels propres à chaque patiente apparaissent ainsi nécessaires pour diffuser des informations équilibrées sur la ménopause et la santé afin d'éviter les croyances négatives et promouvoir des actions liées à la santé personnelle de façon plus pertinente (109).

La dynamique décrite dans les entretiens vis-à-vis du THS s'inscrivait principalement sur la prise de décision partagée entre médecin et patient, à travers l'évaluation d'une balance bénéfico-risque de prendre ou non un traitement hormonal. Or, on a pu relever plusieurs postures chez les praticiens : certains appuient la nécessité d'une discussion avec la patiente, d'autres évoquent leur refus de promouvoir ce traitement, notamment par réticence vis-à-vis des effets secondaires potentiels. Certains précisent même qu'ils attendent que la demande vienne de la patiente elle-même. Pourtant, si le traitement hormonal est reconnu par la plupart des praticiens de notre étude comme le plus efficace sur les symptômes vasomoteurs, il n'est pas toujours considéré comme une solution adéquate, voire parfois néfaste vis-à-vis des effets secondaires potentiels. Une bonne partie des praticiens encouragent d'ailleurs à faire sans dans la plupart des cas. L'appréhension du risque, entre autre cancérigène, de ce traitement encourage les médecins à y être vigilants et à ne pas l'imposer aux patientes : il s'agit d'en discuter conjointement avec elles (110). Les patientes peuvent être demandeuses d'une discussion faite de conseils bienveillants et d'une supervision médicale leur permettant d'accéder à une prise en charge satisfaisante (111). Cela implique pour certains auteurs de délivrer une information fondée sur des données probantes et qui doit être individualisée à chaque patiente pour permettre un choix éclairé (101). Mais si certaines patientes sont désireuses d'une communication sur les risques et les avantages afin de faciliter un choix éclairé et personnalisé, d'autres peuvent souhaiter une approche plus directive ce qui demande une certaine flexibilité de la part du praticien (101).

Dans les entretiens, l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des risques encourus, qu'ils soient mis sur le compte de la ménopause ou de l'avancée en âge, ne tient plus seulement à l'intervention du médecin, mais à l'intervention de la femme sur elle-même.

On retrouvait l'idée d'une patiente active et responsable dans sa santé par la modification de ses habitudes de vie. Les praticiens encouragent à réduire les risques cardiovasculaires, métaboliques ou osseux par le souci de réguler son hygiène de vie. Alors qu'auparavant les professionnels médicaux étaient considérés comme la principale source d'expertise sur la ménopause et le corps des femmes, la responsabilité de la prise en charge de la ménopause incombe désormais aux patientes elles-mêmes (7, 81). Le médecin, lui, tient sa place dans la constitution d'une alliance préventive notamment au niveau des habitudes hygiéno-diététiques mais également au niveau d'un suivi gynécologique à l'âge de la ménopause (91, 112). On se tourne ainsi vers une autonomisation de la patiente qui devient non seulement actrice dans la décision de traitement mais responsable de sa santé globale (3, 113). Encore une fois, cela nécessite que les femmes en âge de ménopause disposent des informations nécessaires pour être aptes à prendre des décisions éclairées sur leur traitement et leur soin (114).

IV.3.2.d Des paradigmes divergents

Quelques praticiens au cours de nos entretiens articulaient leur discours autour de la volonté de rechercher les besoins des patientes afin de proposer une prise en charge en adéquation avec ce qui représente réellement un enjeu pour elles. On retrouve plusieurs études qui s'attachent à explorer les attentes des femmes pour donner des perspectives de recherche afin d'affiner le soin à apporter aux patientes durant leur période de ménopause (104). La littérature montre que l'approche biomédicale de la ménopause est prédominante dans le domaine populaire occidental et le domaine clinique, construisant la ménopause comme un phénomène négatif nécessitant l'intervention médicale. Ils nous semblait d'autant plus important de s'interroger sur la nécessité de reconsidérer la ménopause chez les médecins aujourd'hui que cette approche ne constitue pas le seul discours à travers lequel se construit la ménopause. D'autres paradigmes s'attachent à la considérer autrement. Une approche socioculturelle par exemple considère l'expérience de la ménopause comme un phénomène naturel dans lequel le contexte social et culturel est important. Le paradigme féministe tend à considérer la ménopause comme une expérience biologique et médicalisée d'un processus féminin naturel où il existe des implications sociales et de classe. Enfin, un paradigme postmoderne considère la ménopause comme une transition physiologique dont l'expérience est très variable d'une femme à l'autre selon les dimensions psychologiques, sociales, historiques et culturelles qui y sont rattachées (81, 89).

