



HAL
open science

Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées

Emmanuelle Devaux, Elsa Delhaye

► To cite this version:

Emmanuelle Devaux, Elsa Delhaye. Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01690597

HAL Id: dumas-01690597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690597>

Submitted on 23 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017/2018

EXPLORATION PAR UNE ÉTUDE QUALITATIVE DES RÉTICENCES DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES A ABORDER L'INCONFORT VAGINAL CHEZ LES
FEMMES MÉNOPAUSÉES

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Emmanuelle Devaux & Elsa Delhaye

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE LE MARDI 16 JANVIER 2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Pr. IMBERT PATRICK

Membres :

Pr. BOUGEROL THIERRY

Pr. HOFFMANN PASCALE

Dr. GIDON MICHEL : directeur de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOULLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Sommaire

Remerciements en commun	7
Remerciements d'Elsa	8
Remerciements d'Emmanuelle	10
Abréviations	13
Résumé	14
Abstract	15
Introduction	16
Méthode	18
Résultats	20
Caractéristiques des médecins :.....	20
Résultats principaux	22
1. Les freins inhérents à l'organisation du cabinet	26
2. Rôle du médecin et représentation de son travail	27
3. Le manque d'aisance des médecins.....	28
4. Les freins inhérents aux médecins	31
5. Les freins inhérents aux patientes	35
6. La limitation thérapeutique dans la prise en charge.....	38
Résultats secondaires	40
Discussion	44
Synthèse des résultats principaux et comparaison avec la littérature	44
Forces et faiblesses de l'étude	51
Mise en perspective	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
Annexe 1	59
Annexe 2.....	60
Annexe 3.....	62
Annexe 4.....	129

Remerciements en commun

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur IMBERT Patrick.

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Merci pour votre intérêt sur le sujet et votre disponibilité pour les thésards. Nous sommes également sensibles à votre engagement universitaire pour la médecine générale. Puissiez-vous ici trouver l'expression de notre profonde admiration et de notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Monsieur le Professeur BOUGEROL Thierry.

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail. Nous sommes certaines que votre vision, en tant que psychiatre sur le sujet est une aide précieuse. Veuillez trouver dans notre travail notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

Madame la Professeur HOFFMANN Pascale.

Nous vous exprimons notre plus grande reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre avis de spécialiste sur le sujet. Puissiez-vous trouver dans notre travail l'expression de notre gratitude.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur GIDON Michel.

Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté de diriger notre thèse. Votre enthousiasme, votre confiance, vos conseils, votre disponibilité, nous ont permis de mener à terme ce projet.

Nous voulions sincèrement remercier toutes les personnes qui nous ont aidées au cours de notre thèse. Plus particulièrement les quatorze médecins généralistes qui ont pris le temps de nous répondre.

Remerciements d'Elsa

A Emmanuelle, pour tout le travail accompli et ta motivation sans faille. Sans toi ce travail n'aurait probablement jamais vu le jour à cette date ! Merci pour ta bonne humeur, nos fous-rires et tout le reste...

A Alexandra, c'est avec toi que le sujet a été lancé. Même si tu n'as pas pu finir avec nous ce travail, je te remercie pour toutes nos discussions enflammées et l'aide que tu nous as apportée. J'espère que le résultat te plaira.

A ma famille,

A ma Maman pour avoir toujours cru en moi, m'avoir soutenu pendant toutes ces années. Je sais que tu es fière et heureuse pour moi !

A mon Papa également pour ton soutien inconditionnel. J'espère que notre thèse, t'intéressera étant donné ton attachement de longue date à la médecine.

Maman et Papa vous êtes en or ! Vous pouvez être fiers de tout ce que vous m'avez apporté. Merci !

Merci à David alias Doudou, à l'autre bout du monde en ce jour, pour tous tes commentaires ironiques sur ces « belles études de médecine » qui m'ont aidé à tenir. Je pense bien à toi à l'heure où je les termine. J'espère que tu trouveras bientôt ta voie !

A ma petite sœur, Théa, pour avoir été là. Et tu vois comme quoi, on galère mais un jour ça se finit ! Je te souhaite d'avoir ce que tu désires tant sur le plan professionnel que personnel mais surtout d'y arriver rapidement !

A Catherine et Régis, pour vous être toujours intéressés à l'avancement de mes études puis de mon travail. Merci pour votre soutien.

A mes cousins Céline, Coline et Kevin, ne changez rien !

A mes grands-parents, Françoise et Roger, merci d'être là pour cette soutenance. Merci aussi d'avoir été depuis ma naissance, une présence constante d'amour, qui m'a aidée à grandir.

A mon grand-père Alain, qui ne verra malheureusement jamais ce travail. Je pense fort à toi en ce jour particulier.

A Grégoire mon chéri, depuis onze belles années, pour avoir su me comprendre, m'aider, me soutenir et me « booster » pour cette thèse mais aussi pour tout le reste. Merci de ton amour au quotidien. La fin de mes études nous laisse entrevoir de nouveaux projets passionnants que j'ai hâte de réaliser avec toi (et Bliss !).

A toutes les infirmières/infirmiers, aides-soignantes rencontrées, en particulier Clara (et Thomas puis Will depuis peu), Claire (et David), et Mélanie de l'hôpital de Sallanches. Merci d'avoir fait de ce semestre à la montagne, une amitié qui perdure malgré la distance.

A Agathe, pour ton soutien, ton amitié et toutes les belles sorties en montagne. Je te souhaite également une bonne réussite pour ta thèse.

Aux co-externes, co-internes qui ont rendus ces longues études agréables.

A tous mes maitres de stage de SASPAS, d'UPL et hospitaliers, pour avoir contribué à mon amour pour la médecine « en général ». Merci d'avoir partagé votre savoir et votre expérience.

Remerciements d'Emmanuelle

A mon frère Fabien,

Je ne me voyais pas commencer mes remerciements par une autre personne. Huit ans maintenant à vivre avec ton absence. Il y a des choses que je n'ai pas osé te dire, d'autres qu'on a pu faire. Mais au quotidien tu es avec moi, tu me donnes la force qu'il me manque dans les étapes de ma vie.

Ton histoire marquera à jamais ma carrière, mon empathie envers les patients et leur famille.

Cette réussite, elle est pour toi grand frère, merci à toi!

A Elsa la force tranquille de ce binôme, qui a su atténuer mes phases de stress et décrypter dans la mesure du possible le sens des phrases compréhensibles que par moi-même.

Je retiendrai que les bons moments de craquage. Tu avais raison Elsa, on a réussi!

Un grand merci à mes parents pour qui mes choix géographiques ou de voyage n'ont pas été simples à accepter. Les mots ne sont pas votre fort, mais l'amour que vous portez à vos enfants est inconditionnel. Prenez soin de vous et soyez heureux!

A toi papa, je me souviendrai à vie de ce moment dans ton bureau où on apprenait que j'avais réussi ma première année de médecine. Merci papa pour tout ce que tu m'apportes.

A toi maman, la personne qui a subi le plus mes moments de stress durant ces études. Je me demande avec le recul qui avait le plus de stress? Tu as toujours cru à ma réussite par mon travail acharné lorsque je n'y croyais plus. Merci maman!

A toi Jennifer,

Un grand merci pour tes nombreuses relectures. Une occasion de me remettre en mémoire les difficultés de la langue française! Avec ton humour et tes références c'était beaucoup plus sympa!

Nous nous sommes rapprochée depuis que je suis partie, ce qui me rend plus heureuse. Ta force paisible est un guide pour moi. Merci d'être ma grande sœur, parfois un peu dans le recul, mais toujours présente pour aider les autres.

Merci Sandra pour ton soutien durant ces dix années de médecine et de m'avoir choisi pour être la marraine d'Eva.

A Eva, ton âme d'enfant ensoleille ma vie. Ton sourire est pour moi un bonheur sans fin. Je suis fière d'être ta marraine!

A Candice, Florian, Lenny, on se voit peu mais les retrouvailles sont que du bonheur.

Ma petite Camille, notre amitié est récente mais je ne doute pas qu'elle soit longue. Notre complicité me ravit. Je souris en repensant à nos moments de folie. Tes chants mandarins à la tombée de la nuit en Haute-Corse resteront gravés longtemps. Tu seras un très bon pédiatre!

Elisabeth, tu as ensoleillé mes jours de remplacements difficiles. Secrétaire au départ, mais amie maintenant. Tu es rayonnante, empathique, positive, sincère et généreuse. Merci de ton aide pour le recrutement des médecins.

A mes acolytes de vols Sam et JP, déjà de nombreuses heures de vols ensemble et des moments d'amitiés. Je vous adore!

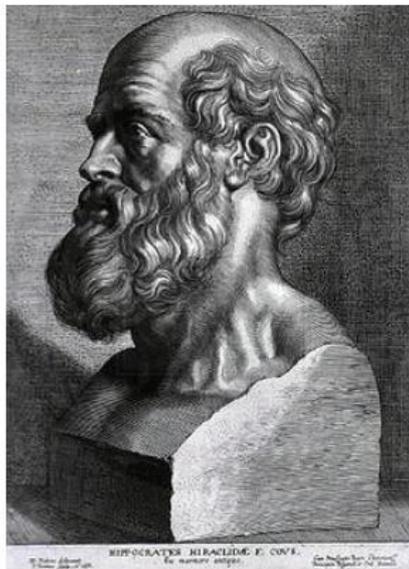
Merci à tous les médecins qui ont été un exemple pour moi et m'ont conforté dans mes choix de médecine générale. Aux praticiens du SASPAS de Saint Jean de Maurienne et Saint Michel de Maurienne, aux médecins du CSG de Thonon, au Dr Julien.

Au Dr Gidon, merci pour ces six mois au CSG. J'ai appris énormément aussi bien du point de vue médical qu'humain. Votre ouverture d'esprit et votre recul sur la médecine me conforte que l'on exerce un beau métier, et il est important de le pratiquer en son âme et conscience. Merci pour votre aide dans notre thèse.

Au secrétaire de Morzine, à l'équipe du CSG, merci d'être comme vous êtes. Vous faites du bien aux patients et aux internes.

A toutes ces belles rencontres : Agathe, Alexandra, Anne-Marie, Charlotte, Albert, Olivier.

" Pour chaque fin, il y a toujours un nouveau départ " Antoine de Saint Exupéry (le petit prince) .



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

Abréviations

OMS: Organisation mondiale de la santé

FMC: Formation médicale continue

AVV: Atrophie vulvo-vaginale

Résumé

Emmanuelle DEVAUX & Elsa DELHAYE UFR MÉDECINE FILIÈRE : Médecine Générale	
EXPLORATION PAR UNE ETUDE QUALITATIVE DES RETICENCES DES MEDECINS GENERALISTES A ABORDER L'INCONFORT VAGINAL CHEZ LES FEMMES MENOPAUSEES.	
<p><u>Contexte</u> : A la ménopause, le manque d'œstrogènes est à l'origine d'une atrophie vulvo-vaginale. 45% des femmes ménopausées décrivaient un inconfort vaginal. Cependant celui-ci est sous-diagnostiqué et sous-traité.</p> <p><u>Objectif</u> : L'objectif était de comprendre les réticences des médecins généralistes à discuter de l'inconfort vaginal avec leurs patientes ménopausées.</p> <p><u>Méthode</u> : étude qualitative par entretien semi-dirigé avec une approche phénoménologique, auprès de médecins généralistes de Haute-Savoie.</p> <p><u>Résultats</u> : Les principales réticences sont d'abord médicales : l'organisation du cabinet qui peut être difficile, le manque d'aisance et les freins inhérents au médecin mais aussi la représentation qu'il a de son métier. D'autres réticences sont inhérentes aux patientes, de par le côté tabou du sujet, la diminution du suivi gynécologique et l'absence d'information publique. Enfin, il existe des réticences communes aux médecins et aux patientes regroupées sous le thème de la limitation thérapeutique. Les médecins disposent de peu de traitements, doivent faire face à des ruptures de stock, et à une méfiance de leurs patientes concernant les traitements hormonaux.</p> <p><u>Conclusion</u> : Il est nécessaire de former les médecins au sujet de l'inconfort vaginal afin d'optimiser la prise en charge de leurs patientes. Il est également important de sensibiliser celles-ci par une information grand public, des tracts en salle d'attente afin qu'elles consultent plus facilement leur médecin traitant. Un travail complémentaire sur les réticences des femmes ménopausées à aborder l'inconfort vaginal avec leur médecin pourrait compléter notre étude.</p>	
<p>MOTS CLÉS :</p> <ul style="list-style-type: none">- atrophie vulvo-vaginale,- inconfort vaginal- réticences- médecin- patientes ménopausées- syndrome génito-urinaire	

Abstract

Title : Qualitative study exploration, of the general practitioners' barriers to discuss vaginal discomfort in menopausal women.

Background : The privation of oestrogens at the menopause causes a vulvo-vaginal atrophy. 45% of menopausal women suffer from vaginal discomfort, it is however under-diagnosed and under-treated.

Objective : The objective of this thesis was to understand the barriers of general practitioners (GP) to discuss vaginal discomfort with their menopausal patients

Method : Qualitative study through semi-directed interviews of GP with a phenomenological approach conducted in Haute-Savoie.

Results : The main barriers were firstly medical : the way the practice is set up, the GPs' unease and their own personal reluctances, including what they believe their medical responsibilities encompass. Barriers also exist on the patients' side: taboo of the issue, decrease of gynaecological appointments after the menopause, and lack of public education. Finally, there are barriers common to both GPs and patients which mainly fall in the therapeutic limitation theme. GP have limited treatment options, face restricted availability of drugs and patients' mistrust regarding hormonal therapy.

Conclusion : GPs need to be trained about vaginal discomfort in order to optimise treatments. Public education for menopausal women is also needed to make it easier to bring up the issue with their regular GP. A complementary work could be done on menopausal women to understand better their reluctance to discuss their symptoms with their GP.

Keywords : vulvovaginal atrophy, vaginal discomfort, barriers, general practitioners, menopausal women, genito-urinary syndrome

Introduction

Selon l'OMS, la santé sexuelle est un droit essentiel de l'être humain. Elle est définie par un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert " une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque " (1).

Au moment de la ménopause, la diminution des taux d'œstrogènes provoque une atrophie des muqueuses vulvaire et vaginale, à l'origine d'une sécheresse, d'un prurit ou de dyspareunie qui sont les manifestations les plus fréquentes du syndrome génito-urinaire (2) . Ces symptômes sont responsables d'un inconfort vaginal qui rendent les relations sexuelles plus difficiles et moins épanouissantes pour les femmes ménopausées et leur partenaire. À l'âge de la ménopause, plus d'une femme sur deux interrogées relatent des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale (3) .

Plusieurs études montrent que l'inconfort vaginal impacte la qualité de vie, la satisfaction et la spontanéité sexuelle(4) (5) (6) . Il y aurait une diminution de 50% de l'activité sexuelle en lien direct avec ces troubles (7) .

Malgré une prévalence forte et l'importance des symptômes, l'atrophie vulvo-vaginale est mal identifiée en consultation de médecine générale. Le sous-diagnostic serait dû à un manque de connaissance de la part des patientes et un manque de communication avec leur médecin. Selon Palma et al. (2016), 40% des femmes interrogées trouvaient que leurs symptômes étaient insignifiants et résultaient d'un vieillissement physiologique. 78,7% des femmes récemment diagnostiquées lors de l'étude n'avaient jamais été questionnées par leur médecin sur ces symptômes (7) (8). Ce sous-diagnostic engendre une faible prise en charge, qui plus est dans un

contexte de méfiance de la part des patientes vis-à-vis des traitements pour la plupart hormonaux (3) .

La majorité des femmes ménopausées (75%) aimeraient que ça soit leur médecin qui initie la conversation. Seulement 11% ont réussi à exprimer spontanément leurs symptômes lors d'une consultation (9) . Peu d'études soulignent cette difficulté de la part des médecins à interroger leurs patientes sur les effets secondaires de la ménopause. Une seule a expliqué les raisons, cela serait " par manque de temps, par manque d'expérience, la peur de se mettre dans l'embarras voire des croyances religieuses " (8) . Néanmoins, peu de travaux ont été menés sur cette question et aucun en France. L'objectif de cette étude qualitative est de déterminer les réticences des médecins généralistes à discuter de l'inconfort vaginal avec leurs patientes ménopausées.

Méthode

1. Méthode

L'étude réalisée est une étude qualitative par entretien semi-dirigé avec une approche phénoménologique.

2. Population

Cette étude a été menée de novembre 2016 à septembre 2017 auprès de médecins généralistes exerçant en libéral dans le département de la Haute-Savoie.

3. Recrutement

Le recrutement de la population a été réalisé de façon standardisée par e-mail, téléphone et de vive-voix. Il a été conduit jusqu'à variation maximale de l'échantillon selon les critères du sexe, de l'âge, de la pratique de la gynécologie, du temps d'installation et du lieu d'exercice. Il s'est terminé lorsque le nombre d'entretien était suffisant pour obtenir une saturation des données (absence de nouvelles données lors de deux entretiens successifs).

Les médecins généralistes ont été préalablement informés par écrit du sujet de l'étude avant de donner leur consentement.

4. Collecte des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par les deux auteures soit au cabinet des médecins soit à leur domicile.

Ils étaient enregistrés par dictaphone après accord de chaque médecin, puis retranscrits en verbatim et ensuite anonymisés avant le codage. Les interviews étaient menées grâce à un guide d'entretien comprenant des questions de relance.

Les auteures pouvaient s'en écarter si un nouveau thème apparaissait. Le guide d'entretien a été testé sur deux médecins avant la collecte des données. Il a évolué sous forme de deux versions au fil des entretiens (Cf. annexe 1 & 2) . Il a été modifié en raison de questions trop fermées, après la réalisation de ces deux entretiens tests.

Les caractéristiques des médecins étaient transcrites sur le cahier de terrain à la fin des interviews. (cf. tableau 1)

5. Analyse des données

L'analyse de contenu qualitative avec une approche phénoménologique a été retenue. Le but de l'étude n'était pas de construire des théories mais de comprendre de manière détaillée les réticences des médecins à parler d'inconfort vaginal avec leurs patientes.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits. Les auteures ont, chacune de leur côté, réduit les retranscriptions en unités de sens identifiées par une étiquette. Lors des séances de codage, les étiquettes étaient mises en commun et regroupées en thème après discussion entre les deux auteures. Ces thèmes ont été organisés sous forme d'arbres de codage.

L'analyse des données s'est effectuée manuellement par les logiciels Word®/Excel®.

6. Disposition légale

Cette étude a été déclarée à la CNIL. Il n'a pas été nécessaire de demander l'autorisation du comité d'éthique.

Résultats

Pour une raison d'authenticité, les verbatim utilisés ont été littéralement retranscrits et peuvent être grammaticalement incorrects.

Caractéristiques des médecins :

Nous avons réalisé quatorze entretiens. La saturation des données a été obtenue après 12 entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'absence de nouvelles données. Les échanges ont duré entre 11 et 38 minutes.

La parité hommes/femmes a été respectée. La moyenne d'âge des médecins était de 44,5 ans, avec un temps d'installation moyen de 13,1 ans. 92% des médecins déclaraient pratiquer de la gynécologie, et 43% avoir été sensibilisés à l'inconfort vaginal. Les médecins interrogés exerçaient à 28,5% en milieu rural, 35,7% en milieu urbain et 35,7% semi-rural.

Les caractéristiques des médecins ont été détaillées dans le tableau 1:

	Age	Sexe	Pratique de la gynécologie	Temps d'installation	Sensibilisé à l'inconfort vaginal	Durée d'entretien	Lieu d'entretien	Lieu d'exercice
M1	49	F	oui	15 ans	oui	38min	domicile	Urbain
M2	58	H	oui	30 ans	oui	36min	cabinet	Rural
M3	44	H	oui	14 ans	oui	23min	cabinet	Rural
M4	34	H	oui	5 ans	non	35min	cabinet	Rural
M5	38	H	peu	5 ans	non	24min	cabinet	Semi-rural
M6	37	F	oui	9 mois	oui	19min	cabinet	Urbain
M7	37	F	peu	3 ans	non	19min	cabinet	Semi-rural.
M8	38	F	oui	6 ans	non	19min	cabinet	Semi-rural
M9	58	F	oui	26 ans	oui	19min	cabinet	Semi-rural
M10	48	H	non	18 ans	non	11min	cabinet	Urbain
M11	31	F	oui	0 an	non	18min	domicile	Semi-rural
M12	30	H	oui	1 an	non	22min	cabinet	Rural
M13	59	H	peu	25 ans	non	22 min	cabinet	Urbain
M14	62	F	oui	36 ans	oui	21 min	cabinet	Urbain
Moy.	44.5			13.1		23.3		

Tableau 1

Résultats principaux

Les principales réticences des médecins ont été regroupées en six thèmes que nous avons organisés en 3 catégories :

- **Thèmes Médicaux :**

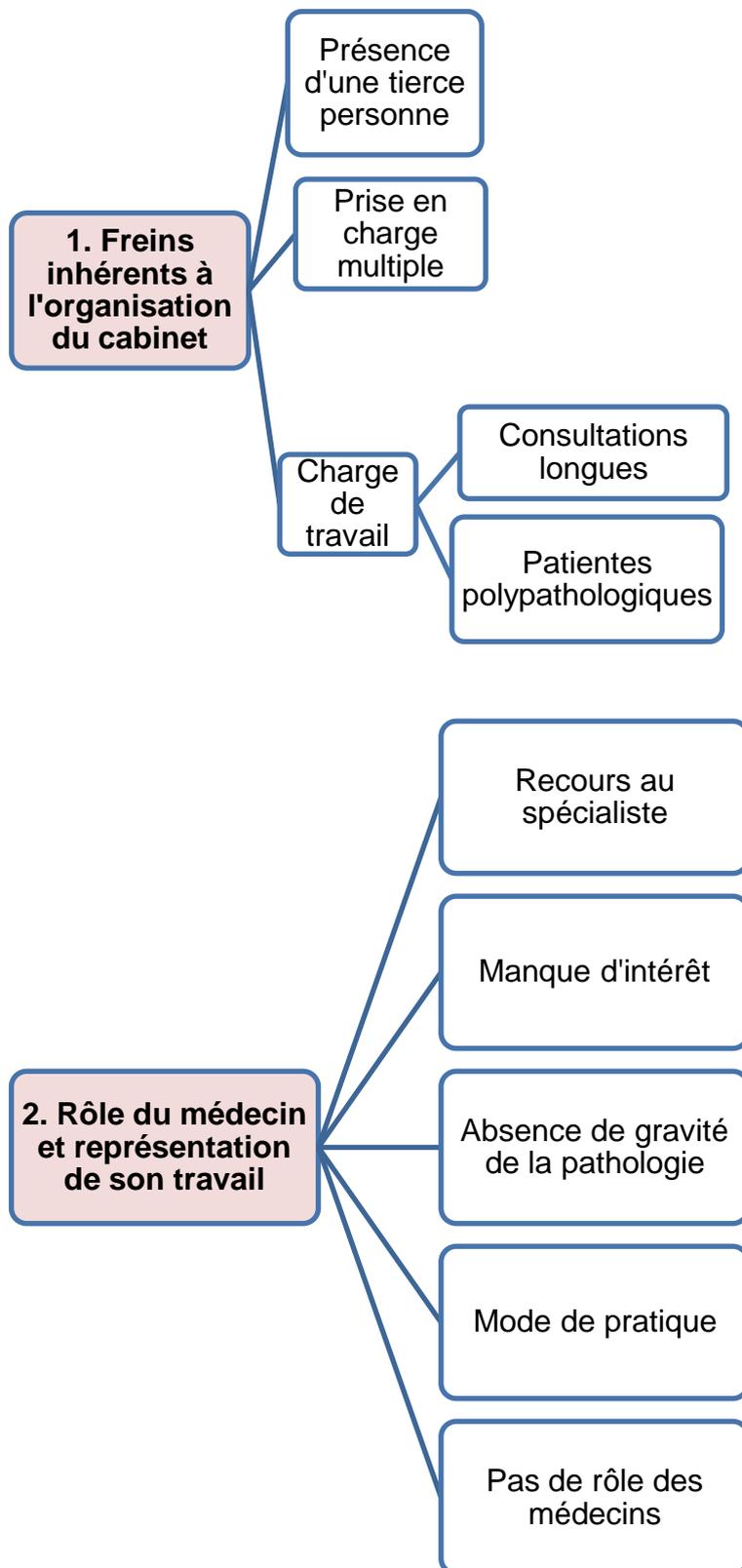
1. Freins inhérents à l'organisation du cabinet
2. Rôle du médecin et représentation de son travail
3. Le manque d'aisance du médecin
4. Freins inhérents aux médecins

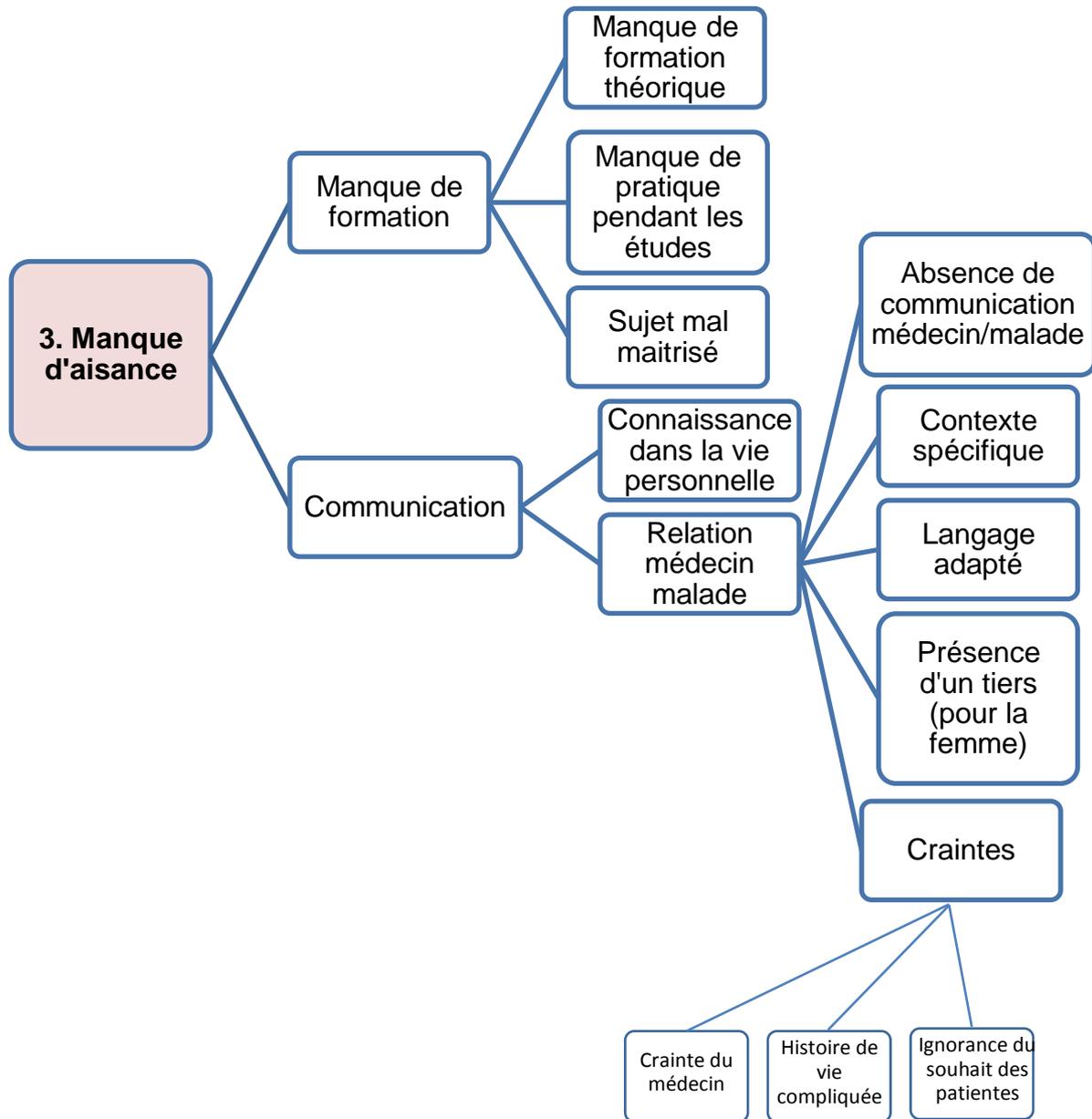
- **Thèmes en lien avec les patientes :**

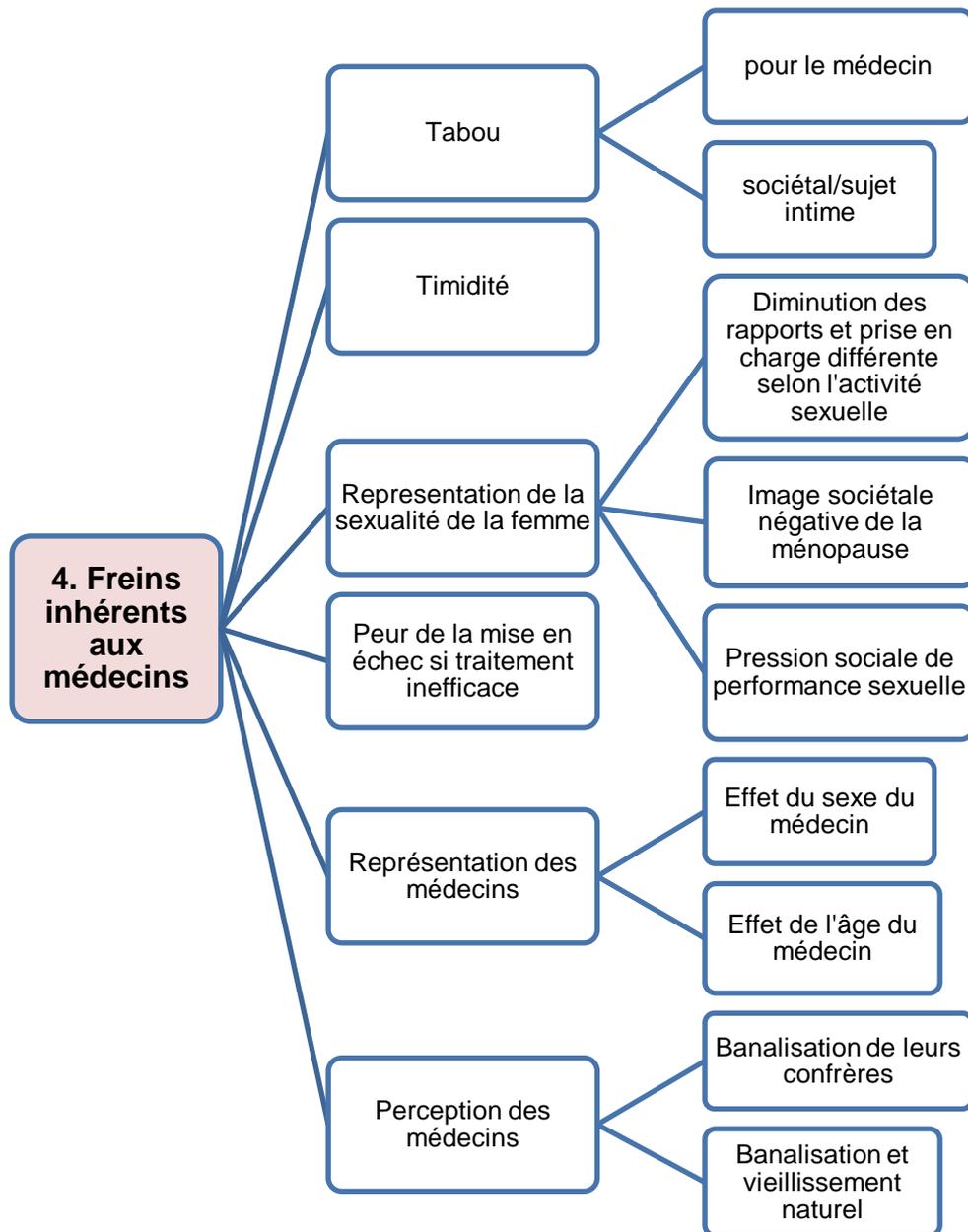
5. Freins inhérents aux patientes

- **Thèmes médicaux et en lien avec les patientes :**

6. La limitation thérapeutique







1. Les freins inhérents à l'organisation du cabinet

L'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées est considéré comme un sujet intime pour les médecins. La présence d'une tierce personne peut être un frein à la discussion pour certains d'entre eux. La dyspareunie, un des symptômes de l'inconfort vaginal, est un problème de couple. Néanmoins, la présence du conjoint peut limiter la communication entre le médecin et sa patiente " *c'est vrai que ça peut être un petit frein avec le conjoint* " (L164 M4) " *effectivement, quand je leur demande, c'est quand elles sont seules*" (L178-179 M1) ou bien quand " *elles viennent et qu'elles sont avec leur gamin de 8 ans, j'en parle pas* " (rire) (L187 M1).