V. Conclusion

A travers cette étude, on remarque que la ménopause est aujourd'hui considérée par des généralistes sous un versant biologique et médical prédominant. Il se révèle pourtant insuffisant en pratique : conjuguer médicalisation et dimension psychosociale confronte les généralistes à des contradictions et une complexification du soin. Le dialogue entre médecin et patiente reste limité et très hétérogène. Les perceptions autour de la ménopause sont finalement paradoxales avec des conduites à tenir en pratique floues et mal définies, ce qui nous amène à penser qu'il devient nécessaire d'envisager la ménopause autrement.

Si l'image de la ménopause dans la société et le monde médical se construit autour d'une vision plutôt négative qui peut être génératrice d'anxiété et d'appréhension chez les patientes, les tentatives pour déconstruire cette image péjorative restent minoritaires et tendent à rendre la femme active sur sa santé en favorisant son autonomisation dans le soin, alors même que cela contribue à renforcer la médicalisation de la ménopause autour du risque et de l'hygiène de vie.

A la vue de l'ensemble des considérations développées dans notre étude, on pourrait envisager une autre manière de parler de la ménopause, que ce soit auprès des patientes ou dans la formation médicale des généralistes.

Références bibliographiques

1. WHO Ménopause [Internet]. 2022 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
2. Goodman NF, Cobin RH, Ginzburg SB, Katz IA, Woode DE, Camacho PM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Menopause: Executive Summary of Recommendations. *Endocrine Practice*. nov 2011;17(6):949-54.
3. Murtagh MJ, Hepworth J. Menopause as a long-term risk to health: implications of general practitioner accounts of prevention for women's choice and decision-making. *Sociology of Health & Illness*. 2003;25(2):185-207.
4. CNGOF Ménopause [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause>
5. Kaufert PA, Lock M. Medicalization of Women's Third Age. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. janv 1997;18(2):81-6.
6. Legare F, Godin G, Ringa V, Dodin S, Turcot L, Norton J. Variation in the psychosocial determinants of the intention to prescribe hormone therapy prior to the release of the Women's Health Initiative trial: a survey of general practitioners and gynaecologists in France and Quebec. *BMC Med Inform Decis Mak*. déc 2005;5(1):31.
7. Ali AM, Ahmed AH, Smail L. Psychological Climacteric Symptoms and Attitudes toward Menopause among Emirati Women. *IJERPH*. 13 juill 2020;17(14):5028.
8. Hoga LA, Rodolpho JR, Gonçalves BG, Quirino B. Women's experiences of menopause: a systematic review protocol of qualitative evidence: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. *juill 2014;12(7):72-81*.
9. Freeman E, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: A systematic review. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 1 juill 2007;10:197-214.
10. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. 1 sept 2018;54(3):241-6.
11. Ilankoon IMPS, Samarasinghe K, Elgán C. Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 1 févr 2021;21(1):47.
12. Allen DJ, Heyrman PJ. Une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. *WONCA*. 2002;52.
13. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 18 avr 2017;j1744.
14. Stanzel KA, Hammarberg K, Nguyen T, Fisher J. 'They should come forward with the information': menopause-related health literacy and health care experiences among Vietnamese-born women in Melbourne, Australia. *Ethnicity & Health*. 31 mars 2020;0(0):1-16.

15. Perigois E, David M. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. BVA Group [Internet]. 6 nov 2008 [cité 29 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/>
16. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1 janv 2021;106(1):1-15.
17. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mai 2021;49(5):305-17.
18. CNGOF Ménopause E Book [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/21-ch14-131-140-9782294715518-menopause.html>
19. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*. avr 2012;19(4):387-95.
20. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. sept 2015;44(3):497-515.
21. Rousset-Jablonski C. Comment diagnostiquer la ménopause ? RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mai 2021;49(5):318-28.
22. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Intern Med*. 1 avr 2015;175(4):531.
23. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. déc 2017;17(1):128.
24. Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, Mood and Sleep in Menopausal Transition: The Role of Menopause Hormone Therapy. *Medicina*. oct 2019;55(10):668.
25. Greendale GA, Karlamangla AS, Maki PM. The Menopause Transition and Cognition. *JAMA*. 21 avr 2020;323(15):1495-6.
26. Llaneza P, García-Portilla MP, Llaneza-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. févr 2012;71(2):120-30.
27. Shea AK, Sohel N, Gilsing A, Mayhew AJ, Griffith LE, Raina P. Depression, hormone therapy, and the menopausal transition among women aged 45 to 64 years using Canadian Longitudinal Study on aging baseline data. *Menopause*. juill 2020;27(7):763-70.
28. Converso D, Viotti S, Sottimano I, Loera B, Molinengo G, Guidetti G. The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Women's Health*. déc 2019;19(1):148.
29. Elavsky S, Gold CH. Depressed mood but not fatigue mediate the relationship between physical activity and perceived stress in middle-aged women. *Maturitas*. déc 2009;64(4):235-40.

30. Nelson HD. Menopause. *The Lancet* (British edition). 2008;371(9614):760-70.
31. Goodman et al. - 2011 - American Association of Clinical Endocrinologists .pdf [Internet]. [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.endocrinepractice.org/action/showPdf?pii=S1530-891X%2820%2943264-1>
32. Wellons M, Ouyang P, Schreiner PJ, Herrington DM, Vaidya D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Menopause*. oct 2012;19(10):1081-7.
33. Tanbo TG, Fedorcsak PZ. Can time to menopause be predicted? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(11):1961-8.
34. Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *IJERPH*. 26 sept 2020;17(19):7049.
35. Kalra B, Kalra S, Bhattacharya S, Dhingra A. Menopause distress: A person centered definition. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 1 déc 2020;70:2481-3.
36. Plu-Bureau G, Mounier-Vehier C. [Menopausal hormone therapy and cardiovascular risk. Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. mai 2021;49(5):438-47.
37. Amundsen DW, Diers CJ. The Age of Menopause in Classical Greece and Rome. *Human Biology*. 1970;42(1):79-86.
38. Stolberg M. A Woman's Hell? Medical Perceptions of Menopause in Preindustrial Europe. *Bulletin of the History of Medicine*. 1999;73(3):404-28.
39. Gardanne. *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*. Paris: Méquignon-Marvis; 1821. 476 p.
40. Théré C. Âge de retour et retour d'âge: l'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836). *Clio* (Toulouse, France). 2015;(42):53-77.
41. Fothergill. *Conseils pour les femmes de 45 à 50 ans, ou Conduite à tenir lors de la cessation des règles* [Internet]. Londres: Briand; 1788 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k857861p>
42. Guyétant S. *Le médecin de l'âge de retour et de la vieillesse, ou, Conseils aux personnes des deux sexes qui ont passé l'âge de quarante-cinq ans* [Internet]. Paris: Chez l'auteur; 1836 [cité 18 mai 2022]. 516 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/lemdecindelage00guy>
43. Baskett TF. *Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2019 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/eponyms-and-names-in-obstetrics-and-gynaecology/8B4CAF8DF80CEF7441CF6532779CF26D>
44. Reid RL. Menopause Medicine: Past, Present, and Future. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. déc 2019;41:S347-9.
45. Robert A. Wilson. *Feminine Forever (A New Life: The Quest and the Key)* [Internet]. Evans, Lippincott. New York, Philadelphia; 1966 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <http://archive.org/details/feminine-forever-a-new-life-the-quest-and-the-key-wilson-1966>