La multiplicité des intervenants dans le suivi gynécologique de la femme était un frein pour certains médecins. Les médecins généralistes n'étaient pas toujours informés de ce qui a été fait ou dit lorsque les patientes sont suivies par leur gynécologue " *ça, c'est un peu une problématique de savoir qui fait quoi, sur une population tout venant de médecine générale de femmes, celles qu'on suit celles qu'on ne suit pas.*" (L48-50 M9).

La durée de consultation entre en ligne de compte pour aborder ce sujet " *Dès qu'on aborde des sujets de confort, d'état d'esprit, c'est des consultations qui sont longues* " (L217 M2) " *Je pense que c'est des consultations qui prennent plus de 20 minutes, parce que voilà.... Donc je pense que ça, c'est un frein* " (L222-223 M2).

Les femmes ménopausées sont dans une tranche d'âge où apparaissent des pathologies chroniques, multiples, le plus souvent associées. Il était donc difficile pour certains médecins de poser systématiquement des questions pour des sujets qui relevaient de la qualité de vie " *Et quand ça vient se surajouter à une prise en charge polypathologique de la personne avançant en âge, c'est compliqué d'être*

dans le systématique. C'est peut-être une des sphères qu'on laisse de côté " (L50-52 M9).

Les actions principales de la médecine générale sont la prévention. Les nombreux actes de dépistages représentaient une charge de travail importante à l'origine de certains oublis " *La moindre consultation doit servir de moment de dépistage et il y a énormément de choses à dépister " (L99-100 M12).* L'inconfort vaginal des femmes ménopausées pouvait être un sujet mis au second plan par certains médecins qui " *ne pensent pas indispensable car il y a d'autres problématiques à gérer avant " (L115-116 M9).*

2. Rôle du médecin et représentation de son travail

Pour certains médecins, la prise en charge de l'inconfort vaginal relevait d'un suivi spécialisé " *Et puis pas forcément à moi, peut-être à son gynéco aussi, si elle continue à avoir un suivi. Je pense que je ne suis pas forcément le premier recours de ce genre de plaintes " (L24-25-26 M3).*

D'autres médecins ne discutaient pas de ce sujet par manque " *d'intérêt pour la pathologie, et... il y a des domaines qui me branchent moins, donc je ne pose pas trop la question" (L380-381 M1) " c'est peut être que ça ne fait pas partie des choses auxquelles je m'intéresse particulièrement. " (L81-82 M1).*

Certains médecins reconnaissaient ne dépister que les pathologies potentiellement « graves » pour les patientes " *Sur l'espérance de vie, sur la survenue d'une maladie grave derrière, je pense que ça joue pas beaucoup. Quelque chose de grave, on ira chercher l'information " (L257-258 M4) et que " les campagnes d'informations, je préférerais que ça soit ciblé sur des choses plus graves " (L285-286 M4).*

L'absence de pratique ou la présence de collègues pratiquant la gynécologie au sein d'un cabinet pouvait gêner dans la prise en charge " *j'ai quatre associés femmes à côté de moi, qui font toutes, les frottis de mes patientes. " (L40-41 M5) " déjà je ne fais pas de gynéco dans le cabinet, pas du tout. Déjà, il y a ça qui peut bloquer " (L25-26 M10).*

Une partie des médecins soulignait qu'ils n'avaient pas un rôle prépondérant à jouer " *on peut très bien sans sortir sans voir de médecin. Le médecin n'est pas obligatoirement un maillon dans cette histoire, tu as les pharmaciens, tu as..." (L114-116 M10).*

3. Le manque d'aisance des médecins

Cette étude a permis de montrer que le malaise ressenti par les médecins était lié à un manque de formation, une communication parfois difficile avec leurs patientes et leur gêne avec le sujet.

La majorité des médecins estimait avoir un manque de formation, la sexualité de la femme leur semblait plus complexe " *c'est drôle je venais d'avoir une consultation pour ça. Je me suis senti "penaud", il me manquait vraiment du bagage technique sur la prise en charge " (L182-184 M12). Ils déclaraient que c'est un sujet qui n'a pas été abordé durant les cours délivrés à la faculté et qu'ils ont appris seuls sur le terrain ou lors des stages chez le praticien " *j'ai appris ça lors d'un de mes stages prat' en fait, sur les cystites, puis voilà sur les femmes qui se plaignaient. Puis lorsque tu renouvelles les ordonnances, et qu'il y a des œstrogènes si elles se sentent bien avec ça et puis voilà... " (L95-97 M11) " il y a rien dans les bouquins de gynécologie, je dirai que c'est la base en fait." (L160 M7). Pour l'un d'entre eux, ce manque de formation l'empêchait de reconnaître les signes cliniques d'atrophie " *je ne connais***

pas les signes locaux à l'examen clinique. Je me fis seulement au ressenti " (L28-29 M7).

L'aisance du médecin avec ses patientes découlait d'une communication de bonne qualité.

La plupart des médecins nous ont déclaré que connaître les patientes dans leur vie personnelle pouvait rendre difficile l'abord de certaines questions. Ils n'avaient plus seulement un regard de médecin traitant. Poser des questions sur leur intimité pouvait devenir embarrassant *" le rapport particulier médecin patient est important, ce rapport-là peut être parasité si il y a d'autres rapports avec les gens, comme des rapports de connaissances, d'amitié à force " (L115-117 M3) " il y a une, toujours une situation frontière quand on connaît bien les gens qui fait que ça peut être délicat. "* (L83-84 M2).

La relation médecin-malade était un pilier important de la communication lors d'une consultation. En effet, pour certains praticiens, un manque de connaissance de leurs patients, une relation médecin-malade peu développée pouvait être un frein à aborder certains sujets *" ça peut être parfois délicat d'aborder quand je ne connais pas bien les gens, leur vie sexuelle, leur vie de couple. Quand je ne situe pas bien les personnes, leur famille " (L39-41M12) notamment en début d'installation " C'est parce que je n'ai pas une patientèle établie, j'ai peu de consultations de suivi gynéco. "* (L36 M12).

La majorité des médecins précisait qu'il fallait un moment approprié pour discuter de l'inconfort vaginal chez la femme ménopausée, ils n'imaginaient pas discuter de cela but en blanc *" Dans une consultation tout venant, moi je trouve ça bizarre. "* (L122 M11) et nécessité de *" programmer une consultation gynéco une fois par an où je*

vais palper les seins, et là je vais en parler, je ne vais pas ramener ça comme un cheveu sur la soupe " (L99-100 M6).

Il était nécessaire que les médecins aient un langage adapté pour garantir une bonne communication avec leurs patientes et de *" reprendre les mots qu'elles utilisent, elles " (L236-237 M1) " moi, je pense qu'on a besoin pas de vulgariser mais ... on a appris pendant 10 ans à parler médecin, et ... du coup on a besoin de mettre des mots qui... avoir une conversation où on a le même langage" (L252-253 M1).*

La présence d'un tiers interférait parfois dans la relation de soin. Certains médecins pensaient que les femmes n'oseraient pas parler librement si elles étaient accompagnées *" j'aurais plus la sensation qu'elle ne me dira pas forcément tout parce que le mari est là, la réponse serait un peu biaisée " (L179-180 M1).*

Plusieurs médecins interrogés répondaient que la communication avec les femmes ménopausées pouvait être parasitée par leurs craintes *" Je sais pas si c'est dû à la crainte d'en parler, probablement..." (L45-46 M5)* et par leur ignorance du souhait des patientes de discuter de cela avec eux *"c'est juste cette crainte, je sais pas ce qu'elles souhaitent " (L139 M5).* Ils exprimaient également une peur d'être intrusif en posant la question *" voilà mais c'est là que ça m'énerve d'avoir peur d'être intrusif, parce que je sais que si je pose pas la question, elles ne m'en parleront pas. C'est là que je trouve que c'est pas toujours facile de se positionner " (L77-79 M12).* Pour un des médecins, il y avait une crainte de discuter de ce sujet-là avec ses patientes, lorsqu'elles avaient eu une histoire de vie compliquée au passif délicat *" peut-être des femmes qui ont des histoires compliquées : violées ou qui ont eu des passés psychiques liés à la sexualité qui ont été compliqués " (L168-169 M1).*

4. Les freins inhérents aux médecins

Pour une petite partie des médecins, l'inconfort vaginal était un sujet tabou et compliqué à aborder " *c'est des choses qui restent taboues et ouais, moi poser la question de but en blanc, je trouve ça compliqué* " (L112-113 M11) " *C'est tabou quand même* " (L214 M1).

Certains médecins déclaraient que l'inconfort vaginal est dans le " *domaine de l'intime* " (L184 M3) avec un tabou sociétal, qui pouvait être responsable d'un frein pour initier la discussion avec leurs patientes " *quand on parle de sexualité en consultation, on ne parle pas de la sexualité de base donc oui je pense que les femmes... quel que soit l'âge, quel que soit...ce n'est pas quelque chose qui va être facilement abordé* " (L65-67 M6). Ils ressentaient également un blocage de la part des médias " *Parce qu'ils sont coincés les médias (rire). Ils veulent plus faire de la pub pour les crèmes... je sais pas* " (L228 M8).

Un des médecins a annoncé que la réticence principale à aborder ce sujet était sa timidité et qu'il devait " *surmonter ma timidité* " (L118 M5) pour initier la discussion avec ses patientes " *la timidité de mon caractère parfois timide, mon tempérament qui fait que parfois je peux être mal à l'aise* " (L98-100 M5).

Des praticiens interrogés constataient que leur représentation de la sexualité féminine était un frein dans la communication avec elles:

- ❖ La majorité des médecins notaient une diminution des rapports à partir de la ménopause " *j'ai été étonné de voir qu'il y a beaucoup de femmes ménopausées qui n'ont plus de rapports* " (L90-91M6) et donc des demandes " *Et souvent, souvent, les femmes de cette tranche d'âge-là n'ont plus d'activité génitale, sexuelle et du coup...peut-être moins demandeuses à faire*

*les examens systématiques " (L39-41 M9). Cette étude a montré que la prise en charge médicale différait selon l'activité sexuelle de leurs patientes " *Maintenant je pense ce qui va varier ou pas si elles ont des rapports. Si il y a des douleurs dans les rapports, là il y a un inconfort qui est plus fort pour moi.* " (L119-120-121 M7) " *je leur pose la question de savoir si elles ont encore des rapports. Si elles disent oui, je leur demande si il y a une sécheresse "* (L9-10-11 M6).*

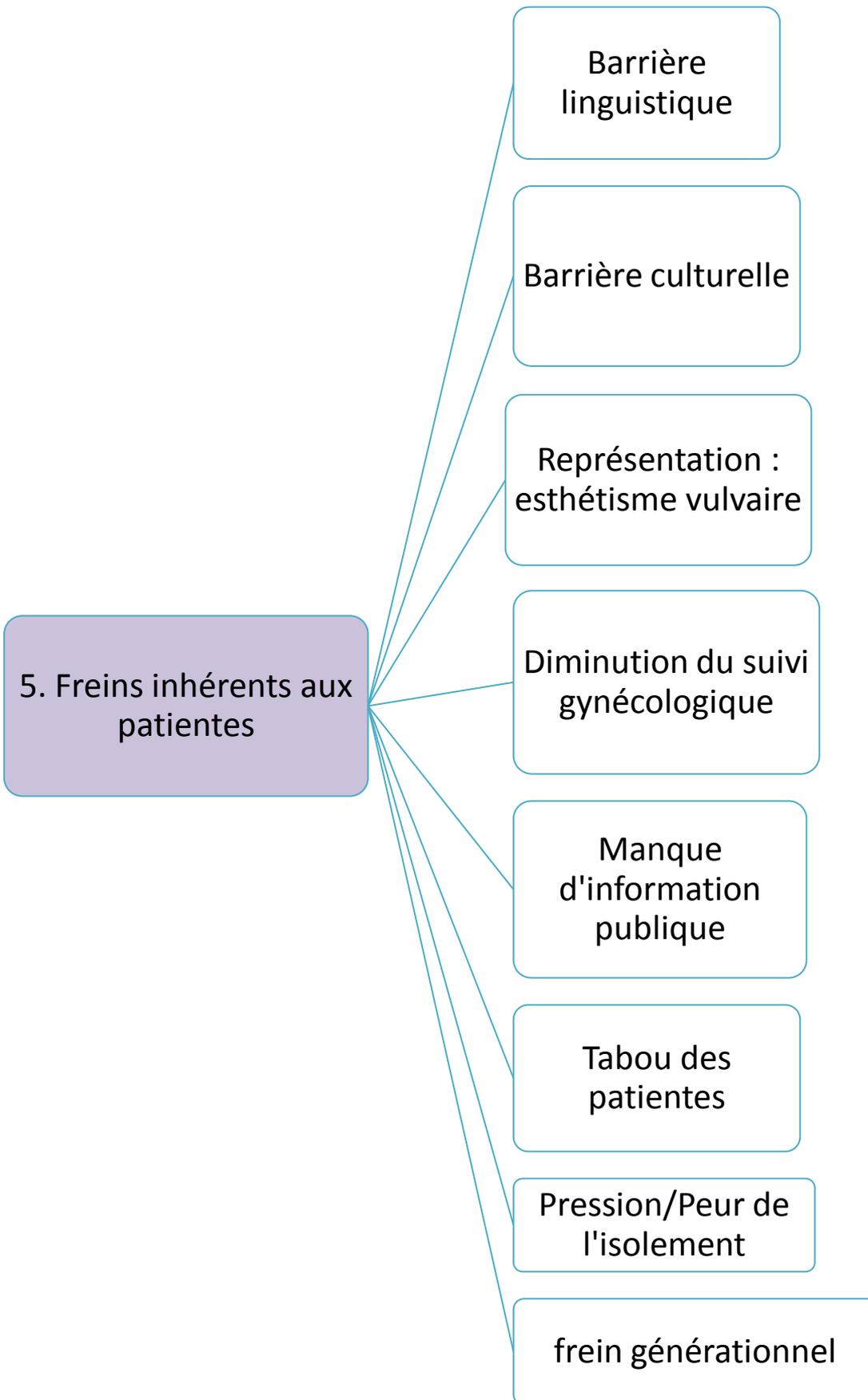
- ❖ Un des médecins rapportait la diminution de la fréquence des rapports sexuels à l'image négative de la ménopause renvoyée par la société. Cette image modifie la représentation de la féminité, de la sexualité des femmes ménopausées " *c'est plus un mauvais moment qui est très mal vécu par les femmes d'elles mêmes, puis peut être aussi parce qu'on leur renvoie une certaine image et ça ne correspond plus du tout à ce que la société veut renvoyer des femmes, de sexualité, de féminité "* (L151-154 M12).
- ❖ Certains répondants estimaient qu'il existe une pression sociale de performance sexuelle " *tout ce qui a rapport à la vie sexuelle, il y a une obligation que ça marche, d'être performant, dans sa vie familiale, dans sa vie sexuelle faut que ça marche "* (L405-406 M1). Pour eux, cette pression pouvait être responsable d'une absence de consultation de la part des femmes ménopausées " *on n'en parle pas parce que de plus en plus tout le monde a une vie sexuelle parfaite et on va plutôt mettre ça en lumière plutôt que les difficultés "* (L145-147 M12).

L'analyse des données a montré que la peur de la mise en échec n'incitait pas les médecins à rechercher les symptômes " *peut-être qu'elles se sont fait retourner de la part des médecins, des ... comportements d'impuissances. Le médecin peut dire " écoutez madame, je peux pas vous prescrire de traitement hormonal, bah écoutez vivez avec votre machin, c'est la vie " ... "* (L269-271 M2).

Une grande partie des médecins estimaient qu'il est plus simple d'être un médecin de sexe féminin pour aborder ce sujet " *Ah oui, je suis sûre que ça compte le sexe du médecin par rapport aux patientes. "* (L153-154 M6) " *je suis un homme, continue à déranger je trouve, je le perçois vraiment comme ça. "* (L7-8 M12). Un médecin femme dans la tranche d'âge de la ménopause faciliterait la discussion sur ce sujet " *moi, je fais partie de cette tranche d'âge-là, peut-être que je suis plus systématique de traitement, je me sens plus concernée, je me projette plus facilement. Il me semble que j'étais moins sensible à ça plus jeune. En toute honnêteté. "* (L105-108 M9).

Pour un des médecins, cela pouvait être banalisé également par certains confrères " *Peut être que c'est banalisé par pas mal de médecins, de dire c'est normal c'est avec la ménopause. "* (L122-123 M12) " *la femme qui va avoir un rapport , bon je caricature un rapport tous les trois mois, aller lui dire qu'il faut aller mettre un ovule tous les jours, ou juste trois fois par semaine est-ce que ça vaut vraiment le coup? "* (L231-234 M3).

Les patientes banalisaient leurs symptômes " *Les gens se disent que c'est normal d'avoir moins de rapports à partir de l'âge de 55 ans que lorsqu'on en a 20. Les gens intègrent ça dans un vieillissement un peu normal, je pense qu'il y a ça aussi "* (L66-68 M10).



5. Les freins inhérents aux patientes

Une difficulté supplémentaire pour les médecins, c'était quand " *on n'arrive pas à communiquer* " (L58 M7). Ne pas s'exprimer dans la même langue pouvait rendre difficile les discussions avec leurs patientes " *Ouais, peut-être la barrière de la langue*" (L165 M1) " *par flemme, je ne m'y mettrai pas* " (L166 M1).

Pour la majorité des médecins, la barrière culturelle était un frein. Selon eux, il n'y avait pas vraiment de blocage mais au fil de la discussion la religion musulmane a été une réponse spontanée " *le fait que je sois un garçon avec les femmes musulmanes* " (L132-133 M5) d'autant plus quand la pratique semblait être radicale " *non, là où je verrai peut-être un frein, une difficulté c'est chez certaines personnes de profession musulmane avec une pratique un peu radicale quoi* " (L138-139 M4). Cela a été retrouvé autant chez les hommes que chez les femmes médecins.

Pour un des médecins, la représentation des femmes de l'esthétique vulvaire impactait sur le suivi gynécologique " *il y a peut-être toute une frange de la population féminine qui ne se font pas examiner peut-être parce qu'elles ont une représentation des organes génitaux féminins, qui ne les laissent pas sereines face à cette exposition au corps médical* " (L144-146 M2).

Une partie des médecins soulignait que le suivi gynécologique était régulièrement fait lors des consultations de contraception, et donc n'était pas aussi régulier après la ménopause " *il y a moins ces consultations de contraception, c'est la raison pour laquelle on voit le plus les femmes en période d'activité sexuelle, moins peut-être après* " (L162-163 M2). Du côté des patientes mais également des médecins " *Ça serait plus la difficulté d'aborder cette problématique, toutes ces femmes qui passent à travers les mailles du filet, parce qu'on était moins regardant à faire des examens*

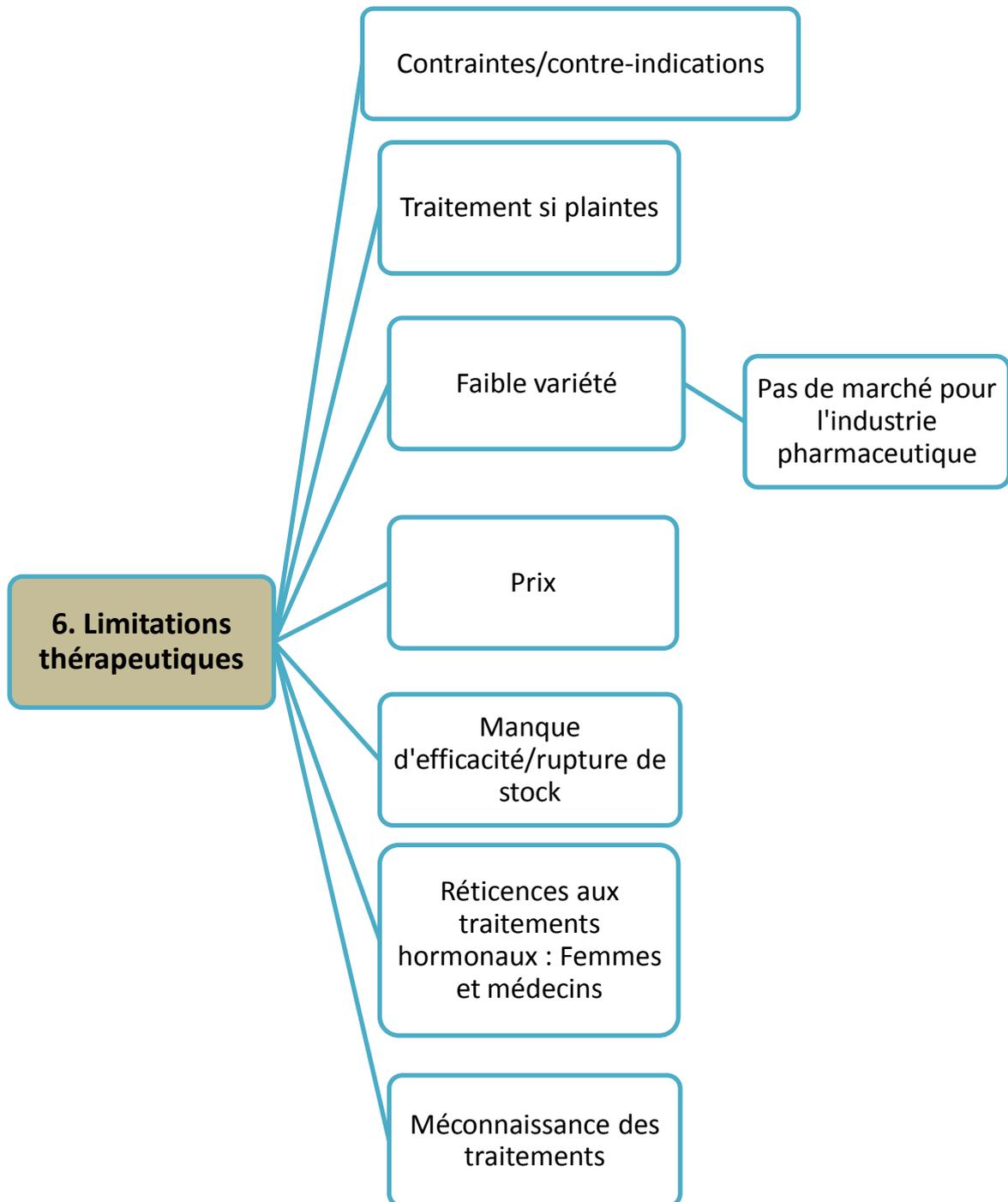
gynéco systématiques je dirai entre 60 et 74 ans " (L35-36-37M9) . Les médecins privilégiaient l'examen gynécologique systématique pour discuter de la sexualité. Il en résulte que le sujet est moins abordé avec les femmes ménopausées.

Plusieurs praticiens avançaient qu'il n'y avait pas d'information publique qui encouragerait les femmes à initier la discussion avec eux " Est-ce que le peu de médiatisation là-dessus fait qu'elles en parlent pas au médecin, il n'y a rien à faire, c'est normal c'est la ménopause ? " (L70-71 M5) et " qu'il y a plein de femmes qui ne savent pas qu'on peut mettre des traitements " (L136 M12).

Pour certains médecins, l'inconfort vaginal était un motif de consultation rare car les patientes ne voulaient pas en parler par honte " Je pense que c'est plus un problème de patientes, si elles n'en parlent pas, c'est qu'il y a une espèce de tabou qui est mis dessus " (L111-112 M12).

Un des médecins avait noté également cette gêne " ça fait référence à la gêne dans la vie sexuelle et c'est un sujet qu'elles ont plus de mal à aborder. " (L84-85 M12) avec une peur d'isolement pour les patientes " la peur d'être la seule à s'en plaindre" (L83 M12).

Pour un des médecins, l'absence de discussion spontanée était générationnelle. La génération actuelle de femmes ménopausées parlerait moins de sujet intime que des patientes plus jeunes " je pense quand même qu'il y a une histoire générationnelle, et il y a des femmes qui 55-60 ans, l'âge de nos mères, qui n'en parlent pas " (L137-13 M8).



6. La limitation thérapeutique dans la prise en charge

La plupart des médecins ont fait remarquer qu'ils ont été limités par les contre-indications des traitements " *la difficulté, ce n'est pas l'examen, c'est plutôt la prescription chez les femmes qui présentent des contre-indications* " (L115-116 M2) " *D'aller sur un traitement hormonal et d'aller s'exposer à des choses graves pour plus tard aussi, ça n'encourage pas non plus pour aller proposer quelque chose qui sera délétère pour la patiente*" (L263-265 M4) ou par la contrainte " *il faudrait voir aussi la contrainte du traitement, qui est pas non plus évident, l'emporte sur la contrainte des symptômes*" (L226-227 M3) " *et du coup le lubrifiant...Bah voilà, tu vois Tous les jours* " (L193 M3). Ces contraintes peuvent être responsables d'un manque d'observance notamment pour les traitements locaux " *Les ovules, c'est pas très agréable, du coup, c'est l'inconfort du traitement. Je pense que le frein, il est là* " (L115-116 M7).

Pour d'autres médecins, le choix de traiter se basait sur la plainte des patientes " *je ne suis même pas sûre de traiter une atrophie vaginale si elles n'ont pas de plainte* " (L100-101 M11) " *On ne doit pas nécessairement traiter tout le monde. Que ceux qui s'en plaignent aussi* " (L138-139 M12).

L'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les prescriptions n'est plus à démontrer. Pour l'inconfort vaginal, il existe peu de traitements, car peu de laboratoires développent des solutions " *Mais peut-être parce qu'il n'y a pas beaucoup de solutions.* " (L252 M2) " *c'est quoi le marché de la sécheresse vaginale ?* " (L254-255 M2).

Il existe des traitements non hormonaux avec peu de contre-indications comme l'acide hyaluronique. Ces traitements ne sont pas pris en charge par l'assurance

maladie et pouvaient être un frein dans les prescriptions de certains médecins *"l'acide hyaluronique, tu le prescris ? car ce n'est pas pris en charge ? M3 : non, c'est vrai que ça peut être un frein." (L269-270 M3) " L'acide hyaluronique, ça coûte un peu plus quand même. C'est à la charge des patientes, ça leur coûte 15 euros pour les trois mois, je pense que c'est une histoire de fric" (L176-178 M7).*

Certains médecins annonçaient que le manque d'efficacité des traitements sur le long terme n'encourageait pas la prise en charge de l'inconfort vaginal *" quand on traite par les lubrifiants, on traite pas vraiment la sécheresse vaginale, on traite simplement l'amélioration des rapports (blanc), on ne traite pas la cause quoi ! " (L174-175 M2).* La pénurie de certains médicaments n'améliorait pas l'observance auprès des patientes *" Bah, là, en ce moment, y a des ruptures de stocks, y a plus de Colpotrophine®, y a plus tout ça... " (L174-175 M8).*

Un des médecins était particulièrement réticent aux traitements hormonaux, il ne les prescrivait pas de prime abord *" j'essaie de pas traiter par les hormones, en première intention en tout cas " (L139 M6) " moi je ne donne pas d'hormone. " (L127 M6)* Cette réticence était également retrouvée chez les patientes *" C'est vrai que ce côté hormonal peut rebuter chez certaines femmes " (L133-134 M6).*

Un des médecins faisait le lien entre la difficulté à aborder le sujet et la méconnaissance des traitements *" J'ai peut-être ressenti une gêne parce que je ne suis pas bien au point sur les alternatives à proposer, plutôt ça. " (L44-45 M12) " il me manquait vraiment du bagage technique sur la prise en charge " (L185 M12).*

Résultats secondaires

Les marges d'amélioration et solutions

1. Les solutions proposées auprès des femmes

Nombre de médecins interrogés accordaient de l'importance à l'information grand public, afin que les patientes soient informées des symptômes de l'inconfort vaginal de la ménopause et demandeuses de soins " *Tu sais, l'information grand public, ça oblige de modifier les pratiques médicales car les médecins sont soumis à la demande des patients* " (L236-237 M2) " *peut être pas par des pubs à la télé, mais peut-être des magazines féminins, ou des médecins dans les magazines féminins un "public communiqué" comme il appelle ça* " (L16 M3) " *oui, je pense que ça serait bien de faire des campagnes de pub pour qu'elles soient informées* " (L174 M11).

D'autres médecins, proposaient une information par des tracts, en salle d'attente " *Après pourquoi pas mettre des affiches dans la salle d'attente pour que les gens osent en parler* " éventuellement pour mieux aborder la consultation future " *En disant la prochaine fois on va faire une consultation gynéco, je vous donne cette fiche, vous la lisez et on en parle* " (L219-220 M6).

Un autre médecin soulignait l'importance d'écouter et de donner confiance aux femmes pour qu'elles s'expriment librement lors de problèmes intimes " *il faut permettre aux femmes d'avoir confiance, de s'exprimer avec leur médecin* " (L236-237 M5).

2. Les marges d'amélioration auprès des médecins.

La plupart des médecins avançaient un changement des pratiques en posant la question de l'inconfort vaginal de façon plus systématique " *on devrait poser la*

question, une femme sur deux, c'est énorme " (L185-186 M5) " je pense que c'est le médecin qui doit penser à poser les questions " (L139-140 M7).