46. Rozenbaum H. Notions actuelles sur la ménopause et l'hormonothérapie: Gériatrie et société. 1 déc 1996;19 / n° 79(4):72-82.
47. Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, Mack WJ, Hodis HN. Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*. nov 2016;254:282-90.
48. Worcester N, Whatley MH. The Selling of HRT: Playing on the Fear Factor. *Feminist Review*. 1992;(41):1-26.
49. Wysowski DK, Governale LA. Use of menopausal hormones in the United States, 1992 through June, 2003. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005;14(3):171-6.
50. Gompel A, Santen RJ. Hormone therapy and breast cancer risk 10 years after the WHI. *Climacteric*. 1 juin 2012;15(3):241-9.
51. Krieger N. Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 sept 2005;59(9):740-8.
52. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 17 juill 2002;288(3):321-33.
53. Wassertheil-Smoller S, Hendrix SL, Limacher M, Heiss G, Kooperberg C, Baird A, et al. Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: a randomized trial. *JAMA*. 28 mai 2003;289(20):2673-84.
54. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 9 août 2003;362(9382):419-27.
55. Azoulay C. Ménopause en 2004 : le « traitement hormonal substitutif » n'est plus ce qu'il était. *La Revue de Médecine Interne*. 1 nov 2004;25(11):806-15.
56. Traitement hormonal substitutif et risque de cancer du sein - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/afssaps/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Traitement-hormonal-substitutif-et-risque-de-cancer-du-sein>
57. Gayet-Ageron A, Amamra N, Ringa V, Tainturier V, Berr C, Clavel-Chapelon F, et al. Estimated numbers of postmenopausal women treated by hormone therapy in France. *Maturitas*. nov 2005;52(3-4):296-305.
58. Objectifs et champ d'application. *Maturitas* [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.maturitas.org/content/aims>
59. About The Journal [Internet]. International Menopause Society. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.imsociety.org/climacteric/about/>
60. About EMAS [Internet]. European Menopause and Andropause Society. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://emas-online.org/aboutemas/>
61. AFEM Menoflash [Internet]. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.menopauseafem.com/afem/>

62. Shoebridge A, Steed L. Discourse about menopause in selected print media. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999;23(5):475-81.
63. Lazar A, Su NM, Bardzell J, Bardzell S. Parting the Red Sea: Sociotechnical Systems and Lived Experiences of Menopause. *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. 2 mai 2019;1-16.
64. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ psychosomatique*. 2001;24(4):57.
65. Delanoë D, Hajri S, Bachelot A, Mahfoudh Draoui D, Hassoun D, Marsicano E, et al. Class, gender and culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France. *Social Science & Medicine*. 1 juill 2012;75(2):401-9.
66. Palacios S, Henderson V, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*. 1 oct 2010;13:419-28.
67. Kagawa-Singer M, Wu K, Kawanishi Y, Greendale GA, Kim S, Adler SR, et al. Comparison of the Menopause and Midlife Transition between Japanese American and European American Women. *Medical Anthropology Quarterly*. 2002;16(1):64-91.
68. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 1 janv 2008;84:142-5.
69. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative I. *Exercer*. oct 2009;(88):106-12.
70. Gélinas Proulx A, Dionne É. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. In: *Mesure et évaluation en éducation [Internet]*. 2010 [cité 27 déc 2022]. p. 127. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1024898ar>
71. Hammarberg K, Kirkman M, de Lacey S. Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. *Hum Reprod*. mars 2016;31(3):498-501.
72. Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan; 1992. 125 p. (128; vol. 19).
73. Meliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. In *Recherches qualitatives*; 2011 [cité 22 mars 2023]. p. 435. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01913628>
74. GMTQuali.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
75. Alami Sophie. *Les méthodes qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. (Que Sais-Je).
76. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. oct 2009;(88):106-12.
77. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*. 1 mars 2004;10(1):79-86.

78. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
79. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. [cité 15 janv 2023]; Disponible sur: <http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>
80. Regnier JC. L'enquête par entretien et quelques biais possible. [cité 15 janv 2023]; Disponible sur: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf
81. Lyons AC, Griffin C. Managing menopause: a qualitative analysis of self-help literature for women at midlife. *Social Science & Medicine*. avr 2003;56(8):1629-42.
82. Ruth KS, Day FR, Hussain J, Martínez-Marchal A, Aiken CE, Azad A, et al. Genetic insights into biological mechanisms governing human ovarian ageing. *Nature*. août 2021;596(7872):393-7.
83. Patel B, S. Dhillon W. Menopause review: Emerging treatments for menopausal symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. mai 2022;81:134-44.
84. Marlatt KL, Pitynski-Miller DR, Gavin KM, Moreau KL, Melanson EL, Santoro N, et al. Body composition and cardiometabolic health across the menopause transition. *Obesity (Silver Spring)*. janv 2022;30(1):14-27.
85. Iliodromiti S, Wang W, Lumsden M, Hunter M, Bell R, Mishra G, et al. Variation in menopausal vasomotor symptoms outcomes in clinical trials: a systematic review. *BJOG*. févr 2020;127(3):320-33.
86. Perz J, Ussher JM. "The horror of this living decay": Women's negotiation and resistance of medical discourses around menopause and midlife. *Women's Studies International Forum*. juill 2008;31(4):293-9.
87. Clarke AE, Fishman JR, Fosket JR, Mamo L, Shim JK. Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences Sociales et Santé*. 2000;18(2):11-42.
88. Vélez Toral M, Godoy-Izquierdo D, Padial García A, Lara Moreno R, Mendoza Ladrón de Guevara N, Salamanca Ballesteros A, et al. Psychosocial interventions in perimenopausal and postmenopausal women: A systematic review of randomised and non-randomised trials and non-controlled studies. *Maturitas*. 1 févr 2014;77(2):93-110.
89. Utz RL. Like mother, (not) like daughter: The social construction of menopause and aging. *Journal of Aging Studies*. avr 2011;25(2):143-54.
90. Zou P, Waliwitiya T, Luo Y, Sun W, Shao J, Zhang H, et al. Factors influencing healthy menopause among immigrant women: a scoping review. *BMC Womens Health*. 6 mai 2021;21:189.
91. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):41-66.
92. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*. 1995;17(3):393-404.