Il ressort de cette étude une importance à *" sensibiliser le corps médical" (L109 M10)* par *" des infos par des revues, les formations médicales continues, les groupes de pairs, à l'hôpital. " (L146-147 M7).*

Une prise en charge multidisciplinaire était considérée par un petit nombre de médecins comme une solution pour faciliter la communication des patientes sur ce sujet *" être dans un cabinet de groupe avec une sage-femme, un kiné qui fait de la rééducation périnéale" (L341 M1) " de voilà parler de son inconfort vaginal, si elle peut être aidé par la sage-femme ou par la kiné " (L344 M1).*

La plupart des praticiens annonçaient une amélioration avec la mise en place d'une consultation dédiée *" moi, la seule façon que j'ai trouvée pour en parler sans qu'il y ait une vraie gêne, c'est de programmer une consultation gynéco une fois par an" (L98-99 M6).*

Une remise en question est essentielle dans le changement des pratiques. D'après des médecins interrogés, les formations, les thèses permettent cela *" Je me suis dis que ça me sensibiliserait, c'est le principe des thèses et des formations. Pendant un moment, on va faire beaucoup plus attention à ça " (L187-189 M12) " Du coup, la thèse, ça va me permettre de changer la pratique " (L143-144 M7).*

3. Les marges d'amélioration sociétale.

D'autres praticiens ont fait remarquer qu'il existe une inégalité de la sexualité homme/femme. La sexualité féminine passait encore après l'épanouissement de la sexualité masculine, ce qui n'encourageait peut-être pas les femmes à considérer

leurs symptômes " *parce que c'est la sexualité féminine. À mon avis passe encore, même si c'est moins le cas derrière la sexualité masculine dans l'intérêt général* " (L212-214 M3) " *ce n'est pas la même... si il n'y a pas d'érection, il n'y a pas de rapport, si il y a une sécheresse, il y a quand même des rapports.* " (L180-182 M6) avec même une sexualité obligatoire pour un des médecins " *Je pense que les femmes se forcent peut-être à avoir des rapports, pour faire plaisir à leur homme, je ne sais pas...* " (L167-168 M11). Ces médecins avaient donc pointé du doigt qu'ils espéraient un changement des mentalités même si pour certains " *il y a encore du chemin à faire au niveau mondial, pour que la société féminine soit vraiment reconnue* " (L194-195 M3).

Les modalités d'approche

Une grande majorité des médecins attendaient la consultation de dépistage, pour aborder le sujet avec leurs patientes " *c'est quand même régulièrement sur des consultations de gynécologie de dépistage que j'aborde ces sujets* " (L54-55 M2). Globalement pour les médecins interrogés, l'inconfort vaginal était un motif de consultation secondaire " *si elles viennent pour ça, elles le mettent peut-être en deuxième motif de consultation* " (L22-23 M1) et plutôt rare " *mais c'est vraiment pas un motif...fréquent de consultation* " (L14-15 M3).

Beaucoup de médecins faisaient également remarquer qu'ils préféraient réaliser des consultations dédiées pour discuter de l'inconfort vaginal " *Je pense que c'est plus simple d'évoquer ce sujet si tu vois les gens dans le cadre d'une consultation qui soit un peu dédiée à ça* " (L46-47 M10). Certains abordaient ce sujet uniquement au

moment du diagnostic de ménopause " *c'est plus simple ou quand on fait le diagnostic de ménopause* " (L65 M2).

D'autres praticiens attendaient d'être sollicités par leurs patientes avant de parler d'inconfort vaginal soit parce qu'elles avaient des symptômes dans la plupart des cas " *Elle est venue pour un ensemble de symptômes qui évoquait une sécheresse vaginale, c'était une consultation pour ça.* " (L28-29 M2) ou plus rarement parce qu'elles avaient reçu une information par des amies notamment " *elles ont une information par des amies* " (L13 M2).

La constatation clinique d'une sécheresse vaginale lors des frottis permettait également à certains d'aborder le sujet " *si on voit qu'un vagin c'est un peu dur à pénétrer dedans, on peut leur dire vous avez une petite sécheresse vaginale est ce que ça vous dérange* " (L112-114 M1).

Le renouvellement de traitement était pour un médecin une modalité d'approche " *c'est un renouvellement pour tout autre chose et " puis au fait ", j'ai besoin de ça parce que ... vous savez, avec l'âge, c'est pas facile.... C'est plutôt ça* " (L37-39 M5).

Pour trois des médecins interrogés, ces consultations devaient être individuelles " *C'est vraiment des consultations qui sont individuelles* " (L182 M2) ce qui a également été exprimé par d'autres médecins dans les résultats principaux et qui se disaient gênés par la présence d'un tiers.

Discussion

Synthèse des résultats principaux et comparaison avec la littérature

L'étude a permis de montrer qu'il existait des réticences à discuter de l'inconfort vaginal entre les médecins généralistes et les femmes ménopausées. Ces réticences étaient soit clairement énoncées par les médecins soit de manière plus subtile.

Pour la majorité des médecins interrogés, la principale manifestation de l'inconfort vaginal était la dyspareunie. Selon la littérature, la dyspareunie était un symptôme très présent, décrit chez 29% des femmes interrogées. Cependant, la sécheresse vaginale (70%) était le plus souvent signalée occasionnant une irritation vaginale (32%) et une diminution de l'élasticité des muqueuses (14%). (7). Ces symptômes avaient un retentissement sur la qualité de vie (6), mais étaient malheureusement fréquemment oubliés par les médecins de notre étude. Certains nous demandaient de préciser les symptômes en lien avec l'inconfort vaginal, ce qui traduisait leur méconnaissance de l'ensemble des manifestations de l'atrophie vulvo-vaginale.

D'autres expliquaient qu'ils traitaient seulement les femmes ayant encore une sexualité active " *je leur pose la question de savoir si elles ont encore des rapports. Si elles disent oui, je leur demande s'il y a une sécheresse.* " (L9-11 M6). D'après les médecins, il existait une baisse de l'activité sexuelle chez les femmes ménopausées, il y avait donc une faible proportion de femmes potentiellement " traitables " .

Selon Krychman (2017) et Bachmann (2006) (10) (21), le peu de formation médicale était un obstacle à la discussion de la santé sexuelle. Pour Bachmann (2006) (10), 60% des médecins interrogés ont évalué comme passable ou médiocre leurs connaissances sur les dysfonctions sexuelles ou leurs traitements.

L'analyse de notre étude montrait également que le manque de formation était une réticence à discuter de l'atrophie vulvo-vaginale chez les femmes ménopausées. Certains médecins n'étaient pas à l'aise avec leur niveau de connaissance. Ils n'abordaient pas le sujet et avaient donc un faible taux de recrutement dans leur patientèle " *je ressens le besoin de me former mieux sur pas mal de sujets gynécologiques. Oui sur les inconforts, sur la ménopause, sur des sujets ou je sens que...(tout bas) j'aurai besoin de me former mieux, pour être mieux à l'aise, avoir un meilleur recrutement, en faire plus aussi* " (L200-203 M4). Certains médecins avouaient une ignorance des signes cliniques ou des symptômes de l'atrophie vulvo-vaginale (prurit, dyspareunie, sécheresse vaginale, infections urinaires à répétition) . D'autres ne connaissaient pas les options thérapeutiques, ou le retentissement sur la qualité de vie.

Cette étude a montré l'importance d'une formation auprès des médecins. Il est nécessaire de sensibiliser les médecins sur la forte prévalence de l'atrophie vulvo-vaginale, sur le retentissement au quotidien pour les femmes : sur le sommeil, sur la pratique d'une activité physique, sur leur confort de vie (11). Malheureusement, la majorité des études ont été réalisées aux États-Unis, peu en Europe. L'atrophie vulvo-vaginale des femmes françaises n'a pas encore été explorée spécifiquement, il nous semble difficile d'imaginer que les formations se mettent en place facilement. Les formations médicales continues où les groupes de pairs pouvaient être une

solution pour les médecins " *il n' y a que dans les FMC dans les trucs où je pense qu'on peut avancer* " (L258 M5). La formation médicale a été une solution proposée par la majorité des médecins pour améliorer la prise en charge.

Les auteures n'ont pas reçu de formation à la faculté lors de leur externat ou leur internat sur l'atrophie vulvo-vaginale. Pourtant, leurs études initiales ont été réalisées dans deux facultés françaises différentes. Cette constatation a été confirmée par les jeunes médecins interrogés de notre étude et dans une étude réalisée auprès de 141 facultés des États-Unis et du Canada. Seulement 54% d'entre elles fournissaient 3 à 10 heures de cours sur l'atrophie vulvo-vaginale. (12)

Dans la littérature(8) (3) (13) (14) (15), il a été démontré que l'atrophie vulvo-vaginale est un sujet difficile pour les patientes. Les médecins formés étaient plus à l'aise pour poser la question de façon systématique.

D'après Wysocki et *al.* (2014) , 25 % des femmes associent la ménopause aux bouffées de chaleur, à la prise de poids mais exceptionnellement aux signes d'atrophie vulvo-vaginale (15) . La conclusion privilégiait la normalisation de la conversation en précisant que l'inconfort vaginal est une condition médicale commune de la plupart des femmes ménopausées.

Dans notre recherche, certains praticiens ont retrouvé cette ignorance avec une certaine banalisation des symptômes par leurs patientes " *Quand je leur demande, ça ne vous gêne pas, elles me répondent si, alors pourquoi vous en parlez pas " c'est pas grave* " " (L55-56 M6).

Plusieurs médecins ont évoqué l'information des patientes comme une solution pour améliorer la prise en charge de l'atrophie vulvo-vaginale. Une information grand

public pour toucher un plus grand nombre de femmes, ou par tracts dans la salle d'attente ou même au sein de la consultation.

Dans notre étude, la charge de travail était un frein dans la prise en charge qui risque d'augmenter avec la désertification médicale. Si les femmes connaissaient leurs symptômes, il serait plus facile pour les médecins de répondre à leurs demandes lors d'une consultation de routine de médecine générale.

Un module d'enseignement sur les sujets difficiles à aborder lors de consultation de médecine générale ou un paragraphe dédié dans un chapitre de la ménopause peuvent être un point de départ pour les médecins de demain.

Dans notre travail, les limitations thérapeutiques étaient un des principaux freins, pour les médecins à aborder l'inconfort vaginal. En effet, les traitements sont plus ou moins efficaces, et de plus contraignants. Les médecins exprimaient également une certaine réserve quant à la prescription de traitements hormonaux qu'ils soient locaux ou généraux " *j'essaie de pas traiter par les hormones, en première intention en tout cas* " (L139 M6). Cette défiance est également présente chez les femmes ménopausées tant dans la littérature (7) que par les médecins interrogés " *mais je veux pas d'hormone docteur*" (L136-137 M6) .Cette méfiance a engendré une nette diminution de ces traitements aux États-Unis entre 1999 et 2010 (16).

Les principales inquiétudes des patientes vis-à-vis des traitements étaient le manque d'efficacité et surtout la survenue de cancer du sein. Les craintes étaient cependant moins marquées en Europe qu'aux États-Unis (7) (17). Ces préoccupations semblaient justifiées au vu des résultats avancés par Palma et *al.* dans l'étude AGATA (2016) (8), qui relevait un soulagement des symptômes dans seulement 3% des cas. Wysocki et *al.* (2014) (15) attribuaient ce manque d'efficacité à l'absence de

communication entre les patientes et leur médecin, la méconnaissance de leur " pathologie ", et leurs craintes. Le coût des traitements était aussi un obstacle pour les patientes dans certains articles, mais également pour les médecins de notre étude " *l'acide hyaluronique tu le prescris ? car ce n'est pas pris en charge ? M3 : non, c'est vrai que ça peut être un frein.*" (L269-270 M3).

Pour une très grande majorité des médecins interrogés, le contexte médical pour aborder le sujet semblait être un frein important. En effet, ils préféreraient réaliser des consultations dédiées à ce problème. Dans une étude portant sur la réalisation d'un interrogatoire des habitudes sexuelles aux USA (18), ce phénomène était également retrouvé. En effet, les praticiens réalisaient une consultation annuelle sur ce sujet. Dans un souci de ne pas paraître intrusif, les médecins de notre étude souhaitaient réaliser une consultation dédiée. Il nous semble logique d'avoir un moment privilégié, avec la patiente pour aborder ce sujet intime. Il est donc essentiel de programmer une consultation annuelle pour traiter les patientes.

Les médecins relevaient que le rapport avec un praticien de sexe féminin serait facilitateur avec les patientes. Cette notion a été décrite chez les médecins hommes et confirmée par leurs consœurs. Un médecin a indiqué que la relation médecin-malade n'était pas neutre entre un homme et une femme quelque soit le sujet abordé " *la relation médecin patient c'est jamais neutre, la représentation sexuelle des médecins elle peut sous tendre pas mal de choses dans la relation médecin patient et que ça peut interférer* " (L167-169 M9). Nous pouvons supposer que cette absence de neutralité dans la relation peut accentuer la difficulté des médecins hommes à discuter de ce sujet.

Cela a été confirmé dans l'étude de Burd et *al.* (2006) (19) qui soulignait une gêne plus importante avec les patients du sexe opposé de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans.

Une autre étude réalisée aux États-Unis prouvait que, malgré des cours facultaires, les étudiantes se sentaient plus à l'aise sur la sexualité féminine que leurs collègues masculins (20).

Les jeunes médecins nous ont fait remarquer qu'il était difficile pour eux d'aborder le sujet " *pour le côté que je comprends moins, d'être gêné de parler de...fin je pourrai être leur fils, c'est vrai donc je pense que ça peut jouer* " (L102-104 M12). De plus, ils ne pensaient pas à traiter ce sujet car ils n'étaient pas dans cette tranche d'âge. Ils n'imaginaient pas être un jour atteint par cette pathologie du vieillissement " *c'est vrai, c'est pas quelque chose qui m'effleure l'esprit. Quand tu vois une femme, tu ne penses pas que tu vas être sec un jour...(rire)* " (L88-89 M11). Dans notre étude, les femmes médecins à l'âge de la ménopause étaient plus sensibilisées, car impliquées personnellement.

Ainsi, indépendamment du sexe, l'âge a des conséquences dans la relation médecin-malade dans la communication de l'atrophie vulvo-vaginale.

Dans chaque entretien réalisé, nous avons cherché à connaître l'impact religieux que ça soit la religion du médecin ou des patientes dans la prise en charge de l'inconfort vaginal. D'après les médecins, il n'existait aucune répercussion religieuse pour traiter ce sujet. Néanmoins, lorsque la question a été soulevée, la majorité des médecins ont évoqué la religion musulmane radicale. Aucune autre religion n'a été citée. Les médecins n'ont pas mentionné instinctivement la religion musulmane, mais nous

pouvons en déduire qu'elle interfère à minima dans la discussion entre les médecins et leurs patientes.

Selon Robert Paris (2014) , la religion est un adversaire à la sexualité et la morale sociale se cache derrière la religion. Il dénonce le changement social à l'origine des changements de comportement des religions de par une interprétation du coran. Dans les sociétés islamiques, la femme n'a pas le même rang que l'homme.

Dans notre travail, ce qui a empêché probablement les médecins à discuter du syndrome génito-urinaire avec ces patientes était d'autant plus la représentation de la société islamique que la religion musulmane.

Forces et faiblesses de l'étude

1. Les forces :

C'est une étude innovante dans l'analyse des réticences des médecins.

C'est un problème avec une prévalence forte, quotidien dans les cabinets de médecine générale. Il y a peu de données disponibles en France sur le sujet.

Cette étude s'attache à la compréhension de phénomènes, sans jugement de la pratique des médecins centrée sur le bien-être des patientes ménopausées. L'étude est au cœur de la pratique médicale, par son type de recueil de données que sont les entretiens semi-dirigés.

Les grilles d'entretiens ont été testées à plusieurs reprises et améliorées afin d'obtenir un panel de réponses variées.

Ils ont été réalisés chez autant d'hommes que de femmes médecins, chez des médecins proches de la retraite comme des jeunes installés, à la campagne et en ville.

Les chercheuses ont pris le temps de se former à la méthode qualitative, nouvelle pour elles afin de prendre conscience des biais et des limites de leur étude.

La bibliographie réalisée portait tant sur la méthodologie que sur le sujet de recherche.

Elles étaient deux pour la triangulation des données.

2. Les faiblesses :

Biais spécifiques aux enquêteurs :

Les enquêtrices ont pu, par biais d'interprétation, prendre en compte uniquement les réponses qui confirmaient leurs à priori de recherche. L'absence de retour des

retranscriptions auprès des médecins accentue ce biais. Les enregistrements ainsi que la triangulation des données ont restreint les possibles extrapolations.

Le biais d'interaction a été limité par la déconstruction de nos théories initiales.

Le biais d'investigations a été réduit par la saturation des données.

Biais spécifique à la population étudiée :

En recherche qualitative, un biais de sélection peut souvent être retrouvé. En effet, par définition, l'échantillonnage ne peut être représentatif de la population. Cependant, un moyen efficace de contrôler ce biais était d'effectuer un échantillonnage en variation maximale, ce qui a été réalisé dans cette étude.

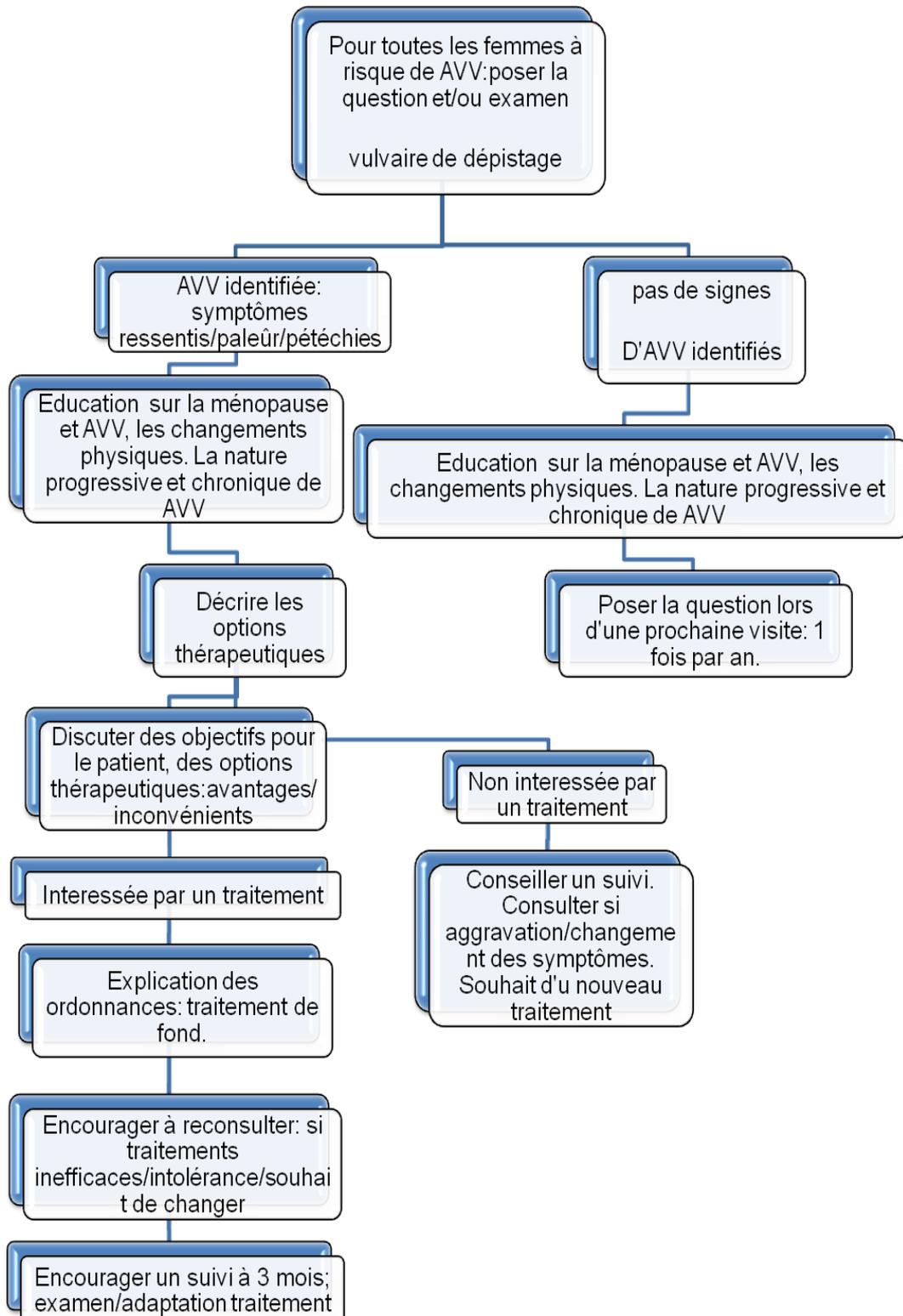
Le biais de convenance semblait aussi important dans notre protocole, mais il a été réduit notablement par un recrutement actif par téléphone, par e-mail ou en personne.

Comme toute recherche, cette étude présente des biais, que nous avons essayé de limiter au maximum.

Mise en perspective

1. Amélioration de la pratique au sein des cabinets de médecine générale

Wysocki et *al.* (2014) (15) concluent en suggérant un arbre décisionnel pour prendre en charge l'atrophie vulvo-vaginale. Il nous semble intéressant d'utiliser cet arbre, traduit de l'anglais comme perspective d'amélioration des pratiques.



2. Perspective d'amélioration en recherche médicale

Dans la littérature, peu d'articles traitent de notre sujet mais depuis 2-3 ans, il y a une augmentation conséquente des publications sur l'atrophie vulvo-vaginale, ce qui laisse envisager un intérêt dans la recherche et une amélioration des pratiques.

Il serait intéressant par une étude quantitative d'explorer les réticences les plus fréquemment décrites par les médecins.

Plusieurs médecins ont été intéressés par notre thèse. Il nous a même été demandé d'organiser une FMC sur l'inconfort vaginal.

L'augmentation des études, des formations, de l'information peut laisser présager le développement d'autres options thérapeutiques par les laboratoires pharmaceutiques.

Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : DEVAUX Emmanuelle et DELHAYE Elsa

TITRE : Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées.

CONCLUSION

La carence en hormones oestro-progestative entraîne des bouffées de chaleurs, de l'irritabilité, une prise de poids avec adiposité abdominale, un inconfort vaginal. La modification corporelle est une phase psychologiquement difficile à traverser pour les femmes. La ménopause et plus spécifiquement l'inconfort vaginal ont un retentissement conséquent sur la qualité de vie. Malgré cela, les femmes n'osent pas en parler en premier avec leur médecin généraliste. Pourtant, plus d'une femme sur deux déclare ressentir cet inconfort lorsque la question leur est posée. Il y a donc un manque de diagnostic malgré une prévalence importante. A ce jour, aucune étude n'a analysé les réticences des médecins à l'origine de ce sous-diagnostic.

Ainsi, notre objectif était d'explorer les réticences des médecins généralistes à discuter de l'inconfort vaginal avec leurs patientes ménopausées.

De l'analyse des données, il en est ressorti six thèmes regroupés en trois catégories :

- Tout d'abord les réticences médicales, notamment les freins inhérents à l'organisation du cabinet, ceux des médecins associés à leur manque d'aisance et la représentation que les médecins se font de leur travail.
- Ensuite les réticences inhérentes aux patientes.
- Et enfin la limitation thérapeutique: la méfiance des traitements hormonaux de la part des médecins et des patientes, le manque de traitement disponible ou efficace.

Une maturité professionnelle et le sexe féminin du médecin facilitaient la discussion de l'inconfort vaginal. La majorité des praticiens limitaient cet inconfort à la dyspareunie. Il était difficile pour eux de poser la question de but en blanc. En effet, le contexte gynécologique semblait important pour initier le dialogue.

De même, les praticiens étaient restreints dans leur prise en charge par la limitation thérapeutique et le manque de formation.

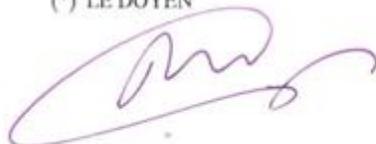
Pour conclure, nous pensons qu'il est nécessaire d'informer les patientes, par des informations grand public ou par des tracts en salle d'attente évoquant les symptômes de l'inconfort vaginal. Pour que les médecins soient à leur écoute, il est essentiel que ce sujet soit abordé lors des formations médicales continues, lors du cursus universitaire et au cours des stages ambulatoires de médecine générale.

Deux études pourraient être intéressantes pour compléter ce travail. La première avec une approche ethnographique qui permettrait un raisonnement culturel et sociétal des réticences des médecins généralistes. Une deuxième qui analyserait les réticences des patientes à discuter de ce sujet avec leur médecin traitant.

1

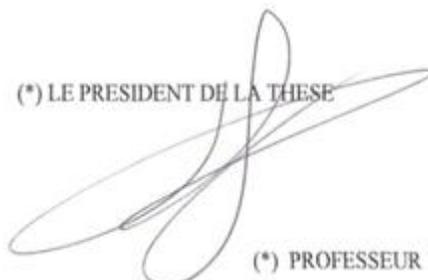
(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER
(*) Grenoble, le 21/12/2017

(*) LE DOYEN



(*) Patrice MORAND

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE



(*) PROFESSEUR Patrick HUBERT

Bibliographie

1. OMS. définition de la santé sexuelle selon OMS [en ligne]. Disponible sur : < http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/>. (consulté le 23/02/2017)
2. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Maturitas*. 2014 Nov;79(3):349–54.
3. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and Vaginal Atrophy in Postmenopausal Women: Findings from the REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) Survey. *J Sex Med*. 2013 Jul;10(7):1790–9.
4. Nappi RE, Kingsberg S, Maamari R, Simon J. The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) Survey: Implications of Vaginal Discomfort in Postmenopausal Women and in Male Partners. *J Sex Med*. 2013 Sep;10(9):2232–41.
5. Nappi RE, Mattsson L-Å, Lachowsky M, Maamari R, Giraldi A. The CLOSER survey: Impact of postmenopausal vaginal discomfort on relationships between women and their partners in Northern and Southern Europe. *Maturitas*. 2013 Aug;75(4):373–9.
6. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014 Feb;17(1):3–9.
7. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016 Mar 3;19(2):188–97.
8. Palma F, Della Vecchia E, Cagnacci A, as the Writing Group of the AGATA study. Medical and patient attitude towards vaginal atrophy: the AGATA study. *Climacteric*. 2016 Nov;19(6):553–7.
9. Nappi RE, Particco M, Biglia N, Cagnacci A, Di Carlo C, Luisi S, et al. Attitudes and perceptions towards vulvar and vaginal atrophy in Italian post-menopausal women: Evidence from the European REVIVE survey. *Maturitas*. 2016 Sep;91:74–80.
10. Bachmann G. Female Sexuality and Sexual Dysfunction: Are We Stuck on the Learning Curve? *J Sex Med*. 2006 Jul;3(4):639–45.

11. The Human Sexuality Multispecialty Group, Medical College of Georgia, Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res*. 2003 Oct;15(S5):S41–5. 57
12. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*. 2012 Feb;15(1):36–44.
13. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *J Sex Med*. 2017 Mar;14(3):413–24.
14. Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S, Kingsberg SA. The Women's EMPOWER Survey: Women's Knowledge and Awareness of Treatment Options for Vulvar and Vaginal Atrophy Remains Inadequate. *J Sex Med*. 2017 Mar;14(3):425–33.
15. Wysocki S, Kingsberg S, Krychman M. Management of Vaginal Atrophy: Implications from the REVIVE Survey. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2014 Jan;8:CMRH.S14498.
16. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A Sustained Decline in Postmenopausal Hormone Use: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2010. *Obstet Gynecol*. 2012 Sep;120(3):595–603.
17. Nappi RE, Krychman ML. The American–European difference in vulvar and vaginal atrophy views: a lesson from the REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016 May 3;19(3):252–5.
18. Wimberley Y, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. *Journal of the national medical association*.2006;12:1924- 1929.
19. Burd ID, Nevadunsky N, Bachmann G. ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION: Impact of Physician Gender on Sexual History Taking in a Multispecialty Practice. *J Sex Med*. 2006 Mar;3(2):194–200.
20. McGarvey E, Peterson C, Pinkerton R, Keller A, Clayton A. Medical student's perceptions of sexual health issues prior to a curriculum enhancement. *International journal of impotence research*.2003;5:58-66.
21. Krychman ML. Vaginal atrophy: the 21st century health issue affecting quality of life[en ligne]. Disponible sur : < https://www.medscape.org/viewarticle/561934_3:21ST-century>. (consulté le 09.11.2017)
22. Paris R.sexualité et religion [en ligne]. Disponible sur <<https://www.matierevolution.fr/spip.php?article3467>>. (consulté le 01/12/017)

Annexe 1

Grille d'entretien N°1

- Êtes vous sensibilisé aux problèmes de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées ?

* oui : si oui : -recherchez vous la dyspareunie ?

- Est ce que les femmes vous en parlent spontanément ?

- A votre avis pourquoi les femmes n'en parlent pas ?

* non :

- Êtes vous à l'aise avec les interrogations des patientes sur l'inconfort vaginal ?

* oui, pourquoi ?

*non, pourquoi ?

- Est ce que les troubles de la sexualité (dyspareunie) chez les femmes ménopausées sont un sujet facile à aborder pour vous en consultation de routine ?

- Pensez vous qu'il est important de dépister ce symptôme ?

- Pensez vous que ce symptôme a une conséquence importante sur la qualité de vie des femmes ?

- Pensez vous que le dépistage et le traitement amélioreraient la qualité de vie des femmes ?

- Quelle est votre pratique courante vis à vis de l'inconfort vaginal ?

* prescription de traitements locaux/généraux

* recommande une consultation chez le spécialiste

* autres :

Annexe 2

Grille d'entretien N°2

(sujet de relance)

1) L'inconfort vaginal est-il un motif de consultation?

(est ce suffisamment important pour consulter?)

2) Si oui qui a abordé le sujet?

(qui a initié le sujet? Cela a-t-il été difficile pour vous?)

3) Comment avez vous engagé cette discussion?

4) Dans quelle situation avez vous pu parler de l'inconfort vaginal?

(lors de l'examen gynécologique, autres motifs de consultations)

5) Qu'est ce qui pourrait vous gêner si une patiente venait vous voir pour discuter de son inconfort vaginal?

(éducation, religion, le manque de temps lors d'une consultation)

6) Selon la littérature, les femmes ménopausées aimeraient que ça soit le médecin qui initie la discussion, qu'en pensez vous?

7) Il y aurait également un sous diagnostic associé à un manque de proposition de traitement, à votre avis pourquoi?

(par manque de compétence)

8) La prévalence de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées est de 45%, êtes vous étonnés de ces résultats?

(pensez vous que cela était aussi important?)

9) Comment pourrait-on selon vous améliorer la prise en charge de ces femmes ménopausées?

10) Selon vous, pourquoi existe-t-il peu ou pas d'information dans notre société en 2016?

(parce que les femmes ménopausées sont dans leur deuxième partie de leur vie sexuelle, vie sexuelle sans but de procréation)

11) Avez vous quelque chose à ajouter?

Questionnaire caractéristiques des médecins:

1° quel âge avez vous? Homme /femme?

2° Quelle est votre situation familiale?

3° Faites vous de la gynécologie?