93. Bell SE. Changing ideas: The medicalization of menopause. *Social Science & Medicine*. janv 1987;24(6):535-42.
94. Hvas L, Thorsen H, Søndergaard K. Discussing menopause in general practice. *Maturitas*. 20 oct 2003;46(2):139-46.
95. Hickey M, Hunter MS, Santoro N, Ussher J. Normalising menopause. *BMJ*. 15 juin 2022;e069369.
96. Charlap C. La question de la ménopause dans le contexte français. *Gerontologie et société*. 6 nov 2015;37 / n° 148(1):123-34.
97. Lock M, Kaufert P. Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology*. 2001;13(4):494-504.
98. Lazar A, Su NM, Bardzell J, Bardzell S. Parting the Red Sea: Sociotechnical Systems and Lived Experiences of Menopause. In: *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* [Internet]. Glasgow Scotland Uk: ACM; 2019 [cité 23 nov 2021]. p. 1-16. Disponible sur: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3290605.3300710>
99. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, Kellogg-Spadt S, Simon JA, Goldstein JA, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 29 juill 2013;5:437-47.
100. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 1 nov 2010;67(3):233-8.
101. 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 Education and Counseling*. 1 mai 2004;53(2):121-8.
102. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A Psycho-Educational Program for Improving Women's Attitudes and Coping With Menopause Symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1 mars 2005;34(2):233-40.
103. The Lancet. Attitudes towards menopause: time for change. *The Lancet*. juin 2022;399(10343):2243.
104. Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI. Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):509-17.
105. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas*. janv 2010;65(1):28-36.
106. Geukes M, Oosterhof H, van Aalst MP, Anema JR. Attitude, confidence and social norm of Dutch occupational physicians regarding menopause in a work context. *Maturitas*. 1 sept 2020;139:27-32.
107. Rees M, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, Chedraui P, Durmusoglu F, et al. Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. sept 2021;151:55-62.
108. Verdonk P, Bendien E, Appelman Y. Menopause and work: A narrative literature review about menopause, work and health. *WOR*. 21 juin 2022;72(2):483-96.

109. Liao KLM, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas*. juin 1998;29(3):215-24.
110. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ*. 8 nov 2012;345(nov07 6):e6572-e6572.
111. Nappi RE, Palacios S, Particco M, Panay N. The REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: Country-specific comparisons of postmenopausal women's perceptions, experiences and needs. *Maturitas*. 1 sept 2016;91:81-90.
112. Koechlin A. Suivre et être suivie : l'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931 2018) [Internet] [These de doctorat]. Paris 1; 2021 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://theses.fr/2021PA01H220>
113. Murtagh MJ, Hepworth J. Feminist ethics and menopause: autonomy and decision-making in primary medical care. *Social Science & Medicine*. avr 2003;56(8):1643-52.
114. Hamoda H, Mukherjee A, Morris E, Baldeweg SE, Jayasena CN, Briggs P, et al. Optimizing the menopause transition: Joint position statement by the British Menopause Society, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Society for Endocrinology on best practice recommendations for the care of women experiencing the menopause. *Clinical Endocrinology* [Internet]. [cité 28 févr 2023];n/a(n/a). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cen.14783>

Annexes

I. Formulaire d'information

La ménopause, du point de vue de médecins généralistes de nos jours

Thèse d'exercice en médecine générale

Enquête qualitative

Docteur(e)

J'ai terminé mon internat de médecine générale il y a maintenant un an et je prépare actuellement ma thèse d'exercice. Ce projet est dirigé par le Dr Stéphanie MIGNOT GRANCOLIN à la faculté de médecine de Poitiers.