4° Depuis combien de temps êtes vous installés?

5° Êtes vous sensibilisé à l'inconfort vaginal des femmes ménopausées?

Formation?

6° Lieu d'entretien? durée de l'entretien en min?

Annexe 3 : Verbatim

Verbatim médecin n°1

L'entretien se déroule au domicile du médecin en présence de son mari, mais pas durant l'entretien. L'échange commence par une explication sur l'entretien, sur qui nous sommes en tant que médecins et où nous en sommes dans notre cursus, thèse.

Emmanuelle Devaux : Donc du coup, nous on travaille sur l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées.

M1: D'accord.

ED: Ce qu'on recherche à savoir si c'est un motif de consultation, durant vos consultations est ce que..., est ce un sujet suffisamment abordé ou qui est utile du coup de l'aborder?

M1: Alors en fait, iln'est pas forcément abordé en premier lieu, mais on l'aborde forcément au moment des frottis ou des examens gynécologiques de bases.

ED: D'accord.

M1: Voilà c'est une question qui est formulée de façon routinière.

ED: Donc plus... (coupure par le médecin).

M1: Au moment de la consultation de frottis.

ED: D'accord plus au moment d'une consultation spécialisée.(coupure par le médecin)

M1: Après il y a des femmes qui peuvent venir parce que(diminution du volume de la voix) ça gratte, parce que ça fait mal, parce que les rapports sont gênants.

M1: Donc elles peuvent venir pour ça.

ED: Ouais.

M1: Mais je dirai à la limite si elles viennent pour ça, elles le mettent peut-être en deuxième motif de consultation, peut être un premier sujet où elles se disent(diminution volume de la voix) voilà je vais consulter puis elle aborde le sujet en deuxième motif.

ED: D'accord, jamais en premier....vous avez jamais eu le cas de.....(coupure par le médecin)

M1: Si je pense, ouais....

ED: De patiente qui voilà.... vient vous voir parce que.....

M1: Bah si, celles qui ont des brûlures, des démangeaisons, voilà celles-là elles vont venir parce qu'elles ont des brûlures vaginales, je sais pas si elles ont de l'herpès...

ED: Ouais

M1: Elles vont venir pour ça (augmentation de l'intonation sur la fin de la phrase), parce que ... mais celles....

ED: D'accord.

M1: Ou c'est une dyspareunie par exemple....(blanc) ouais j'ai pas le souvenir qu'elle soit venue spécifiquement pour ça.

ED: Pour....

M1: Ouais

ED: D'accord.

M1: Peut-être plus chez les plus jeunes, à la ménopause?.....(blanc) peut-être parce que..... j'en sais rien , elles ont une impression de normalité en tout cas elle l'aborde plus en deuxième motif.

ED: Et ça, elles vous disent que ça peut être un....., que ça peut être un..... une justification pour elle? Je veux dire vous l'avez déjà entendu dire bah c'est normal c'est la ménopause quoi..

M1: Oui (franc), ouais ou elle demande:" est-ce que c'est la ménopause qui fait ça"?

ED: Donc c'est un peu la normalité entre guillemets, bah pour certaines.....?

M1:Ouais

ED: Bah pour certaines...

M1: Pour certaines, oui. mais je pense pas pour la majorité.

ED: Et là récemment, vous avez eu déjà le cas, le cas d'une patiente qui.....

M1: Qui avait un inconfort????

ED: Ouais

M1: Euh.....(souffle)

M1: (blanc) Je dirai quasiment... fin (rire) quasiment toutes les femmes ménopausées quand on leur pose la question ont quand même quelque chose à en dire, qui ne les feraient peut-être pas consulter effectivement au cabinet, pas forcément aborder. Mais la sécheresse....., la gêne au rapport..., ouais les irritations(blanc)....et...ouais c'est en grosse proportion!!!

ED: D'accord, donc c'est plus... en fait c'est plus vous qui a abordé le sujet

M1: Ouais c'est peut être plus moi qui le demande

ED: Lors d'une consultation spécialisée...

M1: (en même temps) Ouais

ED: Au niveau gynéco

M1: Oui voilà! ou si elles viennent pour une cystite par exemple, ou si elles viennent.... voilà

ED: Hmmm, d'accord.

M1: (augmentation du volume de la voix) Dès que ça en rapport avec la partie basse, ouais...

ED: Dès que ça en rapport avec

M1: Ouais

ED: Ok d'accord.

EM: Et euh.... est-ce que ça vous a semblé difficile d'en parler avec ces femmes?

M1: Non pas du tout.

ED: Même si....(coupure par le médecin)

M1: Car une fois qu'on est dans la gynéco, ça se discute facilement, d'autant plus(intonation plus élevée) si c'est nous qui posons les questions.

ED: Hmmm, hmmm....

M1: En fait la question est un peu automatique, la personne parle facilement. (Blanc) Alors peut-être que ça donne une sensation de normalité parce que.... et puis c'est des questions que je pose régulièrement.

ED: Hmmm, hmmm....

M1: Peut-être que des fois elles me disent non tout va bien, puis peut être que je la repose 1an après je m'en souviens pas, donc l'examen d'après je pose la même question et là du coup il y a quelque chose..... peut-être qu'elles l'ont entendue, réentendue et....

ED: Et..... c'est une question de routine.....

M1: Peut-être (augmentation volume voix)... Pour moi, c'est peut être une question de routine et je n'ai pas la sensation qu'il y a un mal-être, une gêne pour en parler. Peut-être parce que je suis une femme aussi(ton affirmatif) j'en sais rien.

ED: Oui peut être....

M1: Oui je sais pas....

EM: Et toutes les femmes vous répondent quand vous posez la question, y'en a jamais une qui dit c'est indiscret ou.....

M1: Non(à voix basse)

ED: Elles répondent facilement..... (blanc)quand on pose la question!

M1: Oui (blanc)

M1: Après y'en a qui...oui effectivement peut être qui se mettent un peu plus en(voix basse) à la limite presque des amis avec des gens avec qui je connais à l'extérieur euh.... même pour les soins de gynéco que je ne fais pas forcément, à qui j'adresse à ma collègue pour la gynéco. Pour certaines hein....!

ED: Oui, oui ...

M1: Que ça dérange, si j'aborde un petit peu ce sujet-là, il y a une barrière plus parce que... on se connaît autrement.

ED: Ouais plus en dehors de la sphère médicale.

M1: Ouais, ouais c'est peut être plus ça qui fait obstacle après quand on est juste le médecin, ça ne pose pas soucis.

ED: D'accord, ok

ED: Et comment vous l'abordez du coup? vous examinez d'abord la patiente ou.....

M1: Si c'est un examen de routine, gynéco euh....je fais l'examen, euh j'en parle quand je suis au niveau de la table d'examen je n'en parle pas en tête à tête durant la consultation. Durant la consultation, j'essaie de voir si la mammographie est faite etc.... et une fois qu'elles sont déshabillées, que l'examen est fait ou que je suis en train de le faire euh c'est à ce moment-là que j'en parle. De toute façon c'est pas le moment le plus agréable pour elle, donc je parle (rire)....

ED: Oui, oui c'est sûr.

M1: Et du coup en parlant bah , en plus je leur demande précisément où elles ont mal, en bas à droite, j'appuie donc en touchant déjà on peut demander à ce moment-là on a plus d'informations. Au moment où je mets le speculum je leur demande aussi si pendant les rapports c'est douloureux, on voit aussi si il y a de la sécheresse ou on s'en rend compte. Si on voit qu'un vagin c'est un peu dur à pénétrer dedans, on peut leur dire vous avez une petite sécheresse vaginale est ce que ça vous dérange. Euh.... c'est plus pendant.

ED: Oui

M1: Puis du coup on a les mains occupées, on est pas forcément en tête à tête avec le regard devant la personne.

ED: C'est plus simple
M1: C'est peut être plus simple.
ED: Parce qu'on a pas

M1: Ouais!! ouais on est pas face à face
ED: Ouais on ressent peut être moins.....
M1: Hmmmhmmm(un son qui voulait dire oui vous dites?)
ED: Peut-être ouais, mais je comprends(rire) (mal à l'aise)
M1: Ouais, ouais, elles n'ont pas de visu(augmentation volume voix) donc elles ne sont pas interrogées, on fait quelque chose et on en parle!
ED: Puis peut-être pour nous aussi, bah je veux dire euh.....
M1: Peut-être pour moi aussi c'est plus simple.
ED: (rire)
M1: Ouais, c'est l'impression que j'ai les mains occupées que....
ED: Peut-être la peur du jug.... fin pas du jugement mais comme c'est une question pas simple à poser fin de..... ouais je sais pas de.....
M1: Je trouve pas que ça soit une question si compliquée!
ED: Pour vous, c'est pas

M1: Non! je trouve pas que les femmes soient....., franchement je trouve pas beaucoup de résistance là-dessus y'en a un peu plus chez les hommes, mais je pense que ça dépend vraiment de notre positionnement à nous.
ED: D'accord
M1: Parce que chez les hommes quand on prend l'habitude de poser les questions, de demander ça devient... à chaque fois de plus en plus simple. Chez la femme ça me pose pas soucis d'en parler. Chez les hommes un peu plus parfois avec certains hommes, donc euh.... je pense que ça vient plus des résistances que j'y mets moi.
ED: Oui personnel, en tant que....
M1: Personnel, ah ouais si c'est un sujet avec lequel j'ai pas de soucis je pense que le patient n'est pas choqué.
ED: Parce que là vous dites plus avec les hommes, c'est par exemple les troubles de l'érection, des choses comme ça qui sont difficiles.....
M1: Ouais, ouais voilà maintenant j'en parle beaucoup plus. Dès qu'ils ont 50 ans avec le PSA, la prostate, les troubles urinaires, je mets tout le temps dedans les troubles de l'érection les comme chez un alcoolique si il fume du cannabis, si il consomme beaucoup d'alcool. ces choses un peu routinières qui peuvent déranger. Mais si elles sont posées régulièrement et dans un contexte précis, elles sont moins perturbantes. Du coup, chez la femme, c'est peut être celle qui me pose le moins de soucis.
ED: Le moins de soucis?
M1: Bah euh.....j'ai beaucoup de facilité à demander à une femme si elle a un inconfort vaginal, qu'à demande à un adolescent de 16ans s'il prend de la cocaïne. Parce que, pour moi, je me sens totalement intrusive, là je ne me sens pas intrusive avec elle (blanc) je me dis que ça fait partie de mon travail.
ED: Oui oui totalement (rire, gêne)
ED: Et qu'est-ce qui pourrait vous gêner, je veux dire j'ai bien compris que....
M1: Que ça ne me gêne pas
ED: Vous êtes à l'aise pour en parler que c'est bien, que c'est bien pour les patientes euh... Mais qu'est-ce qui pourrait vous gêner chez une patiente pour en parler l'éducation, la religion, son histoire personnelle.....???

M1: Ouais peut être la barrière de la langue, effectivement ou ça serait une anglaise par exemple. Je suis très nulle en langue, par flemme je ne m'y mettrai pas.
ED: Ouais c'est dur.
M1 :Ouais, euh.....la religion non pas tellement, euhpeut-être des femmes qui ont des histoires compliquées: violées ou qui ont eu des passés psychiques liés à la sexualité qui ont été compliqués. euh.....
ED: Ouais pas simple.
M1: Je m'y prendrai peut-être plus avec délicatesse, bah il faudrait peut-être que je tourne un peu plus autour du pot.(rire)
ED:(rire) Ouais d'accord.
M1: Ouais plus en fonction de leur histoire.....
ED: D'accord. Et quelles plus en fonction de leur histoire.....
ED: D'accord. Et quelles soient accompagnées de leur mari? par exemple, est-ce que ça serait un frein plus pour vous ?

M1: Oui ça pourrait être un frein quand même, effectivement quand je leur demande c'est quand elles sont seules. Alors c'est pas que ça serait un frein pour moi, j'aurai plus la sensation que.... elle ne me dira pas forcément tout parce que le mari est là, la réponse serait un peu biaisée. Donc j'aurai pas l'impression d'avoir une réponse qui.....

ED: Vous serez pas convaincue que le

M1: Je serai pas convaincue, après ça dépend des couples. Il y a des couples où on sait qui parle déjà de sexualité dans l'enceinte du cabinet ou que ça fonctionne bien, on peut le faire.(blanc) Ceux qui en ont jamais parlé, j'attends effectivement que la femme soit seule.

ED: D'accord(j'allais partir sur une autre question, mais le médecin a continué)

M1: Ou si elles viennent et qu'elles sont avec leur gamin de 8 ans, j'en parle pas (rire)

ED: Oui c'est quand même plus simple quand elles sont

M1: Oui quand elles sont seules. Bon si elles ont un gamin de 8 ans elles ne sont pas ménopausées.....lol

(rire ensemble, boutade ensemble durant quelques secondes....)

ED: Du coup par rapport à la thèse, on a fait de la biblio on a vu dans la littérature même si il n'y en a pas beaucoup, les femmes disent qu'elles seraient plus aptes à en parler si le médecin pose la question.

M1: Oui

ED: Vous en pensez quoi?

M1: Oui je pense aussi, j'en suis certaine.

ED: Ouais?

M1: Ouais je pense soit elles viennent car elles ont un vrai inconfort qui leur paraît médical(elles ont peur d'attraper une maladie, un microbe) donc là elles vont venir pour ça, elles en parlent....

M1: Mais sinon, à mon avis effectivement elles..... (blanc) je suis pas sûr qu'elles en parlent de leur propre chef, ou en deuxième motif mais c'est parce que (blanc) il y a quelque chose qu'elles estiment qu'il faut traiter et mais ... je pense que si on ne le formule pas ce n'est pas tellement discuté, ouais.....

ED: D'accord. Donc d'après vous, c'est parce que pour elle ce n'est pas symptomatique entre guillemets

M1: Ouais ou parce que c'est tabou, j'en sais rien je sais pas.....

En tout cas si c'est peu symptomatique ou pas suffisamment symptomatique.

ED: Ouais

M1: Elles n'en parleront pas.

ED: D'accord donc parce que c'est plus un problème chronique

M1: Peut-être.....

ED: Ou plus parce que c'est tabou(coupure par le médecin)

M1: C'est tabou quand même!

ED: D'après vous, elles n'osent pas à cause de ça.

M1: (blanc) (blanc: 5sec) Bah en tout cas ça me donne cette sensation-là, j'en sais rien

ED: Oui

M1: Ouais ouais ouais!!!

ED: Bah ça peut être..... on verra.....(rire)

M1: Oui, on verra j'en sais rien, ça peut être une explication ouais.....

ED: D'accord euh.....

M1: Puis je me dis , 'fin quand on est orienté par la consultation du médecin..... Nous, on oriente beaucoup la conversation hein!!! ça dépend comment on formule nos questions, si on a des questions fermées . Effectivement, les gens répondent oui ou non mais parfois pas très bien..... puisque.... 'fin moi je me vois en tant que patiente en tant que consultation de gynéco, on répond un peu voilà.... On s'étale parfois pas trop, faut avoir la sensation que le médecin donne de l'ouverture pour pouvoir avoir des réponses très ouvertes. Et.... si le médecin pose une question en demandant juste oui ou non on en tire pas grand-chose en fait est ce que vous avez de l'inconfort vaginal par exemple..... Euh moi je suis patiente je me dis "de quoi il me parle, non, non(petite voix)" parce que en fait pour moi c'est quoi l'inconfort vaginal, je sais pas je me mets en tant que patiente....

ED: Oui, oui bien sûr.

M1: C'est quoi pour moi l'inconfort vaginal, je sais pas trop. Ça fait trop de choses je sais pas.....

Alors que je me dis(baisse volume voix) que si le médecin a demandé quand vous avez des rapports ça fait mal, est-ce que parfois ça vous brûle. Quand vous marchez dans la rue est ce que ça gratte ça pique. Ça.... euh mettre les termes qu'elles ont envie d'utiliser.

M1: Et...est ce que vous avez l'impression d'avoir une masse qui sort entre les jambes, en fait c'est reprendre les mots qu'elles utilisent elles de celles qui ont de l'inconfort.

ED: Ouais, en fait c'est pas très explicite euh..... 'fin..... si les médecins expliquent mieux du coup ce que je comprends , les femmes....

M1: Si on leur donne des mots qui leur parlent

ED: Ouais

M1: Euh.....je pense qu'elles peuvent se le représen....'fin elles peuvent accrocher quelque chose, elles peuvent se dire ah oui ça me pique quand j'ai des rapports, ça me brûle quand j'ai des rapports, mais l' inconfort vaginal..... je pense que pour elle ça ne leur parlera pas.

ED: (rire) Ouais

ED: Du coup, le fait que les médecins expliqueraient mieux, vous pensez que ça aiderait mieux les femmes(coups par le médecin).

M1: A en parler mieux.

ED: A en parler plus facilement à leur médecin (coupure par le médecin)

M1: Hmmm ouais.....

ED: Et euh..... améliorer les prises en charges du coup.

M1: Ah oui! moi je pense qu'on a besoin pas de vulgariser mais on a appris pendant 10 ans à parler médecin, et du coup on a besoin de mettre des mots qui..... avoir une conversation où on a le même langage.

ED: Hmm hmmm et qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autres, sinon pour essayer d'améliorer la prise en charge par rapport à l'inconfort en tant que médecin.

M1: En tant que médecin alors....

ED: Pour aider les femmes.....

M1: Mettre des systèmes de dépliants en salle d'attente pour leur montrer que ça existe eh.....(blanc)
Organiser des soirées de formations à l'intention des femmes.....comme ça se fait pour le cancer du sein ou et voilà, on peut avoir de l'information plus ouverte sur....auprès des femmesmais plus ouverte

ED : Qui soit fait par les médecins?

M1: (blanc) Oui qui soit quand même fait par les médecins oui je pense ,ouais.... en tout cas pas par les labos(rire ensemble) donc euh..... après ou par des sages- femmes par exemple.

ED: Après les sages-femmes (blanc) il y en a pas beaucoup qui s'occupent des femmes ménopausées....

M1: Bah j'en sais rien, puisque maintenant elles font des frottis donc euh... peut-être pas beaucoup pour l'instant mais d'ici un an ou deux.... elles ont l'agrément pour faire des frottis donc elles peuvent suivre des femmes du point de vue gynécologique.

ED: Oui , puis être exposé

M1: Oui, oui ouais.....

ED: D'accord! Donc plus être informé pour mieux prendre en charge.

M1: Voilà de l'information, après je sais pas..... 'fin nous à l'échelle d'un cabinet par exemple...

ED: Oui..

M1: Euh...(blanc de 3sec) c'est vraiment dans la cellule du cabinet que ça se passe

ED: Dans la salle de consultation?

M1: Dans la salle de consultation.

ED: Dans la salle d'attente par exemple ?on pourrait....

M1: Après c'est le prospectus dans la salle d'attente, c'est l'information générale.
mais je crois beaucoup à la richesse de la consultation en elle-même, le moment de consultation peut être très riche.

ED: Hmmm hmmm D'accord (blanc)

ED: Bon on verra bien(rire)

M1: (blanc) J'ai la sensation c'est ce qui est attendu par les patientes au-delà de l'inconfort vaginal, ce moment de tête à tête où on est à deux et euh..... Il est important(baisse de la voix) ...maintenant on nous demande de déléguer nos tâches de faire des trucs en réseau en concertation. Mais je pense que c'est très bien, fin peut être que moi j'y suis attachée mais j'ai la sensation que durant la consultation le patient est attaché à ça quand même! à ce moment où...
Il a une relation de confiance avec le médecin et si il n' y pas ça, si c'est trop ouvert ou trop éclaté.

M1: Euh.... il y a des choses qui ne sont pas dites, si on est trois intervenants.....

ED : Oui bah oui.....

M1: Elles ne vont pas forcément parler de l'inconfort vaginal....

ED : Donc plus un besoin d'intimité.
En même temps ED et M1

M1: Pas d'intimité mais oui de seul à seul avec la personne.

ED: Mais du coup peut-être un seul.... comment dire ça, intervenant

M1: Bah voilà!!!! c'est justement la question que je me pose actuellement, je me dis ça serait bien que je prenne des étudiants en médecine, mon collègue en prend.

ED: Oui c'est vrai(rire)

M1: Et donc ça fait un moment que je me pose la question et dans ce type de consultation effectivement j'y pense beaucoup, je me dis que me poserait soucis. C'est peut être ridicule et... je me dis est ce que si il y avait une tierce personne, est-ce que cette question je vais la poser pour ne pas mettre la personne dans l'embarras. En se disant on est deux écoutants, euh..... je sais que si on est seule toutes les deux, elle m'en parlera si on est deux, peut être qu'elle m'en parlera, c'est peut être moi qui me fait un faux jugement.

ED: C'est peut être plus votre gêne à vous.

M1: Voilà c'est peut être moi, dans sa position.... j'aurai l'impression d'être à l'hôpital et ... peut-être que ça gênerait pas, c'est pareil, c'est la façon dont se positionne le médecin.

ED: Oui c'est peut être plus une gêne du médecin après il faut voir avec les autres collègues....

M1: Comment ils font ouais....

ED: Ouais après ça, c'est un peu....

M1: Moi je me dis quand j'étais étudiante quand j'ai fait mes 6 mois là je me suis jamais retrouvée en situation, j'ai pas fait d'examen gynéco avec les médecins généralistes avec qui j'étais.

*discussion durant 2min de mon expérience personnelle en tant qu'étudiante.
reprise de l'entretien.*

ED: Du coup, pour ça il faudrait un seul intervenant si il y aurait plusieurs intervenants qui parle de l'inconfort vaginal, il y aurait peut être une dispersion ou....

M1: Je sais pas, j'ai fait des consultations avec le Dr X qui était gynécologue de l'hôpital, effectivement il les pose les questions, donc il n'avait pas de tabou durant la consultation mais j'avais l'impression qu'il y avait une atmosphère plus froide. Mais euh je sais pas mais finalement il avait une réponse aussi j'étais là en tant qu'interne, peut être qu'on se crée une sensation dans ce cabinet qu'on a l'impression comme si c'est une bulle créée. De zone rassurante en disant : moi quand je vais chez le gynécologue, je n'ai pas du tout cette même sensation pourtant je me dis que si j'ai un problème je lui en parlerai.... et....effectivement j'ai la sensation qu'il y a besoin de deux personnes et qu'il y a un rapport de confiance qui soit créée.

ED: Plus pour parler de ça, parce que un gynécologue?

M1: Ah si, si on peut tout à fait en parler à un gynécologue, après ça dépend de la personne qu'on a en face

ED: De l'ambiance

M1: De l'ambiance! ouais ou du rapport qu'on a créé avec le médecin.

ED: Ouais voilà. Donc, pour vous, il faut un rapport assez intime entre guillemets

M1: Intime mais ça peut être quelqu'un de neuf, quelqu'un qu'on connaît pas. Faut avoir créé une atmosphère de confiance.

ED: Mais si il y aurait plusieurs intervenants par exemple pour la prise en charge de l'inconfort vaginal, est-ce que vous pensez que ça pourrait être un frein que les patientes en parleraient moins?

M1: Par exemple un kiné dans un cabinet

ED: Oui ou plusieurs médecins dans un cabinet? est-ce que d'après vous, est-ce qu'on prendrait mieux en charge si un seul médecin avec une seule patiente ou qui...

M1: Non, moi je pense que ça pourrait être intéressant, être dans un cabinet de groupe avec une sage-femme, un kiné qui fait de la rééducation périnéale des choses comme ça et de se dire, de voilà parler de son inconfort vaginal si elle peut être aidée par la sage femme ou par la kiné. On pourra adresser aux consoeurs, et du coup on aura une remontée d'information qui pourra aider, mais c'est peut être pareil c'est assez cocooning un peu...

ED: C'est rassurant.....

M1: Oui, c'est rassurant,

ED: D'avoir peut être plusieurs avis ou....de pas être seule face....

M1: Oui, en fait, je pense ce qui est rassurant, c'est de se dire que...c'est dit, et que cela est pris en charge après on peut dire qu'on ne sait pas faire ou qu'on ne peut pas faire. A mon avis ce qui est rassurant c'est d'avoir une réponse.

ED: Et euh.... également...

M1: Pouvoir déléguer il y a pleins de dyspareunie je sais pas pourquoi j'adresse à des gynécologues, des sexologues, je m'aide de confrères quand même. Mais faut qu'elles aient la sensation que le parcours existe que ça fasse partie d'une pathologie assez générale, qu'elles ne sont pas seules dans ce cas-là. Puis qu'il existe un chemin pour le diagnostic et peut être pour traiter.

ED: Qu'il y a quelque chose à faire?

M1: Qu'il y a quelque chose à faire, qu'elle puisse se projeter.

ED: Et ça vous arrive souvent de les envoyer aux gynécologues, la majorité du temps?

M1: La majorité du temps c'est quelque chose d'infectieux ou un manque d'oestrogène, donc cela ça peut se gérer au cabinet. Après le sexologue de temps en temps, du couple dès qu'on reparle des problèmes de couples. Parfois dans des centres antidouleurs pour les algies du nerf Pudendal. gynéco oui assez régulièrement.

ED: Vous essayez d'abord de traiter et....

M1: Ce que je sais faire et ce qui me paraît cohérent.

ED: Et du coup on a vu dans les articles que c'est sous diagnostiqué donc sous traité mais à votre avis pourquoi?

M1: Mais du coup si c'est sous diagnostiqué c'est une enquête que vous relevez auprès des patientes.

ED: Dans les articles qu'on a lu sur l'inconfort vaginal, il dit qu'il y a un manque de diagnostic

M1: Ouais.....

ED: Parce que.....

M1: Je pense que c'est parce que la question n'est pas posée.

ED: Le point de départ serait cela????

M1: Ouais, je suis quasiment sûre! je trouve que c'est tellement fréquent que.... que c'est la question qui n'est pas posée.

ED: Ouais bah justement.....(coupure par le médecin)

M1: Moi il y a des questions que effectivement je ne maîtrise pas bien, je ne les pose pas trop parce que....

ED: Plus par manque de compétence alors????

M1: De compétence ou d'intérêt pour la pathologie et.... il y a des domaines qui me branchent moins donc je ne pose pas trop la question.

ED: Ouais donc ça peut être une raison....certains médecins

M1: Oui il y a des domaines, qu'on a pas trop envie de.....

ED: Oui, oui, d'accord.

ED: Et du coup ouais c'est ce que vous disiez, on a vu que la prévalence serait de 45% chez les femmes

M1: D'accord.

ED: Vous êtes étonnée de ce résultat?

M1: Non pas trop, dedans il y a toutes les descentes d'organes les trucs comme ça?

ED: Les descentes d'organes n'ont pas trop, le prurit, la sécheresse, les dyspareunies, les infections urinaires liés à la ménopause tout ça rentre dedans. Mais du coup quand même 45%.....

M1: Ouais, non ça ne m'étonne pas

ED: Vous n'êtes pas étonnés, c'est à peu près ce que vous imaginiez en prévalence...

M1: Oui à peu près.

ED: Pas plus, pas moins?

M1: Ce ne me choque pas tellement.

ED: Parce que ça fait presque une femme sur deux....

M1: Ouais, ouais

EM: C'est un peu ce que vous voyez quand vous posez la question?

M1: Oui, moi ça ne m'étonne pas tellement.

ED: Dans la société en 2016, on en parle pas non plus pour les hommes c'est un peu démocratisé, il y a des informations sur ça.

M1: Peu chez les femmes

ED: Ouais pourquoi à votre avis?

M1: J'ai la sensation aussi que ... tout ce qui a rapport à la vie sexuelle, il y a une obligation que ça marche. D'être performant, dans sa vie familiale, dans sa vie sexuelle faut que ça marche. A 55 ans, on est pas vieux tout ça, faut que tout ça fonctionne elles ont peut-être peur de pas être à la hauteur, elles ont peut-être honte, tout ça c'est peut-être humiliant.

ED: Oui, ça c'est pour les femmes.

M1: Après pourquoi les femmes n'en parlent pas?

ED: En général, pourquoi ce n'est pas quelque chose de démocratisé un peu comme les hommes, c'est vrai que c'est pas quelque chose qu'on entend parler.

M1: En même temps, les hommes on en parle mais je suis pas sûre qu'ils vont plus consulter pour ça.

ED: Oui, mais c'est vrai qu'il y a des pubs qui incitent "allez voir votre médecin traitant"

M1: Peut-être parce qu'on a la sensation que la femme est plus suivie au niveau gynécologique que les hommes. Moi je trouve qu'il y a quand même plus d'espace pour la femme malgré tout pour parler de ces choses-là.

ED: Car elle a un suivi plus régulier.....

M1: Ouais, elle a un suivi tous les ans, tous les trois ans, elle a quand même ces espaces. Même depuis quelle est jeune pour ça alors que les hommes peu hein....

les hommes qui parlent de leur sexualité moi je leur dis chapeau car ils entendent quand même parler par la presse mais d'ici à passer le cap, eux ils doivent venir à la consultation pour ça. Alors que même les femmes qui viennent sont jeunes c'est facile de parler de sexualité, car il y a des moments dédiés à ça que un garçon de 18 ans, le moment n'est pas.... quand ils viennent pour une angine. Que une jeune fille elle va venir car elle a besoin de sa pilule et elle va parler de ça. Peut-être que dans la presse on en parle plus mais je trouve que les hommes ont beaucoup moins d'espace intime pour parler de ça.

ED: D'accord. Est-ce que dans la société on en parle pas, parce que la vie sexuelle de la femme ménopausée est sans but de procréation?

M1: Ah ouais, ouais je ne me suis jamais posé la question comme ça (blanc) ouais je me suis jamais posé la question.

Je pense qu'on demande à la femme d'avoir une vie sexuelle tardive et imposée, alors qu'il y a pleins de femmes qui n'ont plus envie à 60 ans. Quand elles n'ont plus envie elles demandent si c'est normal de plus avoir envie il y a une demande du conjoint, une demande sociale qui fait que... voilà

ED: Une pression

M1: Voilà même là-dedans on doit continuer à être maquillée et honorer son mari, moi je trouve qu'il y a une pression sociale.

pourquoi l'état en parle pas, ça j'en sais rien peut être qui se sont retranchés derrière les campagnes du cancer du sein. Il y a une forte incitation à ce que les femmes consultent son gynécologue, sont suivies, elles sont fortement incitées à être suivies, moi je me dis que c'est ces espaces qui doivent être utilisés après....

EM: Bon je pense qu'on a parlé un peu de tout, vous avez quelque chose à ajouter?

M1: Signe de tête négatif.

EM: Ok, merci.

Verbatim Médecin n°2

Emmanuelle Devaux: Notre sujet porte sur les femmes ménopausées, sur l'inconfort vaginal.

M2: D'accord.

ED: Du coup, est-ce que c'est un motif de consultation dans votre cabinet?