Cette thèse a pour sujet la ménopause, l'objectif est de mettre en évidence les points de vue et les pratiques des médecins généralistes à ce sujet de nos jours. Pour cela, je cherche à savoir ce qu'ils pensent à propos de la ménopause, qu'elles peuvent être leur représentations, et ce qu'ils peuvent faire en pratique auprès de leurs patientes.

Les praticiens participants à cette étude sont recrutés selon une méthode de proche en proche, afin d'avoir une diversité de point de vue. Sur la base de recommandation de la part de confrère, je suis amenée à contacter par téléphone des médecins généralistes pour leur exposer mon sujet et, s'ils sont volontaires, réaliser un entretien en présentiel.

Les entretiens seront enregistrés numériquement, anonymisés, retranscrits et conservés de manière confidentielle, puis détruits après analyse des données. Les propos recueillis seront utilisés aux seules fins de cette étude. Une copie de la retranscription de l'entretien sera envoyé au praticien par mail pour obtenir la validation des propos.

Avant de réaliser les entretiens, les participants devront répondre à un formulaire de consentement écrit. Ils peuvent toutefois se retirer à tout moment de l'étude ou refuser de répondre à certaines questions, sans encourir aucun préjudice.

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, un dossier auprès de la CNIL ainsi qu'un dossier auprès du comité d'éthique de La Rochelle ont été soumis.

Pour toutes informations supplémentaires, chaque praticien participant pourra contacter :

- La doctorante en charge de l'étude : marion.harchen@laposte.net ou au 06.62.70.05.70
- La directrice de cette thèse le Dr MIGNOT Stéphanie au 05.49.03.00.72.

Fait à :

Le :

Signature de la doctorante HARCHEN Marion

II. Formulaire de consentement écrit

Aborder la ménopause du point de vue de médecins généralistes de nos jours

Thèse d'exercice de médecine générale

Enquête qualitative

Je reconnais avoir reçu en main propre et lu la notice d'information de cette étude et je certifie que ma participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire.

Je suis conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement de participation sans avoir à me justifier ni encourir aucun préjudice.

J'accepte que l'entretien soit enregistré et que les données recueillies et/ou enregistrées soient conservées dans une base de données et fassent l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par la doctorante dans le cadre de l'analyse des données de cette étude.

J'ai bien été informé(e) que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de cette enquête.

Je suis conscient(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information personnelle me concernant sera traitée de manière confidentielle.

Si j'ai besoin de renseignements complémentaires, j'ai bien pris connaissance des personnes à contacter :

- La doctorante en charge de la réalisation des entretiens : par téléphone au 06.62.70.05.70 ou par mail à marion.harchen@laposte.net

- La directrice de cette thèse : Docteur MIGNOT Stéphanie au 05 49 03 00 72

Fait à _____, le _____

Signature du praticien volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'animateur de l'entretien : HARCHEN Marion

Signature de l'animateur de l'entretien :