M2: Alors rarement, rarement pour ça. Mais ça peut.... et euh.... en fait la population.... en fait, moi je travaille dans un cabinet de groupe où il y a deux autres filles et dont une de mes collègues qui a mon âge, donc (rire) elle a forcément une population de patientes et de femmes bien sûr qui ont pris de l'âge avec notre carrière (rire). Donc, elle voit beaucoup plus de patientes avec des demandes spontanées peut être pour ça je pense. Moi ça m'arrive bien sûr pour des patientes que je ne connais depuis longtemps mais c'est pas un motif quisouvent c'est un motif qui est abordé dans la consultation. Parce que ça vient sur le terrain euh ... souvent chez la cystite de la femme ménopausée ou sur des sensations d'impériosité ou carrément une demande de rééducation où on peut faire quelque chose car elles ont une information par des amies. Sur le fait que les fuites urinaires peuvent être prises en charge par physio ou par

Et du coup on aborde le sujet concernant leur sexualité ou l'inconfort vaginal ou la sécheresse vaginale, donc ça, ça arrive. Les dyspareunies aussi euh peuvent être un motif de consultation. Mais c'est vrai que je pense que dans ma patientèle, je vois plutôt les garçons de ma collègue (rire) et elle, elle voit plutôt mes patientes.

ED: D'accord, donc c'est en second lieu ce n'est pas le premier motif de consultation.

M2: Non, rarement

ED: La dernière consultation où vous avez parlé de l'inconfort vaginal, c'est vous qui avez abordé le sujet ou bien c'est la patiente, comment s'est engagée la discussion?

M2: Ça s'est engagé sur le fait qu'elle avait une irritation. C'est une patiente qui a été opérée d'un cancer du sein, en plus elle a des traitements qui vont favoriser cet inconfort. C'est elle qui a abordé le sujet, elle avait une irritation du coup une sécheresse, presque une lichénification, un lichen atrophique donc tout de suite elle a abordé le sujet quand je l'ai examiné, elle a dit " les relations sont vraiment très douloureuses".

Elle est venue pour un ensemble de symptôme qui évoquait une sécheresse vaginale, c'était une consultation pour ça.

ED: Et est-ce que c'était difficile pour vous la consultation?

M2: Non, non, les consultations sur la sexualité, ou sur la partie génitale il y a toujours une prudence vis-à-vis de la pudeur, ça ne se fait pas comme.... regarder des poux (rire) un truc comme ça. C'est pareil chez les garçons et chez les filles, c'est toujours avec délicatesse et en demandant si ils veulent bien être examinés, 'fin c'est la plupart du temps comme ça..

ED: Et euh....

M2: Mais ça ne me gêne pas

ED: Oui, il n' ya pas de gêne?

M2: Non, on fait de la gynécologie de médecine générale, les patientes je leur pose les stérilets, voilà on fait en plus maintenant qu'on fait de l'échographie, on vérifie éventuellement les poses de stérilets des collègues, non, non on fait de la gynécologie courante ici.

ED: Ça c'est top!

ED: Du coup, en majorité quand vous avez parlé de ça, c'était plus quand c'était des consultations en rapport avec la gynécologie quand elles venaient pour des symptômes, ou plus lors de consultations basiques? 'fin je veux dire.....

M2: Ça c'est plus rare, c'est à dire par exemple une femme qui vient pour un renouvellement de vaccin, on va pas faire une check list. C'est vrai, on va plutôt avoir une consultation qui ne prend pas trop le temps (rire) et puis on va lui faire son vaccin on ne la fait même pas payer et on lui dit aller sauvez vous.

Par contre euh... les consultations qui abordent les problèmes de dépistage, euh là on va en parler. La consultation de résultats de mammographie, consultation de prescriptions de mammographie, bon prescription de mammographie on en fait un peu moins, car elles passent par le dépistage systématique. Mais quand il y a des résultats de mammographie ou quand on parle des résultats d'Hémocult, votre mammographie vous l'avez faite, votre frottis c'est bon (geste de la main qui montre des examens à la chaîne) euh puis là, ça permet d'en discuter mais c'est quand même régulièrement sur des consultations de gynécologie de dépistage que j'aborde ces sujets, je ne fais pas une liste systématique.(rire)

ED: A 50ans....(rire)

M2: Non, mais par contre ça peut être des consultations de ménopause ou de frottis parce qu'il y a quand même beaucoup de patientes où j'ai fait tout l'examen gynéco, et euh du coup à l'occasion du

frottis c'est des sujets qu'on va aborder. Déjà la pose du spéculum on va prendre le plus petit modèle, voilà elle va dire que ça fait mal maintenant du coup on demande, on peut avoir des petites lésions d'atrophies du col, de la vulve on essaie d'aborder ces choses-là, voilà....

ED: D'accord, donc c'est plus simple d'aborder le sujet quand il y a une symptomatologie?

M2: Bah quand il y a une symptomatologie et puis quand ça touche le dépistage, l'urologie la gynécologie c'est plus simple ou quand on fait le diagnostic de ménopause.....ça peut arriver qu'on aborde ces sujets-là parce que.....euh lorsque ce sont des femmes qui viennent d'être juste ménopause, elles viennent en disant je crois que je suis ménopausée du coup on le vérifie. Du coup on peut poser la question d'un traitement hormonal substitutif, justement quand il y a une vie de couple encore actif lorsqu'elles sont jeunes qu'il n'y a pas de contre-indication, elles abordent assez souvent d'ailleurs parce que les facteurs de risques sont bien connus de la presse grand public et elles en discutent.

ED: D'accord, et euh.. ce que je comprends ce n'est pas très difficile d'en parler?

M2: Non pas trop.

ED: Qu'est-ce qui vous pourrait vous gêner d'en parler chez une patiente, qu'est-ce qui serait difficile?

M2: Le fait de connaître la patiente dans la vie de tous les jours, ici on est dans un village. Ça, ça peut être compliqué. Je n'aborderai pas ces sujets, je pense d'ailleurs mes collègues proches aborderaient pas (rire).... bon on ne se fait pas soigner entre nous mais voilà, la raison c'est cette distance. Je pense que des femmes qu'on connaît bien, au fil du temps en 35 ans de pratique il y a des gens qu'on connaît très très bien, même des hommes qu'on connaît très très bien, qui font du sport avec nous etc... dans des sujets plus intimes on va repasser le relais aux collègues.

ED: Les patients et les patientes.

M2: Il y a une, toujours une situation frontrière quand on connaît bien les gens qui fait que ça peut être délicat.

Bon, je pense que ça peut être le seul facteur, j'en vois pas d'autres, je réfléchis (blanc 6sec) non, je n'en vois pas d'autres.

ED: L'éducation, la religion?

M2: Non, on est peu confronté à ça, je vois... je vois pas de femmes musulmanes pratiquantes, peut-être une dizaine de femmes qui sont pratiquantes voilées, je sais que ... que c'est plus compliqué mais curieusement je sais quand ma collègue est remplacée par un médecin homme ça ne pose pas vraiment de problème, donc....

ED: Si une dame vient pour ça?

M2: Non, moi, je ne serai pas du tout gêné par ça, je pense qu'elles choisissent plutôt une préférence féminine, si on était dans une urgence l'examen.... bon, le sujet d'inconfort vaginal ne serait pas une urgence, mais l'urgence gynécologique ça poserait pas problème car ça s'est déjà produit avec le remplaçant homme de ma collègue femme.

ED: D'accord.

M2: Non, ça euh...appartenance religieuse tu disais

EM: Oui

M2: Ou quoi????

ED: L'éducation

M2: Non

ED: La présence du mari?

M2: Non! alors elles viennent rarement pour ces sujets-là avec leurs conjoints(rire). Et eux même viennent rarement avec leur femme parler de leur prostate....(rire) mais moi en tout cas, ça ne me gênerait pas. Ça arrive de temps en temps notamment chez des couples jeunes quand il y a des problèmes de sexualité, ce n'est pas un sujet qui me met en difficulté.

ED: Vous l'abordez plus quand vous êtes en tête à tête là au bureau ou plus au moment de l'examen gynécologique quand il y a des signes?

M2: Ça peut être les deux, les deux lieux. Moi, j'accorde beaucoup d'importance à l'interrogatoire!

D'abord, ça me permet de faire des examens plus rapides(rire) je gagne beaucoup de temps à l'interrogatoire, dans un premier temps ça peut se passer derrière le bureau puis j'ai pas besoin forcément de faire un examen, pour croire une femme qui me dit que c'est sec, c'est douloureux. Et qu'elle aimerait bien trouver un truc pour avoir une vie sexuelle épanouie.

Non, la problématique va plutôt être... la difficulté ce n'est pas l'examen, c'est plutôt la prescription chez les femmes qui présentent des contre-indications où on va être obligé d'utiliser les gels hydriques. Sur la tolérance, moi, j'ai appris avec elle à ne pas prescrire les gels siliconés, ils sont moins agréables. Je prescris les gels à base d'eau chez les femmes qui ne peuvent pas avoir un traitement hormonal local ou général. L'échec va plutôt être la réussite du traitement, notamment dans les pathologies qui suivent la ménopause, dans les pathologies atrophiques de la vulve, ça c'est

vraiment compliqué.....à prendre en charge. Même les collègues spé ne sont pas vraiment recouru à l'observation des retours aller retour.....c'est pas très commode. Ca leur flingue quand même leur sexualité.

ED: Oui, oui, ça s'est sûr.

M2: J'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup d'outils.

ED: Dans l'inconfort vaginal, c'est plus le traitement plutôt que le diagnostic?

M2: Oui le diagnostic, l'abord du problème sont pas plus la réussite du traitement, 'fin les différents moyens devant l'échec du traitement, les contre-indications.

ED: D'accord, ensuite on a vu quand on a fait la biblio que les femmes souhaiteraient que ça soit les médecins qui posent la question.

M2: Ouais,

EM: Qu'est-ce que vous en pensez?

M2: Ah bah ouais, c'est vrai, je trouve que c'est pas.....(blanc de 6sec)

Il y a une étude qui vient de sortir qui aborde le fait de l'image que se fait la femme de ces organes génitaux. Je sais pas si tu es au courant c'est assez récent, et j'ai été extrêmement épaté des résultats de cette étude qui montrent que beaucoup de femmes pensent qu'elles n'ont pas une vulve qui ne répond pas à des canons d'esthétismes ou de...

ED: Ah oui.....

M2: Ouais, ouais, c'est très épatant. Alors je me suis jamais posé cette question-là, et ça m'a fait quand même réfléchir au fait qu'il y a quelques patientes qu'on a du mal à examiner, et que c'est peut être sur des éléments comme ça phobiques? Moi j'ai interprété ça en terme de pudeur ou peut être de difficulté de la femme vis-à-vis de moi. Quand j'ai lu cet article, je me suis dit qu'il fallait peut-être aussi que je réfléchisse aux situations où on voit pas les patientes, qui ne viennent pas se faire examiner. Il y a peut être tout une frange de la population féminine qui ne se font pas examiner peut-être parce qu'elles ont une représentation des organes génitaux féminins, qui ne les laissent pas sereines face à cette exposition au corps médical. Ça répond peut-être un peu à ce que tu me dis. Les femmes souhaitent que les médecins abordent les choses parce qu'elles-mêmes, elles sont peut-être plus nombreuses que ce que l'on pense à éviter l'examen clinique pour ces raisons-là.... C'est vrai que c'est une chose nouvelle pour moi, donc je suis un peu épaté! Mais ça conforte un peu la réflexion que j'ai eue après avoir pris connaissance de cette étude qui est récente.....

ED: Alors je pourrai vous prendre le titre, car ça m'intéresse.

M2: Oui je pourrai.....si fallait faire attention plus à aborder ces choses, ça serait intéressant, moi je pense que c'est du domaine du médecin de famille, 'fin du médecin qui suit à la faire (blanc). Du coup on va le faire systématique(rire)

ED:(rire) Le médecin parfait!!

M2: Oui systématiquement!

ED: On a vu aussi qu'il y avait un manque de diagnostic

M2: Oui je pense aussi

ED: Un manque de traitement, à votre avis pourquoi?

M2: Oh euh le manque de diagnostic pour les raisons qu'on a dit, car les femmes n'abordent pas forcément le sujet avec leur médecin. Elles se font moins suivre par leur gynécologue au moment de la ménopause car il y a moins ces consultations de contraception. C'est la raison pour laquelle on voit le plus les femmes en période d'activité sexuelle, moins peut être après. Peut-être que c'est sous diagnostiqué pour ces raisons-là. Pendant les consultations pour contraception, on peut aborder plein de sujets sur la sexualité ou sur l'inconfort, je pense que c'est sous diagnostiqué pour ces raisons-là. Peut-être parce que les médecins n'y pensent pas (blanc) ça ne me surprend pas que c'est sous diagnostiqué.

ED: Ouais c'est un peu des deux....

M2: Oui à la fois de la part de la patiente puis aussi de la part des médecins.

interruption par un appel téléphonique pour le médecin

M2: Vis-à-vis du traitement, on est quand même assez coincé.... le cancer du sein est un cancer assez fréquent, dès qu'il y a un antécédent familial un peu proche, on est quand même très frileux pour aller traiter même en local par un oestrogène. Et euh....du coup je pense que ... quand on utilise, quand on traite par les lubrifiants on traite pas vraiment la sécheresse vaginale on traite simplement l'amélioration des rapports (blanc) on traite pas la cause quoi!

Peut-être aussi que la sexualité se transforme chez la femme âgée et que les rapports sexuels traditionnels, bah en fait ils sont peut-être un peu fuis, elle préfère peut-être une sexualité différente et ça la discussion autour de la sexualité chez la personne âgée n'est pas la même chez les garçons et les filles. Il faut que le couple soit plus inventif.... c'est des sujets de sexualités qui sont parfois abordés par les garçons pour leur trouble de l'érection, après je pense que à l'intérieur du couple c'est

quand même assez rare que les deux viennent à cet âge-là viennent pour parler des difficultés des relations dans le couple. C'est vraiment des consultations qui sont individuelles, moi je tu vois là, j'essaie de me souvenir, j'ai peu de souvenirs de consultations pour des couples qui sont dans la soixantaine ou 70 ans, ou plus qui sont venus pour des difficultés sexuelles ensemble. Ils finissent par s'arranger un petit peu, voilà... ils trouvent soit des à-côtés, soit une modification de leur activité sexuelle, et je pense ... peut-être que la femme..... si les traitements oestrogènes sont contre indiqués je suis pas sûr que les lubrifiants soit une longue durée de vie pour la relation amoureuse(rire) c'est mon avis hein....je.... mais je pense qu'on ne doit pas être loin de la vérité.

ED: D'accord, bon, c'est un peu la limitation: l'absence de traitement efficace?

M2: Pour moi oui! je pense que c'est ça.....

ED: Si j'ai bien compris? et donc....(coupure par le médecin)

M2: Parce que l'inconfort vaginal, il se traduit dans la sexualité mais aussi dans la vie de tous les jours et du coup le lubrifiant.....bah voilà tu vois tous les jours(rire)

ED: (sourire) Oui toute la journée.....

M2: Oui (rire). Don c'est un peu compliqué.

ED: Du coup, la prévalence chez les femmes est estimée à 45%

M2: Ah oui, ça ne me surprend pas du tout!

ED: Non...

M2: Ah ouais

ED: C'est à peu près ce que.....

M2: Je pense même un peu plus

ED: D'accord. C'est à peu près ce que vous voyez à votre cabinet chez les femmes ménopausées?

M2: Oui je pense que c'est à peu près ça, voire même un petit peu plus.

ED: D'accord.

M2: Après la discussion c'est la durée de la ménopause, tu vas pas avoir la même population de femmes, tu auras pas la même prévalence. La ménopause, ça regroupe 35 ans de la vie donc....

ED: (blanc) Oui, oui, c'est sûr, une grosse partie de la vie.....

M2: (rire) Une grosse partie de la vie. Ce n'est pas pareil entre une femme 55 ans et une femme qui a 80 ans. 80.....(rire) Ce n'est pas raisonnable de faire des traitements(rire) mais 45% en moyenne, je suis pas surpris.

Moi, je pense une femme de plus de 70 ans qui n'a pas été traitée, on a des prévalences de plus de 45%. Donc ça surprend pas et moins chez les femmes de 50 ans.

EM: En médecine générale, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer la prise en charge?

M2: Améliorer la prise en charge c'est de...inhérent déjà à l'aisance du médecin, le temps de consultation parce que c'est des consultations qui sont obligatoirement longues.

Toutes les consultations où on fait de la prévention, de contraception, de sexualité, de dépression dès qu'on aborde des sujets de confort, d'état d'esprit, c'est des consultations qui sont longues. Tous les médecins ne sont pas prêts à ça et ceux qui sont prêts à ça à faire des consultations longues, sont bien contents d'avoir des consultations rapides de temps en temps pour rattraper le retard en salle d'attente. Donc c'est quand même inhérent un petit peu au mode de pratique du praticien, c'est des sujets qui....tu peux pas faire....peut-être qu'il ya des collègues qui vont vite et qui arrivent à aborder ces sujets-là, en tout cas moi ça me semble compliqué. Je pense que c'est des consultations qui prennent plus de 20min, parce que voilà..... Donc je pense que ça c'est un frein, faut peut-être réfléchir à des consultations liées à ça, peut-être aborder le problème, proposer à la patiente de revenir pour ça. Je pense que c'est un problème d'organisation à partir du moment où il y a une certaine sensibilisation du médecin à ce sujet-là après on peut s'organiser. Parce que c'est vrai dans une consultation par exemple mammographie, on va parler des préventions Hemocult, des vaccins à l'approche de la retraite. Et on pourrait dire en particulier sur les histoires de sécheresse vaginale ou de difficultés à se retenir, fuite urinaire et tout ça on fait une consultation. Si c'est des sujets qui impactent votre vie, prenez rendez vous pour ça. Si on fait une consultation traditionnelle et qu'on aborde le sujet ça peut prendre pas mal de temps.

ED: Plus une consultation dédiée.

M2: Oui, je pense, comme y penser voilàsi... si on est sensibilisé, je pense qu'il faut sensibiliser le sujet pour aborder le problème spécifiquement.

ED: Plus d'informations?

M2: Tu sais l'information grand public ça oblige de modifier les pratiques médicales, car les médecins sont soumis à la demande des patients, on l'a vu sur les campagnes des antibiotiques c'est pas automatique. Sur le dépistage du cancer colorectal, tu as... tu abordes le sujet parce que tu sais que les patients sont informés.

ED: Oui

M2: C'est une double information, à la fois il faut que les médecins soient sensibilisés puis d'un autre côté une campagne grand public ça amène.... ce mois-ci on a quand même pas mal de gens qui viennent pour l'arrêt du tabac, ça impacte vraiment!

ED: Oui donc même du côté des patientes, s'informer que c'est pas.....

M2: Oui ça permet de stimuler, je pense que tous les médecins le connaissent, savent prendre en charge, comme j'ai dit il y a le manque de temps, si les patientes sont réticentes..... les troubles de l'érection chez le mec il y a eu tout un tas dede ... spots télé, qui ont abordé les troubles érectiles les consultations sont facilitées, ils en parlent plus facilement.

ED: Mais justement, nous on se pose la question... dans la société on en parle pas, nous on a pas vu...

M2: De.....

ED: De l'inconfort vaginal, il n'y pas de pub comme les troubles de l'érection, pourquoi?

M2: Mais peut-être parce qu'il n'y a pas beaucoup de solutions. Pour les troubles de l'érection, il y a des laboratoires qui font pas mal de fric avec les dérivés du sildénafil, et euh.... toutes les nouvelles molécules copies qui sont sorties il y a un marché, c'est quoi le marché de la sécheresse vaginale?

ED: Cela n'a pas encore été fait!

M2: (rire) Donc euh....il faut qu'on ait des solutions, qui soient plus pas radicales mais qui permettent de proposer aussi aux patientes des prises en charge qui vont les satisfaire.

ED: Ouais

M2: Et là actuellement c'est quand même un peu bancal le traitement.

ED: Bien sûr. Du coup, ça serait...une raison, pourquoi on en parle pas, parce qu'il n'y a pas de marché?

M2: Et comme on en parle pas, et qu'il n'y a pas de marché, je pense pas que les labos se mettent à faire beaucoup de recherche autour de ça.

ED: Oui d'accord.

M2: C'est sûr demain tu sors un médicament miracle, qui est prescriptible sans contre-indication avec leur anti-oestrogène pour leur cancer du sein, je pense qu'elles vont venir tout de suite, tu vois! Pour moi, je pense que ça passe par là aussi!

Peut-être qu'elles se sont fait retourner de la part des médecins, des descomportements d'impuissances, le médecin peut dire "écoutez madame, je peux pas vous prescrire de traitement hormonal, bah écoutez vivez avec votre machin, c'est la vie....."des médecins un peu... qui ont pas de moyens peuvent renvoyer des images presque insupportables. Donc après elles vont venir trois, quatre fois en parler, je pense que nous on peut être mal traitant dans des situations où on a pas de solutions.

ED: Oui où on est pas hyper à l'aise.

M2: Oui regarde l'arthrose(rire)..... vous ne pouvez plus marcher, puis vous avez les contre-indications de prothèse, c'est la vie.....(rire) et ça c'est terrible car si on se met à la place des patients on se dit qu'ils doivent recevoir certaines de nos informations qui sont violentes. Donc ça, peut être que certaines femmes ont essayé d'aborder le sujet avec leur médecin et elles sont se sont retrouvées face à rien(rire)

ED: Oui peut être à un manque de compétence, 'fin de.....

M2: Euh oui peut être à un manque de compétence, de solutions aussi.

ED: Oui

ED: Nous on s'était posé la question, qu'on n'en parlait pas dans la société parce que ça un rapport avec la sexualité de la femme qui n'a plus un but de procréation, est-ce que ça pourrait justifier?

M2: Ah non, je pense pas du tout, la sexualité c'est complètement.... dans notre société.... ou alors j'ai des patientes qui sont vraiment très particulières(rire) mais je pense qu'il y a vraiment deux partitions de la vie. A la limite presque, on pourrait exclure la procréation de la sexualité...

ED: Oui

M2: C'est des choses presque différentes.

ED: Est-ce que la société ne voit pas la femme comme.....?

M2: Il y a peut être des cultures où la sexualité de la femme est complètement obsolète, ça c'est probable où il y a l'excision tout ça....après je pense pas, je n'ai pas cette impression-là. Non, non, le fait de ne pas pouvoir procréer n'impacte absolument pas l'image des femmes dans la société, 'fin

ED: Pour vous non!

M2: Franchement pas du tout.(rire)

M2: D'abord la sexualité arrive chez les femmes qui ne sont pas en âge de procréer(blanc), il y a une sexualité de l'enfant du coup.... puis la femme peut procréer entre 15 et 50 ans tout le reste de sa vie,

bah elle a une sexualité hein! Entre les grossesses, elle a une sexualité(rire), je ne sais plus est combien la moyenne des grossesses chez les femmes françaises, elle doit être de deux. L'image de la procréation, on peut pas dire actuellement une femme en âge de procréer a une image de sexualité qui est différente pour des raisons de procréation, avec l'image de la femme qui ne peut plus procréer. Par contre, ce qui impacte peut être vraiment c'est l'esthétisme de son corps, ou l'attention du canon qui représente la sexualité de la femme et ça, ça disparaît avec le temps. ça s'expose sur tous les murs et revues publicitaires. Ça, ça impacte le vieillissement, impacte l'image de l'homme et de la femme parce que les corps.... c'est ce qui fait vendre tous " les produits de beauté", peut être que ça, ça impacte plus que la procréation.

EM: Hmm, d'accord, ok(blanc) bon bah moi , on a vu tous les items que je voulais....

M2: Bah voilà.

EM: Il y avait autre chose? après....

M2: Non, je pense que c'est un sujet intéressant, peut être justement sous diagnostiqué, la sensibilisation autour de ce sujet est important. Peut-être plus d'ailleurs auprès des collègues hommes que les collègues filles, elles sont peut-être être plus sensibles.

EM: Il y a une différence?

M2: Je sais pas..... ça sera intéressant de voir dans ta thèse (rire) si il y a une différence.....

EM: (rire), Ok, je coupe là alors.

Verbatim médecin 3

Emmanuelle Devaux: Est-ce que dans ta pratique, c'est un motif de consultation? Est-ce que tu penses qu'il y en a beaucoup ? Est-ce un motif assez fréquent pour qu'on en parle?

M3: Tu veux dire, l'inconfort de la ménopause ou des symptômes en particulier....

ED: L'inconfort vaginal chez la femme ménopausée, tu trouves qu'il y a une demande, c'est un motif de consultation fréquent.

M3: Fréquent, non chez moi, c'est un motif de consultation rare. Vraiment rare.

ED: Oui.

M3: Ça m'est déjà arrivé que des femmes consultent pour ça, mais ça n'arrive pas souvent puis parfois quand on parle d'autres troubles. C'est pas celui-là qui ressort en premier, c'est plutôt les bouffées de chaleur, les troubles de l'humeur, et là éventuellement en discutant ce trouble-là arrive derrière mais c'est vraiment pas un motif.....fréquent de consultation.

ED: D'accord.

ED: Et quand, bon je ne sais pas si tu te souviens la dernière fois que tu en as parlé.....euh je sais pas si tu as une patiente en tête?

M3: Oui c'était il y a quelques semaines.

ED: C'est toi qui a abordé le sujet ou c'est elle?

M3: Non, c'est pas moi qui a abordé le sujet, c'est vrai que....(blanc 4sec) moi j'aborde assez rarement le sujet de la ménopause. Si il n'y a pas de plainte, ce n'est pas moi qui va demander à la patiente "Est-ce que ça va avec la ménopause" je pars du principe que si ça va pas, la patiente va en parler. Et puis pas forcément à moi, peut-être à son gynéco aussi, si elle continue à avoir un suivi. Je pense que je ne suis pas forcément le premier recours de ce genre de plaintes. Et puis c'est vrai que je ne recherche pas spontanément les problèmes à ce niveau-là que ce soit l'inconfort vaginal ou autres. Dès qu'on commence à m'en parler, là évidemment je pose des questions.

ED: Donc c'est plus un motif secondaire dès qu'il y a une plainte.

M3: Oui complètement.

ED: Plutôt que quand tu vois une femme de 50 ans, 55 ans, dire bon bah.....

M3: Pas de recherche systématique.

ED: C'est plus quand il y a une plainte, mais là tu rebondis ...

M3: Oui, oui, bien sûr, je

ED: D'accord.

M3: Oui(tout bas) je pousse l'interrogatoire.

ED: OK, donc la dernière fois euh c'était plus une patiente avec les symptômes.

M3: Ouais, en fait, c'est elle, c'est une patiente euh.... qui n'a pas de suivi gynécologique, c'est moi qui lui fait ses frottis donc évidemment on est plus dedans.

ED: Oui

M3: Puis je la vois régulièrement, car elle a un problème thyroïdien et puis....elle était ménopausée, on l'a suivie en péri-ménopause puis après en ménopause. Et puis c'est.... je crois que c'est à l'occasion de son dernier frottis en fait, après je ne me souviens plus si c'est parce que elle avait un frottis un peu hémorragique ou je lui ai demandé ou si c'est elle qui s'en est plaint. En tout cas, je ne m'en rappelle plus, je peux regarder..... (recherche sur l'ordinateur)

ED: Donc oui, ça serait plus au moment du frottis.....que si visuellement tu vois des signes ou...(coupé par le médecin)

M3: On pourrait poser la question pour les femmes pour lesquelles c'est moi qui fait le frottis.

ED: Plus à ce moment-là, plus au moment de l'examen gynéco

M3: Oui, là en l'occurrence, c'était lors d'une consultation gynéco. Attends, je ne retrouve plus son prénom euh... ouais c'est bon(recherche sur l'ordinateur)

M3: Ça remonte à quelques semaines, rire.... ça remonte à quelques mois....donc tu vois ce n'est pas fréquent.....

ED: Oui.

(recherche sur l'ordinateur)

M3: En fait, ce n'est peut être pas la dernière, peut être que je me trompe....

ED: C'est elle qui t'a marqué.

M3: Hmm, c'est la dernière qui me vient à l'esprit....

M3: Oui c'est ça.

ED: Et quand elle t'en parle, ça te semble difficile d'en parler.

M3: Ah non pas du tout, tu vois c'était il y a un an

Rire....

M3: Et j'avais marqué frottis, brûlure vulvaire, elle a dû s'en plaindre et ce n'est pas moi qui l'a constaté. Et voilà, c'est là qu'on en a discuté, je me rappelle d'une autre. Mais comme quoi ce n'est vraiment pas fréquent dans ma pratique quotidienne, de gérer ce genre de choses.

ED: D'accord. Et donc du coup ce n'est pas difficile, mais qu'est-ce qui pourrait te bloquer d'en parler. Que ça soit toi ou la femme qui en parle, qu'est-ce qui pourrait te bloquer d'en parler?

M3: Pfff, je crois qu'il y a rien qui me bloque, je pense qu'il faut être dans le sujet.(rire) Quelqu'un qui vient pour une angine, je ne vais pas lui dire "dites madame, est-ce que vous avez des symptômes d'inconfort vaginal". Ça me semblerait déplacé et peut-être mal interprété mais je ne me suis jamais posé la question, puisque ça ne me vient pas à l'esprit tout simplement.

ED: Oui

M3: Donc c'est des choses qui viennent toute seules et que quand ça vient, j'approfondis le sujet mais alors là sans aucun problème sans aucun tabou, sans aucune gêne. Si je ne le recherche pas, c'est pas que ça me gêne c'est peut-être que ça ne fait pas partie des choses que auxquelles je m'intéresse particulièrement.

ED: Oui pas d'intérêt sur ça.

M3: Et puis effectivement si il y a une plainte, elle le verbalise, peut-être que je sous-estime cette gêne et qu'il y a des femmes qui n'osent pas en parler et que ça mériterait d'être recherché. Comme les troubles de l'érection chez les messieurs. J'avoue que les troubles de l'érection c'est pareil, je ne les recherche pas.

ED: Hhhmm d'accord.

M3: Je laisse venir les choses et j'approfondis quand ça arrive.

ED: Pour ne pas paraître trop intrusif.

M3: C'est même pas à cause de ça (haussement de la voix)

ED: Non?

M3: En réfléchissant, oui je te dis que ça peut sembler déplacé d'aller parler d'inconfort vulvaire quand la patiente vient pour un tout autre sujet, mais ce n'est vraiment pas à cause de ça que je ne le recherche pas, voilà c'est.....ça fait pas partie de ma pratique.

ED: Et euh(coupure du médecin) la religion, de savoir l'éducation de la patiente, est-ce que ça pourrait te freiner de..... ou non même pas?

M3: Pas du tout, non, dans ma pratique, il n'y aurait pas de raison puisque en fait, si c'est moi qui laisse venir les patientes, si la patiente en parle il n'y a pas de problème à en parler on fait juste de lui répondre. Ce n'est jamais moi qui ai fait le premier pas dans ce genre de pathologie. Donc ça ne me gêne pas car je n'ai jamais eu l'occasion d'être gêné. Jamais je ne me suis dit, à une patiente je lui demanderai bien si ça va mais ne pas le faire parce que elle est de telle religion, ou de telle éducation que ça passerait mal, non. Ça ne me traverse pas l'esprit, donc je ne me suis jamais posé ce genre de question.

ED: Et de connaître la patiente à l'extérieur du cabinet, quelqu'un que tu côtoies et que ça soit une de tes patientes est ce que.....

M3: Là effectivement oui, probablement que ça me poserait un problème. Ça m'est arrivé par exemple de de..... de dire à des patientes que je connaissais à l'extérieur sans forcément que ça soit mes amies, mais juste des connaissances avec qui on a commencé un suivi de grossesse, que à terme il faudrait des examens gynéco. Que moi je ne serai pas forcément très très à l'aise de faire les examens de gynéco et de proposer d'aller voir quelqu'un d'autre. On rentre dans l'intime, je pense que l'anonymat, 'fin pas l'anonymat mais le rapport particulier médecin patient est important, ce rapport-là peut être parasité si il y a d'autres rapports avec les gens, comme des rapports de connaissances, d'amitié à force. Je ne me suis pas posé la question jusqu'à maintenant parce que je n'ai pas eu l'occasion, mais c'est vrai qu'en réfléchissant ça pourrait être un frein.

ED: Et le temps en consultation? je pense que..... ça prend du temps en consultation ce motif-là....

M3: Si c'est cette plainte-là, pas tellement si c'est la ménopause en général un peu plus oui....

ED: Ok

M3: Le temps ne serait pas trop un problème pour moi. Parce que c'est vrai quand on doit traiter les problèmes de ménopause en général, je demande aux patientes de revenir pour une consultation dédiée. Car c'est vrai moi j'utilise beaucoup l'homéopathie là-dedans et ça demande, effectivement ça demande du temps. Si je veux bien faire les choses et si la patiente est demandeuse d'une prise en charge en homéopathie, je la fais revenir pour une consultation spécifique et donc là j'ai le temps qu'il faut pour...

ED: Ok d'accord. On avait vu en faisant des recherches peu en France beaucoup plus aux Etats-unis, en fait les femmes aimeraient que ça soit les médecins qui en parlent, et qu'elles n'osent pas la majorité dans les études, tu en penses quoi, tu es surpris?

M3: Alors....(blanc), euh.....je euh....(rire)

ED: Tu me disais ça tout à l'heure, pour toi....

M3: Non c'est vrai que je parlais du principe que si il y avait un problème les gens vont en parler. Peut-être que effectivement il y a un frein, peut être que ça mériterait d'être un peu plus recherché. Maintenant que tu me le dis, je vais peut-être essayer ça d'intégrer à ma pratique, tout en restant dans le contexte. C'est à dire au moment du frottis on en discutera, quand on commencera à parler hormone, contraception, ménopause mais je ne mettrai pas sur le tapis de façon brute lors d'une consultation qui n'a rien à voir avec le problème.

ED: C'est normal, ok. Donc pareil quand on a fait des recherches, on voit que la prévalence est d'une femme sur deux, tu es surpris?

M3: Oui, je ne pensais pas que c'était autant. Mais je t'avoue que je ne me suis jamais posé la question. Voilà j'aurai peut-être dit 1/3 des femmes. Mais une femme sur deux mais dans quel contexte?

ED: Des femmes ménopausées.

M3: En prenant juste des femmes ménopausées...

ED: A l'âge de la ménopause, qui ont décrit, plus d'une femme sur deux, entre 45% et 55% décrivent des symptômes d'inconfort vaginal.

M3: Ouais ça me semble beaucoup, je n'aurai pas dit autant. Mais c'est vrai que ça vaut le coup d'autant plus de se pencher sur la question pour être actif dans la prise en charge.

ED: D'après toi qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer la prise en charge? ou aider les médecins, aider les femmes je sais pas.....

M3: (rire) Faire une campagne de publicité "mesdames vous êtes ménopausées, vous avez un inconfort vaginal, parlez en à votre médecin généraliste" (rire)

Non je dis ça.....

ED: D'informer un peu.....

M3: Peut-être informer un peu plus les patientes pour qu'elles se rendent compte que c'est pas un sujet tabou, que c'est un sujet fréquent, et puis que.... qu'il faut pas qu'elles hésitent à en parler comme un peu les pubs qu'on a vues pour les troubles de l'érection dans les journaux grand public. Peut-être qu'il faut passer par là, peut être pas par des pubs à la télé, mais peut-être des magazines féminins, ou des médecins dans les magazines féminins un "public communiqué" comme il appelle ça. Ou des trucs qui ressemblent à des articles et en fait c'est de la pub, c'est des petits messages d'information. Je pense que ça, ça porterait et ça permettrait aux femmes peut-être d'en parler un peu plus. Puis là, en l'occurrence, cette discussion va me permettre à moi peut-être d'être un peu plus sensible à ce genre de pathologie et de prêter un peu plus d'attention.

ED: Des deux cotés en fait, des femmes avec une information grand public et aussi du côté des médecins, 'fin....

M3: Oui au niveau des médecins, sachant que à mon avis on doit en parler quand on fait des topos sur la ménopause. Peut-être que ce n'est pas sur ça qu'on met l'accent mais que ça mériterait d'être un peu plus présent dans les formations qu'on peut avoir à ce sujet-là.

ED: Ok, on a vu également que dans la société on en parle pas, c'est ce que tu disais à ton avis pourquoi?

M3: Parce que la sexualité, même si elle se démocratise j'allais dire, même si il y a moins de tabou, notamment dans les nouvelles générations sur les questions sexuelles, ça reste quand même du domaine de l'intime. Je pense que ce n'est pas forcément facile d'en parler, ça peut être mal perçu ou comme étant intrusif de la part de certaines personnes, des patients, des femmes notamment. Après qu'est-ce qu'on pourrait dire là-dessus, pourquoi on en parle pas? Peut-être que si on parle des troubles de l'érection et pas de ça, peut être qu'on reste dans notre modèle de société où finalement, pendant longtemps la sexualité de l'homme était plus importante que la sexualité de la femme. D'ailleurs on ne parlait pas trop de la sexualité des femmes qu'on on parlait, quand on voit les hystériques du siècle dernier, ça veut bien dire ... de toute l'idée qu'on se fait de la sexualité féminine. Notre société a progressé mais quand on voit les sociétés en Afrique, toutes les sociétés où il y a encore l'excision, voilà il y a encore du chemin à faire au niveau mondial. Pour que la société féminine soit vraiment reconnue. Je pense qu'en Europe, on est plutôt bien placé qu'il y a vraiment beaucoup de choses qui ont évolué ces trente dernières années, cela va probablement évoluer encore plus avec les jeunes générations avec l'accès qu'ils ont avec les images et ainsi de suite. Je pense que la sexualité c'est quelque chose qu'il va beaucoup évoluer pour la génération qui est en train d'arriver. Donc peut-être que ce manque de considération n'aura plus lieu d'être dans 20 ans, enfin j'espère.

ED: Donc on est encore un peu en retard, c'est ça que tu veux dire?

M3: En retard ça dépend par rapport à quoi....

ED: En France en tout cas.

M3: En avance par rapport à certains pays, comme les pays musulmans ou euh mais voilà, mais en France je sais pas si il y a des pays qui font mieux. Dans les pays de la Scandinavie, ils sont souvent en avance par rapport à nous. Plus ouverts d'esprit à ce niveau-là donc je sais pas comment ils font chez eux mais sûrement qu'ils sont plus en avance dans la prise en charge de ce genre de choses. En France, je pense qu'on est pas encore trop mal situé.

ED: Plus parce que c'est un sujet, c'est la sexualité c'est pour ça qu'on en parle.....

M3: Oui je pense parce que c'est la sexualité, parce que c'est la sexualité féminine. A mon avis passe encore, même si c'est moins le cas derrière la sexualité masculine dans l'intérêt général peut-être que je me trompe mais c'est l'impression que j'ai.

ED: Non, non....

M3: Quand on raisonne en collectif, pas quand on raisonne en individu.

ED: Il y a sous diagnostic

M3: Sûrement oui...

ED: Qui entraîne l'absence de traitement, à ton avis pourquoi? Pourquoi ce manque de diagnostic, ce manque de traitement, ce manque de choix thérapeutique?

M3: Le sous diagnostic, c'est ce qu'on vient de dire comme les femmes n'en parlent pas ou peu et que les médecins ne le recherchent pas, le sous diagnostic vient de là.

Après le traitement, faut qu'il y ait une plainte pour traiter quelque chose. On traite des symptômes, si on a pas la notion qu'il y a des symptômes et une plainte on ne va pas penser à traiter où il n'y a pas lieu de traiter. Donc pour mieux traiter faudrait déjà qu'on en parle davantage puis après est ce qu'il faudrait voir aussi la contrainte du traitement qui est pas non plus évident l'emporte sur la contrainte des symptômes. Je pense qu'en fonction de la fréquence des rapports, euh moi je suis resté sur la moyenne française. Un rapport tous les quinze jours et je pense mais peut être que je me trompe, je ne connais pas les statistiques qu'en vieillissant ça ne va pas en s'arrangeant. Donc peut-être que en vieillissant, la femme qui va avoir un rapport bon je caricature un rapport tous les trois mois, allez lui dire qu'il faut aller mettre un ovule tous les jours ou juste trois fois par semaine est ce que ça vaut vraiment le coup?

ED: Hmmm, hmmm

M3: Pas convaincu, mais ce n'est pas à moi de choisir. Au moins qu'on propose à la patiente, puis la patiente elle décide. Et ce que je crois et peut-être que je me trompe aussi, une patiente qui est gênée et qui est sexuellement active, elle, elle va s'en plaindre. Celle qui ne va pas s'en plaindre, c'est celle qui...pour qui finalement n'a pas une très grande importance, peut-être qu'elle le constate mais bon bah voilà c'est ... je pense que c'est un peu comme la frigidité, l'absence de plaisir, c'est quelque chose qui est très fréquent chez les femmes pourtant les femmes n'en parlent pas beaucoup voire pas du tout. Je pense aussi que beaucoup de femmes ont une sexualité passive, pas forcément très épanouie et j'aurai tendance à penser qu'elle ne sont pas à ça près quoi...voilà c'est....il y a pas mal de femmes encore qui n'ont pas une sexualité très épanouie. Et peut-être encore plus dans les femmes ménopausées maintenant et voilà qui ont peut-être vécu la période de libération sexuelle des années 70 mais qui sont quand même moins libérées par rapport à tous ça que les générations plus jeunes.

ED: Oui, oui c'est encore un peu difficile....

M3: Voilà c'est peut être pour ça qu'elles n'en parlent pas beaucoup que....une sexualité pas très heureuse, un peu plus de problèmes ou un peu moins de problèmes ça ne va pas forcément changer grand-chose...c'est peut être un peu misogyne ce que je raconte, j'en sais rien (rire).

ED: Il existe des traitements, mais on est vite limité, est-ce que ça peut être un frein?

M3: Moi, pas du tout car j'utilise l'homéopathie, il n'y a pas de contre-indication quels que soient les antécédents. Après, on a des choses qu'on peut utiliser même quand il y a des contre-indications hormonales. Les contre-indications absolues sont plutôt rares et puis y'a par exemple des choses comme des ovules à base d'acide hyaluronique qui sont là pour augmenter la trophicité de la muqueuse ou il y a pas de contre-indications. Moi, j'ai eu des bons retours avec ce type de produits et euh... puis ça se développe, là j'ai discuté récemment avec un copain gynéco qui vient d'investir avec ses collègues dans un laser euhpour faire une rejuvénation vaginale et apparemment ça donne des bons résultats, ces patientes sont bien contentes.

On a plaisanté sur le sujet quand on a parlé de ça car on était dans un contexte amical mais il disait que c'était plutôt efficace. Donc il y a des choses à faire.... c'est sûr qui vont au-delà des ovules de colpotrophine.

EM: L'acide hyaluronique tu le prescrites? car ce n'est pas pris en charge?

M3: Non, c'est vrai que ça peut être un frein.

EM : Et en homéopathie, il y a des choses ciblées? Moi, je connais pas l'homéopathie...

M3: Il y a pas de choses ciblées sur l'inconfort ou la sécheresse mais il y a des choses sur les troubles liés à la ménopause et aux hormones. Donc c'est un traitement qui est plus large qu'un traitement de symptômes, c'est un traitement de terrain qui permet souvent d'améliorer et qui un excellent complément des traitements locaux.

EM: Ok je savais pas tout ça. Pour moi, c'est tout bon. As tu quelque chose à ajouter?

M3: Non, ça m'a poussé à me poser des questions que je ne me suis jamais posé, ce n'est pas inintéressant.

EM: C'est déjà ça.

Verbatim médecin 4

ED: Est ce que pour toi l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées c'est un motif de consultation fréquent dans ton cabinet?

M4: Fréquent non, occasionnel plutôt occasionnel de temps en temps.

ED: Dans quel contexte cela est-il abordé?

M4: Ca arrive, c'est vrai que c'est pas très fréquent. Ca arrive plus dans un contexte de péri-ménopause, ménopause quand il y a déjà eu un suivi sur ces sujets là. Dans le cadre du suivi, c'est à ce moment là que la patiente va parler de ses problèmes d'inconfort vaginaux, c'est peut être là qui en a le plus. Puis après chez des personnes nettement plus âgées, qui la ont des vrais problèmes de sécheresse vaginale, sur des ménopauses bien installées. Je dirai que c'est surtout les deux circonstances, le (blanc4sec) quand je dis ça je pense surtout àle....

Là tu as dit inconfort vaginal, je pense surtout au problème de sécheresse vaginale. Euh.....je sais pas si par inconfort vaginal tu entends: les dyspareunies, les choses comme ça.....

ED: Oui, dans l'inconfort vaginal tu as la sécheresse, le prurit, les brûlures vaginales, les dyspareunies, voilà c'est déjà ça. Cela fait partie du syndrome génito-urinaire où les infections urinaires qui sont compris dedans aussi.

M4: Ah oui

ED: Voilà mais nous c'est plus global inconfort vaginal, brûlure dyspareunie...

M4: D'accord, parce que là ce que je viens de te dire c'est plus inconfort vaginal dans le cadre de la sécheresse vaginale, c'était plus ça. Après bien sur tout ce qui est infectieux, euh.... ça pour le coup c'est beaucoup plus fréquent. Soit les contextes de mycoses gynécologiques post antibiotiques en particulier, ça s'est quand même quelques choses de fréquent. Les infections urinaires, oui c'est une pathologie fréquente alors les cystites d'un côté, les vulvo-vaginites infectieuse c'est des pathologies relativement fréquente chez les femmes, qu'on soit dans un contexte de MST ou pas.

ED: Après nous on se centre plus sur la ménopause.

M4: Ouais.

ED: C'est vraiment sur ça, chez les femmes ménopausées plus sur l'inconfort vaginal physiologique. Fin si c'est quand même physiologique la ménopause. Voilà c'est plus centré sur ça, un petit moins sur l'infectieux tu as les infections urinaires car ça peut être secondaire à l'atrophie moins sur l'infectieux, c'est plus sur la pathologie de la ménopause.

M4: D'accord, c'est plus ce que je pensais au départ.

ED: Du coup c'est pas très fréquent.

M4: Non, les spécificités par rapport à la ménopause. Non c'est pas très fréquent c'est vrai du coup ça rejoint ce que je te disais au début, donc soit sur les femmes où il y a eu un suivi de péri-ménopause ou de ménopause.

ED: Suivi gynéco, tu veux dire? quand tu fais son suivi gynéco annuel.

M4: Oui, quand je fais le suivi gynéco ou quand elles sont amenés à parler des problèmes de péri-ménopause, ménopause. Ou alors chez les personnes beaucoup plus âgées, qui ont une ménopause bien installée. Avec une sécheresse vaginale ancienne mais qui s'est majorée progressivement et puis qui en ont pas du tout parlés ou qui en ont parlés il y a longtemps et qui finissent par en reparler. Alors à quelle occasion??? surement en posant des questions sur d'autres signes urinaires, l'incontinence urinaire des choses comme ça. En posant des questions d'ordre gynécologique, elles vont signaler ça des problèmes de sécheresse.

ED: D'accord.

M4: Là c'est plus en allant chercher la symptomatologie chez la patiente quoi.

ED: Oui, elles ne le disent pas en premier lieu en disant "j'ai une sécheresse"

M4: Non, oui c'est un peu le ressenti que j'ai chez la personne très âgée. Oui c'est pas ... elles sont habituées à cette sécheresse là et puis finalement ce n'est pas leur premier motif. Donc c'est plus quand on est sur la sphère gynécologique ou lors de leur problème d'incontinence urinaire que voilà en posant les questions. Elles vont parler de cette sécheresse en essayant moi du coup de la prendre en charge, pour voir si ça ne peut pas améliorer aussi dans une certaines mesures les problèmes d'incontinence urinaire au passage . Donc ouais c'est plus dans ces circonstances là pour les personnes âgées.

ED: D'accord, et c'est plus toi qui l'aborde ou c'est plus elle qui viennent avec une plaintes, comment ca s'est passé la dernière fois?

M4: Sur ces personnes âgées?

ED: (haussement de la voix) Sur les femmes ménopausées sur l'inconfort. Je veux dire sur les cas que tu as eu, que tu as traité? C'est plus toi qui en a parlé ou c'est plus les dames qui sont venus te le dire directement?

M4: Quand on est sur un contexte infectieux, mais là c'est moins votre sujet. En général c'est la plainte principale, elles ont les démangeaisons, les brûlures, c'est vraiment leurs plaintes. Si c'est plus des signes chroniques de sécheresse c'est rare qu'elles en parlent en premier motif de consultation c'est plus quelques choses qui va être abordé. Mais comme je te disais, si il y a un symptôme gynécologique ou un problème urinaire en reposant les questions, le..... de poser la question sur si elles ont un inconfort gynécologique. Est ce qu'il ya des démangeaisons, est ce que c'est sec? puis voilà hop, c'est là qu'elles vont vraiment en reparler. En disant que oui ça fait pas mal d'années, que oui elles sont gênées, mais qu'elles sont habituées et que ce n'est pas une plainte très importante en générale, oui je le vois plus comme ça.

ED: D'accord, ok donc quand tu l'abordes toi c'est plus euh... après avoir approfondie le 1er motif mais tu le demandes pas "en systématique"

M4: Non, pas en systématique. Je vais le demander sur un tableau pathologie gynécologie-urinaire puis voilà ça va faire partie des questions ou alors dans le suivi chez une femme ménopausées, quand on va faire le frottis. Soit de bosser la question avant le frottis ou au moment du frottis si on voit qu'il y a une sécheresse vaginale. A ce moment là aussi de poser la question, ça va être les deux grandes circonstances.

ED: D'accord, ok. Et ce n'est pas difficile pour toi de l'aborder ce sujet là en consultation?

M4: Non..., non non parce que euh le....(blanc de 6sec) je ne trouve pas que ça soit un sujet tabou qui gêne les patientes. Là ou moi je ressens plutôt la difficulté, c'est plutôt sur des problèmes gynécologiques sur la femme jeune. Mais chez les femmes ménopausées, non euh...j'ai pas l'impression qu'elles soient gênés d'en parler, au contraire si elles ont une gêne ancienne elles sont contente qu'on pose cette question là. Donc en général, puis si elles n'ont pas de gênes, elles n'ont pas de gênes donc on passe à autres chose.

ED: Nui

M4: Non je ressens pas de gêne à aborder le sujet.

ED: D'accord

M4; Je ne l'aborde pas spontanément tout le temps, mais quand on l'aborde non je ne sens pas de gêne particulière.

ED: D'accord, et qu'est ce qui pourrait te gêner j'ai bien compris que... mais toi qu'est ce qui te pourrait te gêner chez une femme ménopausées.

M4: Pour parler de ça?

ED: Ouais, qu'est ce qui te bloquerait un petit peu? c'est un peu particulier selon chaque femme.

M4: Alors le....(blanc 5sec) sans que ça soit vraiment un blocage, le...c'est plus être limité dans ce que je vais pouvoir proposer. Parce que en gros à part les traitements locaux, je..... j'ai pas très envie de proposer grand chose d'autres. Et dans les traitements locaux, on arrive vite sur des traitements hormonaux locaux. Ce qui va plutôt m'embêter, si il y a des contre indications des cancers hormonaux dépendants, ou je sais que si... même si il y a une sécheresse je ne pourrai pas proposer grand chose. donc ça sera plus une limite ...

ED: Thérapeutique...

M4: Oui thérapeutique à aborder ce sujet là sans être gêné à en parler. Mais c'est plus en sachant que je n'aurai pas grand chose à proposer. Bofff j'irai un peu moins au devant de la problématique, peut être plus ça qu'une vraie difficulté à en parler. Non parce que j'ai pas l'impression que les femmes soit gênés qu'on leur pose cette question là. Si elles ne sont pas gênés bah voilà, si elles sont gênés euh au contraire elles sont plutôt demandeuse d'avoir des conseils par rapport à ça.

ED: Ouais, nan mais c'est une limite valable car on n'a pas beaucoup de chose.

M4: Je ne connais pas forcément tout, mais je suis pas un grand spécialiste sur la question on arrive vite sur des choses à base d'hormone ouais donc plus ça.

ED: Ouais et l'éducation la religion de la patiente ça te bloquerait?

M4:(blanc de 5sec), Non j'ai pas l'impression que ça....

au niveau éducation, que ça soit des personnes d'un niveau social élevé ou que ça soit très bas, euh.... ça va être plus la façon de poser les questions. Expliquer plus simplement mais euh j'ai pas l'impression d'avoir plus de blocage spécialement. Le...(blanc de 4sec)est ce que les femmes d'un niveau social plus élevé, auront plus de retenu pour décrire ces symptômes peut être... mais c'est en réfléchissant tout haut. Je suis pas sûr, pas sûr. Au niveau religion, on est pas trop, pas trop confronté à ça dans le milieu semi-urbain ici. Le ... parfois sur les questions gynécologiques plus dans des situations de gardes, plutôt de professions musulmanes parfois ça peut être un peu plus compliqué au niveau de l'examen gynécologique. A la rigueur c'est plus chez des femmes jeunes aussi où ça peut être une difficulté. Là ou j'ai des femmes plus âgées ménopausées, je n'ai jamais eu trop de problème. Mais c'est plus dans des situations aigues, donc c'est pas trop des consultations pour ce

sujet là. Mais au niveau de la patientèle je n'ai pas de situation comme ça où la religion, je me suis dis que c'était la religion qui posait une difficulté.

ED: Hhmm, hmmm ca te bloque pas.

M4: Non, là ou je verrai peut être un frein, une difficulté c'est chez certaines personnes de profession musulmanes avec une pratique un peu radicale quoi, et plus j'ai des femmes jeunes qui viennent accompagnés de leur conjoint. Où là ça peut être un peu compliqué, mais c'est pas trop les pathologies de la ménopause finalement. Donc eux encore moins avec des patientes qu'on suit de façon habituelle, qui nous connaissent. Donc là on arrive, à faire les examens gynécologique de toute façon. Ouais moi je ne suis pas....je vais faire peut être faire plus attention, là sur la question de la religion mais sans qu'au final ça soit vraiment bloquant.

ED: D'accord, et tu disais le conjoint si pour une femme ménopausée lambda, si il est là ça t'embête plus pour en parler ou pareil?

M4:(blanc 5sec) Moi ça ne m'embête pas. le.... si euh.... ça.... ça peut arriver que.....

Si la patiente...si j'ai l'impression que la patiente ne répond pas vraiment à mes questions sur un sujet gynécologique, qui n'est pas urgent bien sûr. Dans ce cas là lui proposer de se revoir tranquillement, pour faire le point pas rapport à ça. Le.... les choses qu'elles entendent en général, qu'on peut en reparler une fois d'après en se mettant une petite note par ex. Après si on a réussi à aborder le sujet au niveau de l'interrogatoire le si, si c'est plus au moment de l'examen, là je n'hésite pas à demander au conjoint de sortir ou alors ... si il n'y aucune gêne apparente mais que le conjoint reste à regarder son journal, ou a... pour respecter l'intimité de la patiente. Mais à la moindre hésitation, je n'hésite pas au moment de l'examen de demander au conjoint de sortir, pour pas que la patiente ne se sente gêné par rapport à ça. Et du coup ce qui rend plus facile aussi, pour reposer éventuellement les même questions mais de façon plus intime avec la patiente, pour qu'elle en parle un peu plus... un peu plus sans gêne, vu que le conjoint est sorti. Parfois ca permet de redire les choses un peu différemment, de finalement dire des choses qu'elle n'avait pas dit devant le conjoint.

ouais c'est plus pour ça, c'est vrai que ça peut être un petit frein avec le conjoint, en adaptant je trouve qu'on arrive à faire finalement.

ED: Plus pour la patiente, pas pour toi?

M4: (coupure) Non pas pour moi...

ED: Pour être sur qu'elle dise tout ce qu'elle a envie de dire....

M4:Exactement, pour qu'elle puisse bien dire, pour qu'on ait les bonne informations.

ED: Ouais ok. Et hmmm le fait de connaître la patiente en dehors du cabinet, ça peut arriver quelque fois, une femme ménopausées que tu connais un peu à l'extérieur, est ce que ça t'embêterai ça de....?

M4: Moi j'ai très peu le cas, c'est pour ça que je travaille à 20km de mon domicile. Et je trouve que ça simplifie énormément, car ce sont des choses complètement séparés. Le....cette retenu là je la ressens quand même, mais cela va être encore une fois plus chez les femmes jeunes, une femme dont je suis toute la famille tous les enfants, une patiente qu'on est amené à voir régulièrement mais dans un contexte de maman et donc on voit les enfants. Je sens qu'il y a certaine, qui sont gênés vont pas, que d'ailleurs je ne vais pas forcément suivre au niveau gynécologique. Parce qu'elles préfèrent séparer le médecin généraliste: famille, de leur suivi intime gynécologique. C'est plus là que je ressens cette retenue, de la part de la patiente et voilà ce que je comprend tout à fait. J'ai les femmes ménopausées, moins du coup, euh..... il y a certaine femme ménopausées qui préfèrent malgré tout avoir un suivi par un gynécologue mais beaucoup moins. Je sens qu'elles sont beaucoup moins gênés que je sois un homme que je sois plus jeune, moins de difficulté par rapport à ça.

ED: Donc là tu n'as pas la situation, mais ca ne te bloquera pas de connaître dans la vie perso et de la suivre au cabinet?

M4: Si je pense que ça me gênerai un peu, ça me gênerai un peu je pense que le....mais comme déjà sur d'autres sujets plus léger, même sur un sujet plus léger. Je préfère que ça soit des enfants que je suis en tant que patient, pas des enfants en tant qu'amis. Parce que voilà ce qu'on va dire de façon strictement professionnel, va être différent de la relation qu'on a avec ces enfants là ou leurs parents en.... à titre personnel. Là également, sur un sujet plus intime j'aurai peur qu'il y est du coup..., moi d'être un peu gêné. Effectivement mais ça je pense que...je pense que que j'arriverai à m'adapter sur ce sujet là du coup, mais plus pour la patiente pour elle qu'elle ne dise pas les choses de la même façon et que du coup, on soit un peu moins efficace finalement.

ED: Ok donc globalement ca va, tu es à l'aise.

M4: A l'aise je sais pas, je ressens le besoin de me former mieux sur pas mal de sujet gynécologique. Oui sur les inconforts, sur la ménopause sur des sujets ou je sens que...(tout bas)j'aurai besoin de me former mieux, pour être mieux à l'aise, avoir un meilleur recrutement, en faire plus aussi. Sans pour autant ressentir de difficulté à aborder ce sujet là avec les patientes....

Parfois, parfois ça mériterait que peut être que, de poser un peu plus facilement ces questions là. De façon systématique peut être que parfois sur.... de poser des questions de façon plus systématique effectivement.

ED: On avait vu en lisant justement, que les femmes aimeraient que ça soient les médecins qui posent la question, tu en penses quoi tu es étonné de...?

M4: Je suis pas étonné, ça rejoint ce que je te disais que c'est pas un motif principal, c'est que quand on est sur un problème gynécologique ou urinaire, c'est que quand on leur pose la question que là elles TAC vont embrailler puis elles vont dire effectivement. Puis depuis pas mal d'années, même la personne très âgée qui va dire quand elle a des rapports sexuels avec son mari, c'est vrai qu'elle est gênée depuis pas mal d'années et qu'elle en aurait pas parlé. Quoi....c'est vraiment quand on va poser la question que oui on trouve l'information, certaines personnes âgées spontanément ne se sauraient pas plainte de ça. Encore plus sur cette génération là, ou il y a peut être plus de pudeur. Il parle peut être plus de choses grave avec leur médecin, mais des choses qui ne leur semble pas grave, qui sont plus de l'inconfort dans leur relation intime. Bon bah ce n'est pas le sujet principal, du coup ne ressentent pas le besoin d'en parler, soit par gêne, soit lui dire que ce n'est pas grave que c'est normal. Donc si on ne leur pose pas la question, donc peut être qu'elles ne vont pas le dire, c'est vrai ça ne me surprend pas.

ED: Nan, et on a vu également que la prévalence a peu près chez la femme ménopausée en moyenne est de 45%, tu pensais autant à peu près ce chiffre là?

M4: Oui c'est beaucoup, est ce que je pensais peut être autant? non peut être pas.

ED: Cela fait presque une femme sur deux dans les études, mais....

M4: Non c'est énorme, c'est vrai. Faudrait voir un peu en détails un peu les signes, si c'est des questions très globales.

ED: Bah en général c'est l'inconfort, donc c'est ce qu'on disait tout à l'heure. Celles qui ressentent un prurit, une dyspareunie, il y a les brûlures, voilà un inconfort en dehors des rapports, voilà de façon générale à partir de la ménopause.

M4: Oui c'est énorme c'est sur.... ouais....d'où peut être l'intérêt de poser un peu ces question là de façon simple lors des suivis gynécologiques.

ED: Ca correspond pas au chiffre de femmes ménopausées que tu as dans ta patientèle?

M4: Des femmes qui m'en parlent, non ça c'est sur. Pas 45% des femmes ménopausées qui m'ont parlés de ça. Donc clairement c'est sous diagnostiqué dans ma patientèle, dans ma pratique sans que ces chiffres m'étonnes. Mais effectivement, je n'ai pas posé ces questions de façon systématique, du coup il y en a pleins qui sont sous diagnostiqués.

ED: De façon générale, pourquoi il ya un sous diagnostique et un sous traitement qu'on a vu dans les études, à ton avis pourquoi, qu'est qui engendre un peu tout ça?

M4:(blanc 7sec) Euh je pense qu'il doit avoir plusieurs causes. Comme on disait, le fait qu'on soit dans l'intimité, c'est vrai que si la patiente n'en parle pas c'est source de sous diagnostic parce que ça veut dire que c'est un diagnostic qu'on doit dépister, en terme de dépistage on a déjà pleins de choses à dépister et on est surtout concentrer sur les choses potentiellement grave ou qui ont une grande incidence, des conséquences en terme de morbi-mortalité. Que ca soit le dépistage de diabète de maladie cardio-vasculaire, de cancer, les choses comme ça. On a déjà pleins de sujet de dépistage, là on est sur un sujet qui est heureusement pas grave, qui est de l'inconfort, par l'absence de gravité ça participe au fait qu'on aille moins chercher l'information car on parle d'inconfort on ne parle pas de quelques choses de grave ou c'est important de voir la patiente. Important... un inconfort gynécologique c'est peut être gênant pour elle, je ne le dis pas mais on ne parle pas en terme de gravité.

ED: Sur l'espérance de vie.