III. Guide d'entretien

THEMES	QUESTIONS A ABORDER
<p>COMMENT LA MENOPAUSE EST-ELLE ABORDEE EN CONSULTATION ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment êtes-vous amené à parler de la ménopause en consultation ? <i>Relances :</i> <i>Selon vous qu'est-ce qui pousse les femmes à vous parler de leurs symptômes ?</i> <i>Pourquoi les interroger sur leurs symptômes ?</i> <i>Pourquoi parler de ces problèmes à la ménopause et pas à une autre période de la vie ?</i> <i>Qu'est ce qui peut favoriser les troubles climatériques selon vous ?</i> - Comment expliquez-vous que toutes les femmes ne vivent pas la même ménopause ? <i>Relances :</i> <i>Qu'est ce qui peut influencer selon vous une vision positive ou négative ?</i> <i>Qu'est-ce que cela peut impliquer pour les patientes ?</i> - Existe-t-il un tabou selon vous pour parler de la ménopause aujourd'hui ? <i>Reformulation :</i> <i>Qu'est ce qui peut gêner ou entraver le dialogue ? Qu'est-ce qui le facilite ?</i>
<p>QU'EST-CE QUE VOUS FAITES EN PRATIQUE ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment voyez-vous votre rôle en tant que généraliste quand il s'agit de parler de la ménopause ? <i>Relances :</i> <i>En pratique face aux patientes, qu'est-ce que vous faites ? Qu'est-ce que vous leur dites ?</i> <i>Position par rapport au THS : Si contre, de quoi avez-vous peur ? Si pour : qu'est-ce que cela apporte ?</i> - Est-ce que vous auriez une situation par exemple qui vous vient à l'esprit ? <i>Relances :</i> <i>Pourriez-vous me parler d'une patiente qui vous aurait marqué en particulier ?</i> - Pensez-vous que la vision des généralistes sur la ménopause peut influencer la vision des femmes sur leur ménopause ?
<p>LA MENOPAUSE : CE QUE CELA REPRESENTE POUR VOUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel image vous en avez, vous de la ménopause ? <i>Reformulation :</i> <i>Qu'est-ce que vous en pensez, vous, de la ménopause ?</i> <i>Est-ce que ça représente quelque chose pour vous ?</i> <i>Comment vous la percevez ?</i> <i>Relances :</i> <i>Quel est votre ressenti à vous ?</i>

En tant qu'homme, en tant que femme ? Et comment le dissociez-vous ?

- Est-ce que votre vision de la ménopause a pu évoluer au fur et à mesure de votre pratique ?

Relance :

Qu'est ce qui a pu vous influencer ?

- Qu'est-ce que a pu vous sensibiliser sur ce sujet ?

Relance :

Avez-vous des formations complémentaires ? Si oui, est-ce que cela a pu influencer votre vision de la ménopause ?

- Quelle attention est portée à la ménopause dans notre société selon vous ?

Reformulation :

Qu'est-ce qui ressort socialement pour vous ? Et dans le corps médical ?

Relance :

Que pensez-vous de l'image de la femme ménopausée dans notre société ?

- Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Résumé

Introduction

La ménopause est un changement physiologique de la vie des femmes qui se définit sous un versant biomédical prédominant dans la médecine occidentale. La littérature montre cependant une diversité socio-culturelle dans sa perception et une évolution des pratiques depuis plusieurs décennies qui nous amène à nous interroger sur la perception de la ménopause chez des généralistes de nos jours.

Objectifs

Notre objectif principal était de mettre en évidence la perception de la ménopause chez des médecins généralistes en identifiant leurs représentations et leur ressenti au cours de la pratique. Notre objectif secondaire était d'identifier ce qui pouvait être issu d'une influence sociale dans leur vision portée sur la ménopause.

Méthode

Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes installés en libéral en Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Loire-Atlantique et dans le Morbihan. Les données recueillies ont été analysées de façon thématique puis descriptive et triangulaire.

Résultats

La population d'étude était composée de six hommes et six femmes appartenant à des tranches d'âge et une pratique de la gynécologie différentes. Notre étude montre que la ménopause est principalement définie sous un versant biologique et médical dont la part physiologique est supplantée par les notions de risque et d'altération de la qualité de vie. Dans l'ensemble, les médecins percevaient une évolution du soin contribuant à améliorer le confort de vie et à considérer la ménopause comme une période propice à renforcer la prévention et la promotion de la santé. La plupart des médecins décrivaient une part d'implication psychosociale dans le soin des femmes ménopausées, avec la nécessité d'avoir une approche centrée sur la patiente. Ils soulevaient la complexité et les limites de l'implication médicale que ce soit dans la connaissance, le diagnostic, le traitement et la communication auprès des patientes. Ils relevaient également une image sociétale négative liée à une stigmatisation autour du vieillissement, de la maladie, de la procréation et de la féminité qui pouvait être difficile à contrer en pratique.

Conclusion

La ménopause est principalement considérée sous un versant biomédical confronté en pratique à des problématiques qui pourraient être liées à une difficulté d'intégration des facteurs psychosociaux et culturels dans le soin. Dialogue limité, prise en charge mal définie, perception négative sociétale et médicale génératrice d'anxiété et d'appréhension chez les patientes, reconsidérer la ménopause et déconstruire la stigmatisation dont elle peut faire l'objet pourrait permettre d'améliorer le soin apporté aux patientes durant cette période.

Mots clés : ménopause, santé de la femme, médecine générale, gynécologie



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis 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 et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