M4: Sur l'espérance de vie, sur la survenue d'une maladie grave derrière, je pense que ça joue beaucoup. Quelques choses de grave, on ira chercher l'information.

Ca, puis ce que je te disais tout à l'heure, le fait qu'on ait des limites thérapeutiques, on est vite sur des traitements hormonaux, avec le risque des traitements hormonaux. Quelques part d'aller chercher quelque chose où la patiente ne se plaint pas, on risque de créer un besoin et d'aller vers un traitement que la femme n'avait pas....n'avait pas une forte demande. D'aller sur un traitement hormonal et d'aller s'exposer à des choses graves pour plus tard aussi. Ca n'encourage pas non plus pour aller proposer quelque chose qui sera délétère pour la patiente. Les traitements locaux sont quand même contre indiqués sur tout les cancers hormonaux dépendants. Donc on est pas, la tendance n'est pas d'aller dans les traitements hormonaux quand même, ça aussi je pense que c'est un vrai

ED: Donc c'est pour cela qu'on ne traite pas, parce que il n'y a pas grand chose quoi....

M4: Je pense que c'est un des freins, oui tout à fait.

ED: D'accord et comment pourrait-on améliorer la prise en charge de façon générale de l'inconfort vaginal, qu'est ce qu'on pourrait faire?

M4: Peut être de poser la question, en particulier au moment des suivis gynécologique, je pense que c'est là que ça se prête plus facilement, de continuer à ... à poser ces questions là lors de motif gynécologique ou urinaire. Après peut être d'être mieux formé aussi, il y a peut être aussi des traitements non hormonaux d'ailleurs je ne sais même pas, des formations sur les possibilités de traitement, peut être de jouer un peu sur tout ça.

ED: D'accord, et pour les femmes de façon plus générale, donc que ça soit le médecin qui pose plus facilement la question pour qu'elles en parlent plus facilement.

M4: Le... oui, nous ce qu'on pourrait faire à notre niveau. Tu veux dire qu'est ce qui pourrait être fait au niveau des femmes pour ça. Après on est plus à notre niveau, mais est ce que ça justifierai des campagnes d'informations ça je sais pas...le...je sais pas parce que les campagnes d'informations je préférerais que ça soit ciblés sur des choses plus graves peut être. Mais après passer par soit des petits prospectus, soit des petites publicités, avec la limite qu'on veut faire passer pleins d'informations, est ce que c'est la première chose

ED: Pour toi c'est pas l'urgence?

M4: Pour moi c'est pas l'urgence,

ED: C'est parce que..... de pas faire quelque chose de global, de voir au cas par cas

M4: Oui pour moi ça resterait au sein de la consultation effectivement et de donner des informations par des affiches ou par des prospectus on le fait déjà sur d'autres dépistages. Sur des sujets qui nous semblent important, sur les cancers ou les dépistages cardio vasculaire. Je ressens pas que ça soit la première chose à développer là prochainement.

ED: Ouais ok, non mais ça se retient.

ED: Dans la société, on en parle pas beaucoup, tu as une idée pourquoi?

M4: Tu veux dire dans la société; dans les médias, les personnes entre eux

ED: Un peu tout ça.

M4: Pour le coup, en tant que médecin ça ne me pose pas problème de poser ces questions. Là pour le coup de parler de ces sujets là entre les personnes, on touche vraiment à l'intimité, pour moi pour des raisons évidentes. C'est compliqué de parler de ça avec les amis, avec la famille, ou alors il faut que ça soit vraiment des amis très très proches. Donc ça limite fortement à qui on peut en parler. En plus derrière la question de l'inconfort, il y a la question des rapports sexuels, on touche vraiment à l'intimité d'aborder la question des rapports sexuels dans son couple et d'en parler à quelqu'un d'autres, on touche vraiment à l'intime.

Je pense que c'est un gros frein pour que les personnes en parlent entre elle.

Que les médias s'approprient ça, ça me paraît compliqué (blanc 10sec) il faudrait que les médias soient sensibilisés par des associations de patients, de professionnels. Voilà faudrait que quelqu'un aille leur parler aussi, des associations de patients je ne pense pas qu'il y a beaucoup de chose la dessus. Les professionnels je pense pas que ça soit les premiers messages qu'on veut faire remonter au niveau des médias. Donc ce n'est pas les instances de santé qui vont demander aux medias d'en parler non plus. Donc je ne suis pas étonné que les médias n'en parlent pas spontanément non plus.

ED: Pour les hommes, cela avait été fait un petit peu quand même?

M4: Les hommes ça étaient fait?

ED: Pour les troubles de l'érection, il y avait eu...un peu moins maintenant, mais il y a quelques années, il ya comme eu des pubs, parler en à votre médecin, à la télé peut être pas partout, donc la société est quand prête à en parler, alors pourquoi pas pour les femmes?

M4: Peut être, après j'ai pas l'impression que ça serait plus facile aux hommes d'en parler. A la rigueur, les femmes vont plus facilement réussir à parler de problème intime entre elles, que les hommes de problèmes d'érections.

je ne pense pas que ça soit plus facile, peut être qu'ils ont entendu parler dans les medias.

ED: Il y a quelques années, il y avait eu quelques publicités.

M4: Ouais ouais, il y a quelques pubs sur le viagra, c'est vrai. Les hommes qui viennent parler des troubles érectiles ce n'est pas si facile non plus, je pense qu'il y a un sous diagnostic aussi.

ED: Ok pour moi, on a abordé tout les thèmes que je voulais, as tu quelques choses à ajouter.

M4: Non c'est probablement sous diagnostiqué, ça mériterait probablement de poser plus souvent les questions malgré tout. Moi avec la limite thérapeutique derrière, ne pas vouloir induire des choses délétères non plus, ce qui ne m'encourage pas

je vais aller voir si il y a des choses autres que.....

ED: Ok bon je vais arrêter là

Verbatim médecin 5

ED: Moi je fais sur l'inconfort vaginal des femmes ménopausées, vraiment qu'à partir de la ménopause. Ce qu'on recherche à savoir si c'est un motif fréquent dans votre cabinet? C'est une plainte fréquente?

M5: Non, alors spontanée non

ED: Oui

M5: En fait la question elle est là, est ce que c'est une plainte? est ce que c'est une plainte, est ce que c'est exprimé spontanément par la patiente. Je dirai non.

ED: D'accord et par vous? lors de la ménopause?

M5: (rire ensemble) Par moi rarement.

ED: D'accord. Donc c'est plus quand les femmes viennent pour un symptôme ou euh...

M5: Oui pour un symptôme où je vais poser la question si il y a des vaginites à répétition, est ce qu'il y a pas de sécheresse ou de quelques choses de sous jacent.

(blanc3sec) attendez la question c'est l'inconfort vaginal, du coup c'est quoi dans les symptômes, sécheresse et compagnie ou dyspareunie?

ED: L'inconfort vaginal fait tout partie il y a la dyspareunie, la sécheresse, les brûlures vulvaires, les prurits.

M5: D'accord parce que en l'occurrence, voilà si on prend les symptômes picotements, prurit ca c'est évoqué spontanément par la patiente probablement. Plus souvent ce que j'ai dit au début. Est ce que après moi je vais poser la question de la dyspareunie je le fais pas parce que je n'y pense pas. Parce que je n'ai pas pris l'habitude de....je.....(plus bas)je le fais pas.

ED: En dehors de la dyspareunie, les autres symptômes vous les recherchez c'est ça?

M5: Oui! Après je vais voir....Alors est ce que je vais penser à la ménopause.....?(blanc 3sec)

ED: Au moment de la ménopause?

M5: Au moment de la ménopause, pardon oui sisi si dans le sens de traiter la symptomatologie fonctionnelle.

ED: Ok, nickel et comment vous l'abordez ce sujet c'est plus dans un contexte particulier lors d'un examen gynéco à l'âge de 50ans ? fin je sais pas la dernière fois c'était....

M5: Euh....(blanc5sec)Ca devait être lors d'une consultation...(blanc 5sec) Je ne l'ai plus en tête. je sais plus quand si j'avais un couple en face de moi ou quand j'avais la dame. euh... mais euh.... c'est un contexte qui n'est.... c'est un renouvellement pour tout autre chose et "puis au fait" j'ai besoin de ça parce que ... vous savez avec l'âge c'est pas facile.... c'est plutôt ça. Après ce n'est pas une plainte que j'ai fréquemment pour une raison que je suis un garçon, et que j'ai 4 associés femmes à coté de moi qui font tout les frottis de mes patientes.

ED: D'accord.

M5: Ca ne sera jamais dans le cadre d'un examen gynécologique que je ferai ça, ça sera jamais abordé dans ce contexte là. C'est toujours par les symptômes que ça sera amenés par ce sens là et souvent c'est plutôt un symptôme ponctuel. Je sais pas si c'est dû à la crainte d'en parler, probablement....

ED: A vous ou à la patiente.

M5: Moi oui probablement oui, j'imagine que si j'osais poser la question directement un peu cash "est ce que vous avez des questions au niveau de la sexualité".

Tac j'ouvre un truc et la personne va dire là c'est bon je sais que je peux m'engouffrer dans la brèche je sais qu'il va m'écouter. Euh... ça j'ai une responsabilité là dessus puis après le patient aussi ça s'est aussi, est ce qu'il ose le dire....

Je suis quelqu'un d'assez ouvert, les patients savent qu'ils peuvent tout me dire, mais est ce que c'est encore assez? et est ce que ça je peux en parler. La femme elle peut se demander est ce qu'il y a des traitements à faire, est ce que c'est normal?

ED: D'accord

M5: Est ce que finalement c'est normal, je fais avec cela fait partie de la vie féminine, de la sexualité, de la vie de la femme....Est ce qu'il y a des traitements pour que ça ailles mieux. D'ailleurs je ne sais pas si c'est une question, est ce que....

ED: Par rapport à quoi au traitement?

M5: Est ce que la femme..... ouais mais je vous pose des questions, je te pose des questions (rire)

M5: Est ce que la femme..... est ce que c'est quelques choses euh...(blanc5sec)

De l'ordre de la thérapeutique en fait, les publicités ont été souvent pour l'homme. "prenez du viagra ça ira mieux" et pour la femme ont fait quoi? est ce que dans la littérature, dans les publicités, dans les médicaments on donne des pressions que: que la sexualité de la femme est importante et on

donne des médicaments. Et est ce que le peu de médiatisation la dessus fait qu'elle en parle pas au médecin. Il n' y a rien à faire c'est normal c'est la ménopause, je sais pas. Je mélange un peu mais....

ED: Après c'est cela qu'on se demande aussi il y a peut être un manque de traitement, dans la société on en parle pas beaucoup vous avez raison, c'est vrai qu'il y a des pub pour l'érection et qu'on ne voit jamais ça pour les femmes. Nous on se demande dans la société pourquoi on en parle pas, qu'est ce qui pourrait expliquer, est ce que c'est la différence entre homme et femme. Il y a peut être encore des inégalités, mais on ne sait pas trop, vous vous en pensez quoi?

M5: (blanc) Euh.....après je sais pas pffff

ED: Après ça nous semble difficile.....

M5: (blanc de 5 sec) Je sais pas.....pffff est ce que, est ce que mécaniquement on se dit le labos se dit c'est facile la fonction érectile , je produit des (bas???) tchac, est ce que pour la femme c'est plus complexe je ne m'embarque pas la dedans, je sais pas....je sais pas. En attendant ce qui est clair c'est qu' avant qu'on espère un changement sociétal c'est à nous de poser la question. Parce que tu connais "auri" qui a fait sa thèse sur les diabétiques et les troubles de l'érection qui est un facteur cardio-vasculaire aussi important que d'autres pour les diabétiques" est ce que vous avez des troubles de l'érection", je ne pose jamais la question. Quand on voit les pourcentages, on se dit mais mince j'ai peut être 4 ou 5 patients qui ont des problèmes et qui sont diabétiques, et je ne pose jamais la question. Ca déjà peut être commencer par là à mon avis.

ED: Pour améliorer les choses?

M5 : Hmmm, (qui veut dire oui) osez que nous on dise, que ça fasse partie des questions à poser.

ED: Ok, du coup ca vous semble difficile d'en parler?

M5: Ca ne me semble pas difficile, je n'ai pas l'habitude. Je n'ai pas pris l'habitude de le faire.

ED: Ok et qu'est ce qui pourrait vous bloquer? imaginons.....

M5: Oh bah qu'est ce qui pourrait me bloquer??? bah c'est la timidité de mon caractère parfois timide. Mon tempérament qui fait que parfois je peux être mal à l'aise. Puis les patientes je les connais pffff, c'est délicat de poser une question qui sort du contexte. La personne vient pour ça, un symptôme qui n'est pas très loin de l'inconfort vaginal et qu'on pose la question ce n'est pas évident ça... mais après faut peut être prendre l'habitude. J'ai une patiente qui vient, ça n'a rien à voir avec ça mais je la vois pas bien, elle me parle de pleins de symptômes. Je la regarde et je lui dis ca va en ce moment, la vie est belle? Je me suis forcé à oublier tout ces symptômes, peut être que c'est une démarche comme ça qu'il faut oublier les symptômes et poser la question cash et au niveau de la sexualité?

Et en fait on se rend compte qu'il n'y a pas de problèmes, les patients nous a choisis il nous fait confiance. J'ai un couple de patient comme ça, une fois on rigolait fin on rigolait, les questions sont venus naturellement et ils ont répondu.

ED: Oui il n'y avait pas de gêne

M5: Pas de problèmes.

ED: D'accord

M5: Il faut juste qu'on sache comment poser la question car le patient nous connaît.

ED: D'accord

M5: Donc la question c'était pourquoi je veux pas

ED: Est ce que c'est difficile et qu'est ce qui pourrait bloquer.

M5: Bon ce qui bloque c'est quand je connais pas bien et surmonté ma timidité. Dans la vie de tous les jours on pose pas la question à quelqu'un comme ça.

ED: Oui, et si ca serait une personne que vous connaissez en dehors du cabinet, est ce que ca pourrait vous bloquer, je sais pas si vous connaissez des patientes en dehors, mais est ce que ca pourrait être un frein?

M5: Oui, ah bah oui parce que on a le costume au cabinet après quand on sort....

ED: Donc ca serait un frein pour en parler, hmmm l'éducation, la religion, est ce que ça pourrait vous bloquer chez certaine personne?

M5: La religion des patientes?

ED: Oui oui.

M5: (blanc) Euh

musulmane oui , fin (blanc) probablement que oui mais ca dépend (blanc 5 sec)

pas évident, je sais pas . Par exemple dans la religion.

ED: Pardon?

M5: La religion musulmane? le fait que je sois un garçon avec les femmes musulmane.

ED: Bah toute religion, mais est ce que voilà est ce qu'il y a des religions particulières qui fait que vous n'oserez pas en parler?

M5: Non ça ne poserait pas problème. Pour la religion musulmane le seul truc , c'est que je suis un garçon, est ce que pour ce type de problème de santé est ce qu'elle oserait en parler? Est ce qu'elle

voudrait que je regarde? ce qui est rarement le cas mais...c'est juste cette crainte, je sais pas ce qu'elle souhaite. Je sais pas si elle a pris un gynéco femme, j'ai une patiente qui avait des inquiétudes sur un HPV bah elle m'en a parlé spontanément. C'était facile car je savais, elle m'a tendu une perche et qu'elle voulait et que je pouvais en parler. Après est ce que si, je sais pas si j'oserai en parler, je pense que oui ça ne doit pas être un frein.

ED: D'accord, l'éducation?

M5: Non parce que si j'arrive à être cash et à montrer que je ne suis pas timide, je suis pas gêné par ma question parce queca c'est sur, parce que dès que ... Ouais je, je pense qu'il n'y a pas de problème. Est ce que la personne serait gêné par ma question? je crois pas.....

ED: Mais là c'est plus de votre côté, l'éducation la religion ca ne change pas?

M5: Non, parce que là au cabinet on soigne l'être humain, les autres considérations j'imagine qu'elles ne doivent pas rentrer en compte?

ED: Oui d'accord. Et si pendant la consultation, la présence d'une autre personne par exemple du mari? Ca pourrait vous bloquer?

M5: (blanc) Oui ça pourrait bloquer. Le couple en question c'est parce que parfois on fait un peu d'humour, pas sur ça évidemment je sais qu'on peut prendre avec un peu d'humour là je le ferai. Mais oui oui, pareil pour le garçon parler des troubles de l'érection avec son épouse. Cela dit votre question est importante, parce que pourquoi je le suis, parce que ça peut être bien intéressant d'en parler avec le couple tous les deux. Non mais votre question, je n'oserai pas mais peut être qui faudrait que j'ose.

ED: Ok, dans la littérature on a vu que les femmes aimeraient que ça soit les médecins qui posent la question, initialement vous êtes étonnés?

M5: Ca confirme un peu ce que je disais.

ED: Oui

M5: Bah oui,

ED: Vous n'êtes pas surpris?

M5: Pas du tout, mais non parce que..... parce qu'elles ne savent pas comment je vais gérer ce problème de santé, elles ne me connaissent pas sur ce point là, est ce que je suis à l'aise, comment je vais agir? est ce que je vais l'écouter...donc ouais je comprend complètement. Si je lui dis c'est normal c'est avec la ménopause, elle va être dégouté elle va se dire c'est bon je n'en parlerai plus j'accepte mon état. Je comprend, alors que si je pose la question elle va se dire" ah mais ah peut être qu'il va être un peu à l'écoute"

ED: Ok, et la prévalence pareil bon en France il n'y a pas d'étude c'est aux Etat Unis un peu en Europe, elle est estimée à 45% des femmes ménopausées presque une femme sur deux qui décrivent un inconfort vaginal, vous pensiez autant ou moins vous êtes surpris.

M5: Un inconfort qui est gênant?

ED: Un inconfort, dès l'âge de la ménopause elles décrivent un symptôme de la ménopause une gêne du coup.

M5: En dehors de toute infection. Oui ça me paraît important.

ED: Plus que ce que vous pensiez?

M5: Bah oui, de la même façon que j'ai été surpris des troubles de l'érection. C'est pareil je me dis que c'est pas possible qu'il y en a autant et en fait personne en parle. Oui je suis surpris on devrait poser la question, une femme sur deux c'est énorme. c'est.... oui donc j'imagine que la question posé aux patientes. C'est 45% de patientes qui sont demandeuse qu'on leur pose la question, il y en a combien qui aimeraient que.....

ED: Alors....

M5:C'est pas moi qui pose les questions(rire)

ED: Dans une étude, c'est 75% qui souhaitaient que ca soit le médecin qui en parle, avec souhait d'une prise en charge. voilà...aux Etat Unis.

Justement d'après vous pourquoi il y a un sous diagnostic? vous aviez dit peut être parce que le médecin ne pose pas assez la question, est ce qu'il y a une autre raison aussi?

M5:(blanc 5sec) Non c'est ça, le médecin ne pose pas la question ce que je disais au début la patiente va penser qu'il n'ya pas de traitement. Je ne sais pas si c'est une bonne raison, moi je pense que oui. J'ai vu un ado hier pour de l'acné, je lui ai dit ah au fait pour les boutons ca te gêne, ah la il a ouvert les yeux et il se dit ya des traitements ya quelques choses à faire? La femme vient pour des picotements, si je ne lui en parle pas elle va se dire c'est comme ça il n'y a rien à faire. Donc un, je ne pose pas la question, deux elle se dit il y a rien à faire. Donc elle ne va pas poser la question elle même donc c'est un frein aussi. Ca serait les deux principaux motifs.

ED: Et par rapport aux traitements?

M5:J'ai pas une méga palette, je vais rester sur des crèmes des choses pour hydrater la muqueuse vaginale et comme il y a eu plein de rupture de stock en plus, je suis un peu perdu.

ED: Et cela n'est pas un frein, ça ne vous empêcherait pas d'en parler?

M5: Il faudrait que j'ai un ou deux trucs en tête à lui proposer car je pense qu'elle serait un peu déçue que j'ouvre la brèche et que je n'ai pas de thérapeutique à lui apporter. Oui ça pourrait être un frein si je n'ai rien à lui proposer ça c'est sur.

ED: Il y a un sous diagnostic en France, un manque de traitement, vous pensez à cause de quoi? le manque de traitement surtout?

M5: (blanc 5sec) Je pense que c'est sociologique(blanc 10 sec) parce que euh...

Ca forcément un lien avec la sexualité, dans la tête des gens. Est ce que la sexualité de la femme c'est jusque le temps de faire des enfants puis après c'est terminé, fin...

le rôle c'est finit. Physiologiquement le garçon peut procréer à tout âge, donc eux c'est pour ça que la sexualité..... parfois on peut être étonné de la sexualité à 80ans, c'est bizarre qu'on peut être étonné de ça.

ED: Oui totalement.

M5: Je pense que c'est sociologique.

ED: Du coup la sexualité féminine, a plus un but de procréation?

M5: Oui, on va accepter une ligature des trompes, mais pas une vasectomie. pourquoi? on s'est jamais si le garçon divorce et qu'il peut faire des garçons après.....(rire) en fait c'est vrai que c'est bizarre. Le gars si a des soucis il peut continuer à en parler, la femme il y a la ménopause puis après... je sais pas c'est sociologique à mon avis. Est ce que c'est compliqué de comprendre la sexualité féminine? Il y a eu des débats en cours d'anatomie, le pénis il y en a sur toutes les formes, le clitoris c'est compliqué on ne sait pas trop c'est moins détaillé. Est ce que c'est aussi ça le fait d'être intéressé par.... je sais pas.

ED: oui il y a encore....

M5: (blanc)

ED: Et donc qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer ça?

M5:(blanc)

ED: Améliorer le diagnostic, le traitement qu'est ce qu'on pourrait faire?

M5: Bah il faut permettre aux femmes d'avoir confiance, de s'exprimer avec leur médecin. Le moment où il y aura pleins de patientes qui oseront s'exprimer, il y aura des études qui seront faites, faut partir de la base.

ED: De leurs donner confiance comment?

M5: En leur montrant qu'on peut les écouter, que c'est un sujet qu'elles peuvent parler avec nous.

ED: Donc c'est au médecin de poser plus souvent la question?

M5: Ah oui clairement.

ED: Mais après les médecins, souvent ils ne sont pas au courant que c'est un problème courant...

M5: Oui puis dans les cours ce n'est pas écrit, oui alors là.....Après on est dans un cercle vicieux, car les labos n'ont aucun intérêt à faire des médicaments. C'est compliqué, n'ont pas envie. Ils vont nous renvoyer l'image qu'on a pas de traitements à leurs proposer, donc on ne va pas en parler si on a rien pour traiter. c'est un cercle vicieux. Donc il faut faire une FMC, et dire " oh oh les gars.."

ED: Donc c'est plus....

M5: " la ménopause ce n'est pas que l'éventualité du TSH ou ça, c'est aussi la sexualité" ca fait partie je dirai pas des effets secondaires de la ménopause, mais fait partie des questions à poser, ya l'ostéoporose, ya la sexualité "oh oh les gars"

ED: Donc plus alerter les médecins dans les formations, des choses comme ça.....

M5: Je pense....parce que c'est le domaine relationnel et dans les FMC et dans les domaines universitaires, c'est beaucoup du curatif. Il n'y a que dans les FMC dans les trucs où je pense qu'on peut avancer.

ED: Ok autre chose?

M5: Non

ED: Pour les patientes ou....

M5: (blanc de 10 sec) Alors là on parle de....(blanc) de médicaments est ce qu'il ya d'autres approches?

ED: On ne parle pas que médicaments mais qu'on pourrait améliorer, le diagnostic on parle de traitement, mais c'est améliorer la prise en charge de façon générale, voilà.

M5: (blanc 5 sec) Comment améliorer la prise en charge? c'est ce qu'on disait

ED: Ouais donc plus centré sur les médecins

M5: Ouais franchement ouais, donner un ou deux outils au médecins pour traiter. Qu'il faut sensibiliser le médecin que c'est une question comme une autre, pour savoir quand il va poser la question, qu'il aura quelque chose à proposer.

ED: D'accord, bon pour moi on a vu tout les thèmes, vous avez quelque chose à ajouter.

M5: Euh non
ED: C'est tout bon ok, j'arrête là.

Verbatim médecin 6

ED: On travaille sur l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. Ce qu'on cherche à savoir si c'est un motif fréquent de consultation dans votre patientèle?

M6: sincèrement non, si je ne pose pas la question elles n'en parlent pas spontanément. Surtout si elles n'ont plus de rapports sexuels.

ED: D'accord, donc c'est souvent vous qui posez la question vous l'abordez comment?

M6: Dès qu'elles ont une infection urinaire, dès qu'elles ont une mycose je leur pose la question de savoir si elles ont encore des rapports. Si elles disent oui je leur demande si il y a une sécheresse. Elles me disent qu'avec la sécheresse ça fait mal, mais elles ne vont jamais venir spontanément pour parler.

ED: D'accord ce n'est jamais un motif de consultation....donc c'est plus quand il y a des plaintes, euh...?

M6: Fin si il y a une infection urinaire je n'en tiens pas compte. Il y a les mycoses, les infections urinaires à répétition, quand je fais le frottis éventuellement et est ce qu'il y a des rapports ou pas?

ED: Dans votre quotidien, c'est fréquent? même si c'est vous qui devez poser la question.

M6: Oui, dans le mois je vais dire 2 fois par mois.

ED: Ok, et pour vous ce n'est pas difficile d'en parler avec les dames de l'inconfort vaginal?

M6: Non, non.

ED: Il n'y a pas de difficulté? c'est bien.

M6: (rire) Par contre c'est différent avec avec les troubles de l'érection ça j'ai plus de mal...

ED: Ouais d'accord. Et qu'est ce qui pourrait vous gêner de parler de l'inconfort chez les femmes ménopausées?

M6: Ce qui pourrait me bloquer c'est si je sens que....(blanc) que la patiente est très pudique et qu'elle n'aime pas du tout en parler là ça va me bloquer. Sincèrement j'ai pas de vrai blocage la dessus.

ED: D'accord, la présence d'une tiers personne durant la consultation?

M6: Je les vois souvent seule.....

ED: Donc le mari ou le conjoint?

M6: Voilà quand c'est pour une infection ou même si ils viennent à deux je vois souvent les patientes seules. Mais je pense que si il y avait quelqu'un j'aurai dû mal à en parler ça pourrait me bloquer.

ED: L'éducation la religion?

M6: Je vois des femmes voilées...

ED: Ca il n'y a pas de soucis?

M6: Non je crois pas.

ED: L'éducation?

M6: Je sais pas, moi je suis quelqu'un de réservée de base, mais j'en parle quand même..... parce que je sors vraiment de mon côté personnel. Surtout qu'on sait que c'est à l'origine de douleurs pendant les rapports de mycoses à répétition.

ED : D'accord, de connaître la personne en dehors du cabinet je ne sais pas si vous avez le cas mais de connaître une femme ménopausées....d'avoir des liens?

M6: Je ne soigne pas les gens que je connais c'est un principe. Je ne ferai pas un frottis à une amie, non ça c'est dans mon mode de fonctionnement à moi. Oui ça c'est plutôt moi de mon éducation. Le blocage je ne vais pas parler de l'intimité avec un patient.....ce n'est pas le cadre quoi.

ED: Hhmm, hhhmm on sort du cadre médecin patient.

M6: Soit c'est une amie, on en parle amicalement soit c'est médical et j'examine je regarde tout ça, point.

ED: D'accord, hhhmm, rien d'autres?

M6: Non, ce que j'ai remarqué c'est que les femmes qui ont une sécheresse vaginale, elles s'en plaignent rarement. Quand je leur demande ça ne vous gêne pas, elles me répondent si, alors pourquoi vous en parlez pas "c'est pas grave" je trouve que c'est pas quelque chose qui. Oui c'est pas UN motif de consultation valable, c'est pas quelques chose.... je devrais en parler au médecin.

ED: Voilà, pour elles ce n'est pas quelques choses d'important d'en parler.

M6: Oui pas besoin d'en parler, éventuellement elles utilisent les lubrifiants artificiels. Donc pour elles en tout cas c'est pas un truc avec une inquiétude derrière.

ED: En fait on a vu en faisant des recherches, les femmes elles aimeraient que ça soit les médecins qui initient la discussion, vous êtes étonnés?

M6: Non ça ne m'étonne pas. (rire)

ED: Pourquoi elles n'osent pas en parler?

M6: Je pense globalement quand on parle de sexualité en consultation, on ne parle pas de la sexualité de base donc oui je pense que les femmes.... quelques que soit l'âge quelques soit.... ce

n'est pas quelque chose qui va être facilement abordé. Elles vont parler de la constipation, des douleurs, des douleurs durant les rapports ça oui, mais pas de la sécheresse.

ED: Oui des autres signes au quotidien qui peuvent la déranger

M6: Voilà...

ED: Un petit peu pareil, la prévalence est estimée à 45% chez les femmes êtes vous étonnés un petit peu?

M6: Ah oui! (rire) c'est énorme!(rire) ça motive à demander plus fréquemment.

ED: Vous auriez plutôt vu ça à la baisse?

M6: Ah oui!

M6: Quelque soit l'âge 45%?

ED: Oui à partir de la ménopause, après il y a plusieurs stades selon l'âge. On a vu aux Etat-Unis, qu'il y avait 45% des femmes qui avaient une sécheresse dès qu'on fait le diagnostic.

ED: Vous n'auriez pas dit autant?

M6: Non j'aurai pas dit.... j'aurai dis 30 ou 25% mais pas là, ça fait presque une femme sur deux.

ED: D'accord, euhh et qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer un petit peu cette prise en charge? pour vous.....

M6: Moi sincèrement, c'est quand on fait une consultation gynéco j'en profite vraiment. Pour moi il faudrait faire une consultation gynéco annuelle, moi c'est ce que j'essaie de faire avec les patientes actuellement quelque soit l'âge d'ailleurs. Je fais une consultation gynéco, si il faut je fais le frottis pour les plus jeunes je parle des différents moyens de contraception. Avec les plus âgés, ménopausée, je parle si elles ont encore des rapports ou pas. Il n'y a pas beaucoup qui ont des rapports encore je trouve, on croirait qu'après la ménopause que.... j'ai des cas exceptionnels à 80 ans qui ont toujours des rapports, mais euhh j'ai été étonné de voir qu'il y a beaucoup de femmes ménopausées qui n'ont plus de rapports. Ca ça m'a étonné.

ED: Elles vous disent pourquoi?

M6: Certaines disent j'ai mal, d'autres disent mon mari a des problèmes de santé, il y a plusieurs causes.

ED: Oui il y a plusieurs causes ok.... donc ça serait plus, la nécessité des médecins à poser la question de façon plus systématique. Vous voyez autre chose pour améliorer la prise en charge?

M6: Moi la seule façon, que j'ai trouvé pour en parler sans qu'il y a une vrai gêne. C'est de programmer une consultation gynéco une fois par an ou je vais palper les seins, et là je vais en parler je ne vais pas ramener ça comme un cheveu sur la soupe.

ED: Oui qu'il y a un contexte.

M6: Oui un contexte voilà où la personne se sente moi gênée.

ED: Donc plus un rôle du médecin.

M6: Oui! moi je pense ça, je pense que c'est à nous ded'en parler parce que spontanément ce n'est pas quelque chose qui sort.

ED: Et faire des campagnes d'information, vous penserez que ça serait utile pour les patientes? ou je sais pas comment on pourrait essayer d'améliorer ça autrement?

M6: Faire des prospectus en consultation(rire) des petits.... euh....

ED: Oui

M6: (blanc) En fait j'ai remarqué le seul intérêt qu'elles peuvent vous trouver c'est de dire: "quels effets bénéfiques ça seraient si il n'y avait pas cette sécheresse vaginale" en fait elles vous disent "je n'ai plus de rapport", ok mais vous avez beaucoup de mycoses, vous avez quand même des irritations, vous avez quand même des infections urinaires. "Ah d'accord c'est la sécheresse à l'origine de tout ça" "bah oui avec le manque d'oestrogène et tout ça...."

en fait je pense qu'elles n'ont pas conscience des effets bénéfiques de l'absence d'une sécheresse vaginale. Je pense que c'est comme tout, si on vous dit..... bon d'accord je n'ai pas de rapport, je n'ai pas mal d'accord, mais je sens parfois un peu d'irritation.

si vous donnez sur un petit prospectus sur l'intérêt de traiter, je pense que ça peut être intéressant.

ED: De dire que c'est la cause de leur problème, elles n'ont pas conscience de ça.

M6: oui, elles n'ont pas conscience de ça.

ED: De les informer aussi?

M6: De les informer sur les bénéfices à avoir une meilleure lubrification vaginale.

ED: D'accord, ok

ED: Et du coup on pense et on a vu un peu dans les études qu'il y aurait un sous diagnostic qui engendre un sous traitement à votre avis l'origine vient de....?

M6: Moi je vais être honnête avec vous, moi je ne donne pas d'hormone.

ED: Oui

M6: rarement, donc je pense ce qui gêne beaucoup c'est de se dire :elle est ménopausée il faut qu'elle est eu au moins un frottis pour avoir des hormones. Donc si vous voulez le caractère hormonal, je n'ai pas tendance à donner du Trophigyl à tout va vous voyez. Je vais trouver des moyens alternatifs comme le mucogyl ou des choses comme ça ou euh, j'allais dire... pas trop, plutôt des méthodes alternatives. C'est vrai que ce côté hormonal peut rebuter chez certaines femmes, je pense que si on disait... moi je leur dis parfois, "je ne veux pas d'hormones docteur" "mais il y a des solutions non hormonales" "ah oui c'est vrai ça marche" après elles adhèrent. Si d'emblée je leur dis, je vais vous donner un traitement local "mais je veux pas d'hormone docteur" " oui oui c'est pas hormonal"

ED: d'accord

M6: j'essaie de pas traiter par les hormones, en première intention en tout cas

ED: donc une certaine méfiance par rapport au traitement, qui fait qu'on traite moins.

M6: oui, oui.

ED: d'accord.

ED: et le sous diagnostic d'après vous c'est à cause de quoi qu'il n'y a pas de.....

M6: sincèrement, je vais être honnête avec vous ,soit on a une façon de voir le patient dans sa globalité, soit on le voit pour la cause pourquoi il vient.

ED: oui, d'accord.

M6: et c'est vrai que, j'exagère mais ça dépend du contact qu'on a avec le patient, ça dépend de comment on pense quand on voit la patiente. Moi c'est vrai quand je vois un homme, je ne vais pas penser spontanément à lui parler des troubles de l'érection, alors qu'un homme va peut être penser à lui en parler, vous voyez. Donc je pense qu'il y a aussi le biais du sexe du médecin.

ED: d'accord.

M6: je suis sûre que ça compte ça. Ah oui je suis sûre que ça compte le sexe du médecin par rapport aux patients. Et puis il y a sûrement le biais du degré de communication du médecin avec son patient. Si le patient est très fermé (blanc) c'est comme dans les dépressions, lui dire on va en parler si on a peu de contact et qu'on voit que le patient est triste. Il y en a qui vont juste regarder pourquoi il vient. Si on a un peu de relation avec lui, on va lui dire "je sens que ça ne va pas, on peut en parler" et on diagnostiquera plus facilement des dépressions comme ça. Et je pense que c'est une question de.... je ne sais pas comment expliquer ça de.... relation. Je pense améliorer la relation et oser plus prendre le premier pas.

ED: d'accord, ok et euh.. dans la société on a vu et lu aussi, qu'on n'en parle pas beaucoup(rire), ce n'est pas le sujet qu'on aborde tous les jours et à votre avis pourquoi il y a cette absence de discussion dans la société?

M6: Parce que je pense que ça relève de l'intimité et indirectement de la sexualité.

ED: d'accord

M6: (rire) car après un certain âge, je ne suis pas sûre que les femmes de 65ans parlent beaucoup de sexualité.

ED: d'accord

M6: Je pense qu'indirectement c'est ça que ça reflète.

ED: Parce qu'il y a quand même eu des campagnes pour les troubles de l'érection il y a quelques années?

M6: Oui mais les troubles de l'érection ça touche le compagnon, mais aussi vous voyez moi je remarque.... les femmes sont beaucoup plus dans quand je parle à une femme, le but c'est de faire plaisir à son compagnon. Vous voyez donc ça va la toucher qu'il y a des troubles de l'érection, mais elle parlait de sa sécheresse vaginale ce n'est pas un problème parce qu'elle va me dire il existe des lubrifiants artificiels. Qui ne vont pas obligatoirement l'aider quotidiennement à améliorer mais je pense qu'il y a moins aussi de ce n'est pas mis à la même hauteur que les troubles de l'érection.

ED: que la sexualité masculine est plus "importante" que la sexualité féminine.

M6: oui, elle passe avant peut être parce qu'il y a ... pfff comment expliquer..... ce n'est pas la même... si il n'y a pas d'érection il n'y a pas de rapports, si il y a une sécheresse il y a quand même des rapports.

ED: (blanc) (rire) oui jusqu'à un certain niveau quand même....

M6: il y en a qui supporte, je sais que moi j'ai une patiente elle avait mal. Elle m'a même dit qu'une fois elle avait saigné, et qu'elle n'avait pas osé dire qu'elle avait eu mal. Vous voyez, alors ce qui l'importait c'est que son compagnon ait pu faire un rapport. On va classer le..... oui je pense qu'il y a un ordre de grandeur..... C'est ma perception de voir les choses, je sais pas mais à travers mes patients c'est comme ça que je le vois parfois. Spontanément la femme va parler des troubles de l'érection de son mari, jamais on va entendre le mari parler de la sécheresse vaginale de sa femme.

ED: oui

M6: vous voyez ce que je veux dire? bah je sais pas si vous avez noté ça?

ED: euh.....

M6: qu'il y a ça.

ED: oui , de toute façon parler de contraception c'est compliqué, alors de la ménopause.....

M6: oui, oui (rire) vous avez tout compris.

ED: oui, ok donc ce n'est pas que des hommes, ce n'est pas que du côté masculin qui engendre ça mais voilà

M6: même les filles ne vont pas dire... au fait.... non je n'ai pas noté.

ED: ok et vous ne pensez pas qu'on en parle pas car la sexualité après la ménopause n'a plu un but de procréation?

M6: oui je suis d'accord avec vous.

ED:oui un petit peu.

M6: oui c'est vrai

ED: c'est vrai qu'on s'est posé cette question là.....

M6: mais c'est vrai c'est vrai je vous dis j'ai été étonné de savoir, on croit toujours qu'après la ménopause on a toujours des rapports, mais beaucoup de femmes me disent bon j'ai pas fait de pourcentage , mais très rarement. Donc elles ne se préoccupent pas, je pense que la fréquence des rapports joue la dedans aussi. La fréquence des rapports peut être un facteur qui peut intéresser ou pas un couple.

ED: d'accord, bon c'est vrai qu'il n'y a pas que la dyspareunie. Mais c'est vrai que pour les femmes elles s'occupent plus de ça.... ok d'accord. Rien d'autres au niveau de la société pourquoi on en parle pas?

M6: non rien d'autres, je ne suis pas une experte.....

ED: non mais c'est....

ED: je pense qu'on a abordé tout les petits thèmes que je voulais aborder. Euh oui vous avez quelques choses à ajouter du coup sur l'inconfort vaginal?

M6: Je pense que si j'avais des micro-fiches, parfois je fais ça sur le diabète, la contraception à distribuer à la fin de consultation. En disant la prochaine fois on va faire une consultation gynéco, je vous donne cette fiche vous la lisez et on en parle.

ED: donc une fiche qui détaille tout...

M6: oui et l'intérêt de traiter.....je pense que ça peut être intéressant.

ED: oui pourquoi pas....

M6: je suis très je distribue des fiches je n'ai pas trop le temps actuellement mais....

ED: ok bon je vais arrêter là du coup.

Verbatim médecin 7

ED: Ca porte sur l'inconfort vaginal, est ce que ça été déjà un motif de consultation chez les femmes ménopausées?

M7: oui ça fait partie de la liste qu'elles ont.euh...

ED: oui, elles viennent en disant quoi en général?

M7: euh est ce que c'est moi qui les interrogent?

ED: oui c'est ça la question, qui c'est qui aborde en premier?

M7: alors c'est rarement abordé, euh... souvent c'est moi qui leur demande.

ED: d'accord

M7:si il y a une sécheresse, si c'est sec si les rapports sont douloureux.
euh ta question exactement c'était?

ED: Si c'est un motif de consultation, et qui c'est qui aborde le sujet? Est ce que c'est elle, est ce que c'est toi?

M7: C'est plutôt moi je pense, mais c'est pas très fréquent.

ED: Est ce que c'est derrière un autre motif de consultation?

M7: Ah oui oui bien sûr, c'est au fait docteur....OU oui oui bien sûr pour un autre motif de consultation, pour un renouvellement d'ordonnance ou autre chose.

ED: Donc c'est toi qui a posé la question comment ça s'est déroulé?

M7: Ouais, en fait c'est une consultation ménopause là je pose la question systématiquement. Sinon je ne pose pas la question systématiquement. En fait les femmes entre 50 et 55ans, je leur demande si elles sont ménopausées ou pas si elles ont une sécheresse ou pas , si elles ont un suivi gynéco ou pas.

ED: Est ce que tu fais les suivis gynéco?

M7: De plus en plus parce que les consultations de gynéco... qui vont s'aggraver. Donc oui de plus en plus.

ED: Est ce que ça t'ai arrivé durant l'examen de dire à la c'est un peu sec, tu as jamais constaté?

M7: Non, ça ne m'a jamais frappé. En fait je ne connais pas les signes locaux à l'examen clinique. Je me fis seulement au ressenti.

ED: Quand elles te disent ça fait mal, ou que tu mets le spéculum et que ça fait mal, la tu vas dire...

ED: Je sais pas c'est une question..... OK donc c'est vraiment les consultations ménopauses elles viennent, toi tu leur demande si elles sont ménopausées. Est ce qu' elles viennent parfois si elles ont des bouffées de chaleur et ce genre de chose, là elles t'en parlent?

M7: Oui ça arrive.

ED: Tu en parles souvent à l'interrogatoire et pas pendant l'examen?

M7: A l'interrogatoire.

ED: Ouais à chaque fois ok. Est ce qu'il y a quelque chose qui pourrait te gêner dans cette discussion?

M7: Non le principal frein, c'est que je n'y pense pas forcément. Non euh.... ce qui pourrait gêner c'est d'aborder la sexualité car ça touche l'intimité. Ca dépend du contact avec le patient ça peut jouer. Non je ne suis pas plus gêné que ça.

ED: Par exemple connaître les gens dans la vie.....

M7: Moi je ne mélange pas.

ED: Tu ne mélanges pas même si ça c'est des gens que tu connais depuis longtemps? même des gens que tu les suis sur le plan gynéco.

M7: Personnel tu veux dire amis tout ça.

ED: Oui c'est ça est ce que....

M7: Non je ne mélange pas je ne suis aucun amis, aucun amis. Non famille tout ça ils sont tous suivis. Oui c'est important ça, on est pas bon médecin sinon.

ED: La religion ça t'a déjà bloqué?

M7: Non je trouve pas du tout par rapport à l'inconfort vaginal?

ED: Oui d'aborder un peu les termes sécheresses, sexualité, ce genre de chose?

M7: J'ai par ex une patiente maghrébine, ça fait longtemps qu'elle est en France mais on n'arrive pas à communiquer. Du coup je me suis rendue compte la dernière fois que je n'avais pas poser la question" depuis quand la date du dernier suivi gynéco" et tout ça je pense que le lien est difficile à créer déjà et qu'elle arrive à me faire confiance donc je n'arrive pas à aborder ce sujet là. Ca ne va pas être le frein de la religion, ça va être le frein linguistique.

ED: Oui, d'accord quelqu'un qui ne parle pas très bien français. Parce que j'allais dire la religion c'était plutôt des gens très catholique des fois .

M7: Oui oui tout à fait. Ca me pose pas de problème.

ED: Oui aucun problème pour en discuter

M7: Non non....

ED: Ok, dernière question et le manque de temps?

M7: Non c'est rapide, c'est un motif qui prend 4/5 min je pense. je fais pas revenir pour ça. Parce que oui j'estime que ça ca ne prend pas énormément de temps.

ED: Ok. Nous on a vu un petit peu que dans la littérature, que plus de 70% des femmes auraient aimés que ça soit le médecin qui initie le sujet. Ca t'évoque quoi de ce côté là?

M7: Qu'on le demande probablement pas suffisamment. Oui c'est vrai que je le demande à la ménopause mais les femmes à 60ans...je peux leur poser la question même si on l'a déjà vu à 55ans je... en plus des fois les symptômes peuvent arriver en fonction de....

ED: Ok est ce que ça t'étonnes?

M7: Non pas du tout. Ca fait partie de l'intimité. Du coup....oui elle aimerait bien, non ca ne m'étonnes pas. Du coup les patientes n'osent pas en parler parce que ça touche à l'intimité.

ED: D'accord du coup dans la même fibre, c'est vrai qu'il y a un sacré sous diagnostic. Dans les études, bon il n'y a pas d'étude fait en France c'est européenne et mondiale, qui montre que 50% des femmes n'avaient pas été interrogés. Je ne suis plus sûre de mes chiffres mais c'est impressionnant.

M7: Oui ca ne m'étonnerait pas. Oui car elles viennent rarement pour la ménopause et... moi j'ai repris le cabinet il ya 3ans et du coup il y a beaucoup de patients âgés, des patients de plus de 60ans et qui ne sont jamais interrogés par leur médecin.

ED: Et au niveau traitement est ce que c'est....

M7: Oui bah c'est surtout des ovules. Qu'est ce que je prescris?

ED: Oui de façon général?

M7: Alors quand tu me dis inconfort vaginal moi je pense à sécheresse vaginale. C'est en fonction des antécédents, si il n'ya pas d'antécédents de cancer du sein d'ovaire, je vais essayer les ovules de Colpotrophine, œstrogènes donc. Sinon l'acide hyaluronique

ED: Ah tu connais c'est bien.

M7: Oui c'est ma collègue qui fait pas mal de gynéco, qui m'en a parlé. Je sais plus le nom je regarde sur internet et je le prescris régulièrement.

ED: Et tu as des retours de ces femmes que tu traitent?

M7: Oui ca marche plutôt bien, elles en sont contentes.

ED: Et c'est pas très contraignant de mettre les ovules?

M7: Non(blanc) non pour la colpotrophine, elles viennent me redemander je pense à une patiente qui a 80ans et euh.... on fait des cures. L'acide hyaluronique je le prescris depuis 4/5 mois je n'ai pas de recul je peux pas te le dire. La je n'en vois pas des patientes qui viennent en redemander.

ED: Ca, ça peut être intéressant on voulait faire une étude sur l'acide hyaluronique et l'efficacité. Ca faisait trop de...

M7: C'est trop subjectif faut interroger les patientes et pas les médecins.

ED: Oui c'est ce qui était prévu mais on a eu un petit soucis. A ton avis pourquoi les gens ont du mal à

....

M7: Parce que ça touche l'intimité.

ED: Parler ok ça touche l'intimité, et les traitements tu penses qu'il y a quelques choses qui bloquent?

M7: Les ovules c'est pas très agréable, du coup c'est l'inconfort du traitement. Je pense que le frein il est là après ça dépend si elles ont des rapports ou pas.

ED: Alors l'inconfort vaginal, ce qu'on met la dedans c'est ce qui joue sur le prurit, l'inconfort qui retentisse sur la vie quotidienne.

M7: Oui mais les prurit je n'en parle pas. Maintenant je pense ce qui va varier ou pas si elles ont des rapports ou pas. Si il y a des douleurs dans les rapports, là il y a un inconfort qui est plus fort pour moi.

ED: D'accord ok, et le manque de traitement? il y a un manque de proposition de traitement de la part des médecins en tout cas.

M7: En fait si on ne pense pas à le demander, derrière ça.... du moment ou ce n'est pas abordé on ne va pas traiter. En fait faut poser le diagnostic pour poser la question et après mettre en place un traitement.

ED: Ok, la prévalence chez une femme ménopausée environ, ca prend toute les tranches d'âges de 55ans à 80ans elle est de 45% est ce que....

M7: Oui c'est ça j'aurai même dit

ED: Tu aurais même dit?

M7: Plus

ED: Ok tu penses qu'il y a encore malgré les études....

M7: Ca ne m'aurait pas étonné que ça soit plus.

ED: Ca ne t'aurait pas étonné que ça soit plus, ok. Est ce que à ton avis qu'est ce qu'on pourrait faire pour améliorer la prise en charge de ces femmes?

M7: De poser plus souvent la question(rire)

ED; Tout simplement? oui, est ce que tu penses par ex je m'avance un peu mais des campagnes d'informations?

M7:Non des campagnes la dessus, non je pense que c'est le médecin qui doivent penser à poser les questions ça me paraît déjà pas mal.

ED: Et est ce qu'il y aurait une solution pour que les médecins pensent à poser la question?

M7: L'information, l'information diffusé(?) il y en a déjà énormément . Du coup la thèse ca va me permettre de changer la pratique.

ED: Oui c'est ce qu'on nous dis souvent.

M7: Mais après c'est des infos par des revues, les formations médicales continues, les groupes de pairs, à l'hôpital. Après à l'hôpital on ne va jamais aborder ce sujet, c'est plus un sujet de médecine générale. C'est pas assez pathologique pour les gynécos.

ED: Malgré le retentissement sur la qualité de vie.

M7: Ah bah oui toute à fait. Je ne vois pas un gynéco médical faire un cas clinique la dessus.

ED: C'est vrai que c'est un sujet rarement abordé.

M7: Par contre c'est un sujet de médecine générale car il y a un retentissement sur la qualité de vie, parce qu'on connaît bien nos patients au cours du temps. C'est vraiment le médecin généraliste ça...Ca fait partie des compétences du médecin généralistes et du gynécologue médicale lorsqu'il y a un suivi.

ED: A ton avis pourquoi il existe peu d'information sur le sujet en 2017 même pour les patientes.

M7: Il ya rien dans les bouquins de gynécologie, je dirai que c'est la base en fait. Les bouquins de gynéco est super mal fait dans le Masson il n'y a rien....sur ce qui est embêtant pour les femmes, sur les cycles menstruels ou sur toutes les questions que les femmes peuvent nous poser donc où trouver l'info?

Après ça devrait faire partie de la communication, moi par ex je suis abonnée à la revue du Prat MG c'est ce genre de choses qui devrait apparaitre sur une page....

ED: Alors il y a eu un article je sais plus quand c'est quand j'étais abonné.

M7: Oui il n'y a pas si longtemps.

ED: Oui ca doit être il y a 1an maxi.

M7: Oui il me semble avoir vu un truc, mais je ne l'ai pas lu.

ED: Pour les patientes, une information.... Par exemple chez les hommes ont fait des spot télés pour les troubles de l'érection! il y a des affiches, voilà ce que je veux dire c'est pourquoi ces informations elles n'existent pas pour ces femmes qui ont pourtant des problèmes sexuels.

M7: Oui puis en plus ça améliore les traitements. Ca rapporte pas ça rapporte pas c'estautant le Cialis, les inhibiteurs de la PP5 ça coûte super cher donc c'est(comprend pas) la Colpotrophine ça vaut rien. L'acide hyaluronique ça coûte un peu plus quand même. C'est à la charge des patientes, ca leur coûte 15euros pour les trois mois, je pense que c'est une histoire de fric.

ED: Une histoire de fric.

M7: Oui je pense. un enjeu financier de façon plus général

ED: Est ce que tu penses qu'il y a un marché qui peut s'ouvrir de ce coté là par exemple.

M7: Oui de toute façon les campagnes ce sont les labos qui le font actuellement. C'est qu'il ne voit pas d'intérêt à dépenser pleins d'argent. En plus c'est en vente libre, donc en plus pas besoin de passer voir le médecin. Après ce qui est intéressant dans le fait qu'on en parle pas, est ce que c'est les femmes qui sont gênés et qu'on n'ose pas en parler à leur médecin ou est ce qu'elles considèrent que c'est normal de souffrir durant les rapports sexuels. Est ce qu'elles font encore l'amour? Ca pose pleins de questions sur l'intimité sur le couple, sur la sexualité. Moi les hommes abordent depuis deux mois, j'en ai eu pleins pour trouble de l'érection, parce que ca les gêne tellement. Il sont tellement gênés qu'ils en parlent même si c'est un médecin femme. Les femmes c'est différent ouais....

ED: Tu penses qu'elles préfèrent en parler à des médecins femme ou à leur gynéco.

M7: A leur médecin femme je pense.

ED: Tu as l'impression toi ...

M7: Ah bah ouais bah j'imagine. Après tout dépend de ta position, les gynécos médicaux dans le coin il y en a qui ne sont pas tous à l'écoute. Et du coup je ne vais pas l'aborder si ils ont un gynécologue. C'est vraiment à la consultation gynéco ou ménopause. Même gynéco je ne l'aborde pas systématiquement. Je vais l'aborder à la ménopause c'est vraiment une question qui va être abordée. Du coup maintenant je les interrogerai un peu plus.

ED: C'est vraiment une consultation spécialisée, fin une consultation un peu spécialisée gynécologie.

M7: En fait je scrine les patients de plus de 60ans une fois par an. (comprend pas) après 74ans quand je fais la mammo c'est plus facile d'aborder le sujet, 74ans parler de sexualité , est ce que ca vous gêne durant les rapports....

ED: Ou est ce que dans la vie de tous les jours ca vous gêne.

M7: Oui tout à fait.

ED: Est ce que tu as autres choses à dire.

M7: Pour moi ce n'est pas un motif très fréquent mais ce n'est parce que je ne l'aborde pas.

ED: Et elles ne l'abordent pas non plus, c'est dans les deux sens.

Verbatim médecin 8

ED : Nous, on fait notre thèse sur l'inconfort vaginal, en fait, comme elle l'avait dit dans l'e-mail. Est-ce que pour vous c'est un motif de consultation ici au cabinet ?

M8 : Alors non, 'fin, pas forcément non. Mais Inconfort, inconfort, c'est quoi, c'est pour femmes ménopausées ?

ED : Ouais, pour les femmes ménopausées

M8 : Non, par contre non, euh... je trouve en pratique, des femmes euh, consultent pas pour ça

ED : Oui

M8 : Mais quand on les voit et qu'il y a un souci gynéco autre, quand on pose la question, elles le disent par contre.

ED : D'accord. C'est plutôt en deuxième motif, enfin...

M8 : Ouais, qu'on retrouve à l'interrogatoire, mais en motif pur et simple, c'est assez rare quoi.

ED : Donc en gros, c'est vous qui abordez le sujet ?

M8 : Alors ouais, par contre je le dépiste.

ED : Oui

M8 : J'en parle pas mais c'est moi qui le dépiste, parce que bah, en pratique on le sait, parce que par exemple quand tu, tu vas faire les... quand on parle de dépistage, qu'on va faire le frottis tout ça, je leur pose la question systématiquement. Savoir si euh, y a un inconfort, si y a une sécheresse, pour savoir si on prépare les choses avant de faire un examen gynéco euh et pas d'office ou euh si y a autre chose, je sais pas moi... des fois euh... Elles peuvent consulter pour des brûlures mictionnelles, et à l'interrogatoire, tu te dis bah tiens c'est... Ouais, je sais pas, je vais peut-être faire un examen vulvaire, y a peut-être une mycose, puis c'est là que tu vois, tu sais le méat urétral un peu rougeâtre. C'est là qu'on discute, qu'on voilà mais, mais « oui, bonjour je viens pour un inconfort vaginal, une sécheresse », non pas trop.

ED : Pas trop, c'est pas un truc...

M8 : Moi, je trouve pas.

ED : Ok, en gros, c'est soit une constatation un peu clinique pour un autre motif, soit en frottis systématiquement...

M8 : Voilà oui, ou pfff, euh... oui, ouais moi je... j'ai l'impression de retrouver ce symptôme fréquemment mais en posant la question, mais pas, c'est pas un motif de consultation, 'fin perso. Tu verras peut-être, je vois que tu vois un autre médecin tout à l'heure (qu'elle connaît), qui a une plus grosse patientèle de cet âge-là, même si j'ai l'impression d'en avoir quand même pas mal, tu verras ce qu'elle te dit.

ED : Hum ! Ouais, tu n'es pas la première à me le dire

M8 : Ah, c'est pas... Ah oui, d'accord.

ED : Est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait vous gêner, pour parler de l'inconfort vaginal ?

M8 : Non, non, je crois pas. Du genre ?

ED : Bah, je sais pas, par exemple s'il y a un tiers dans la pièce ? Je sais pas, si elle vient avec son mari ?

M8 : Euh... hmmm... Bah, pff, ça pourrait me gêner, euh.. Parce que souvent, on a l'arrière-pensée, quand même, de... 'fin je trouve quand même au final, quand on interroge les femmes y en a plein qui finissent par dire qu'elles ont quasiment plus de rapports sexuels, en post-ménopausique, parce que... Soit parce que y avait une conjugopathie avant, c'est la quarantaine, en tout cas à partir de 45 ans, 'fin y a plein de femmes qui décrivent des problèmes de couple, des choses comme ça. Et puis, par la suite, elles n'ont plus d'activité sexuelle, du coup c'est vrai que souvent y a des troubles de la relation sexuelle, je dirais et qu'après et du coup je vais pas aborder ce sujet-là si elles sont accompagnées.

(Médecin interrompu par un coup de téléphone)

M8 : Du coup, c'est quelque chose que j'aborderai avec la patiente seule.

ED : Et le fait de la connaître peut-être dans la vie quotidienne ? Ce genre de choses...

M8 : Oui, ah bah, oui ça aide.

ED : Ça aide ... ?

M8 : C'est ça ta question ?

ED : Ça bloque ou ça aide ?

M8 : Ah

ED : Le fait de la connaître comme une amie, je sais pas ou...

M8 : Ah non, alors humpff non. Enfin, 'fin moi perso y a rien qui me bloque mais euh... Non parce que je sais, 'fin que j'ai l'impression que c'est générationnel. Y a plein de femmes qui vont pas en parler, ça se dit pas, c'est propre à l'intimité, pour elles, c'est pas forcément médical, sauf qu'en pratique, on

se rend compte qu'il y a quand même plein de femmes qui n'ont plus de vie sexuelle, certainement à cause de ça et puis plein d'autres choses aussi. Et du (coup), euh, moi je le dépiste parce que très souvent d'ailleurs, on voit des femmes qui ont la petite cinquantaine qui viennent parce qu'elles ont des petits troubles anxio-dépressifs et puis elle raconte qu'avec leur mari ça va pas très bien, puis tu les interrogés, machin puis en fait, ça fait des années qu'elles n'ont plus de rapports sexuels et puis en fait, bah, oui bah, localement, c'est pas possible. Tout ça et puis sans compter les femmes qui ont des petits cystocèles ou petits rectocèles qui en parlent pas et du coup, ça forcément, ça gêne les rapports sexuels et du coup, 'fin voilà. Mais c'est beaucoup du dépistage je trouve, c'est pas un motif de consult'... Non... Les gynécos, ils diront peut-être bien autre chose.

ED : On fait pas les gynécos car on part du principe que c'est de la médecine générale.

M8 : Oui, oui

ED : La religion ?

M8 : Euh...j'ai pas un très gros recrutement moi... et femmes ménopausées euh... je pense que j'ai pas assez de patientes. En tout cas, j'ai des patientes voilées, qui en tout cas, quand elles viennent me voir, elles se dévoilent tout de suite. Et puis y en a même une qui est venue me voir pour... rien à voir mais ça reste quand même dans cette sphère-là... des problèmes au niveau de l'anus et franchement elle... ça les gêne absolument pas et moi non plus. Enfin c'est, moi, le peu de patientes que j'ai, ça ne pose absolument aucun problème.

ED : Et le fait d'être une femme, est-ce que...

M8 : Je pense que c'est justement parce que je suis une femme.

ED : Euh, ouais, ça facilite...

M8 : Oui, les choses.

ED : Ok. Et est-ce que le manque de temps, ça pourrait être un frein ?

M8 : Humpff, non. Enfin moi, je me sens pas concernée par ça

ED : Non, c'est pas des consultations longues ?

M8 : Bah, non déjà, et puis comme tu disais tout à l'heure savoir si on les connaît et tout, au contraire, c'est à force de les connaître, on peut poser des questions comme ça...

ED : Hum...

M8 : Je pense que plus facilement...

ED : Ok. En gros, dans la littérature qu'on a vu, y a pas beaucoup d'études en France mais globalement, dans la littérature européenne, en fait, les femmes souhaitent, les femmes qui souffrent de ce genre de choses, d'inconfort vaginal, sécheresse... Elles aimeraient que ça soit le médecin qui aborde le sujet.

M8 : Bah, ça m'étonne pas du tout.

ED, M8 (rires)

M8 : Bah, comme tu disais, elles consultent pas pour ça.

ED : Hum... donc euh, plutôt sur l'intimité, vous pensez à une raison ou ?

M8 : Euh...

ED : Si y a pas, y a pas.

M8 : Moi, ce que j'en pense ? Pourquoi, euh...

ED : Ouais. Est-ce que y a des femmes qui disent « Ah, j'ai jamais osé l'aborder » ? Ce genre de choses...

M8 : Bah oui, j'pen... 'fin je sais pas pourquoi euh... puis après aussi parce que c'est chronique, c'est pas du jour au lendemain, c'est des choses qui s'installent petit à petit qui font partie de leur vie. Je pense qu'elles voient ça comme une fatalité, peut-être...

ED : C'est très insidieux.

M8 : Oui, je vois les choses comme ça.

ED : Et puis, pas médical, comme tu disais aussi tout à l'heure ?

M8 : Bah, j'imagine qu'elles se disent ça, mais je suis peut-être dans le faux, tu vois... (augmente le volume de la voix)

ED : Hum.

M8 : Mais euh... Que pour elles, c'est pas forcément un problème de santé en soi et c'est de la même façon que certains hommes qui, petit à petit, ont des troubles de l'érection et qui en parlent pas trop. Moi, je pense qu'ils m'en parlent pas parce que je suis une femme et du coup pareil, moi je vais au dépistage, je pose la question.

ED : D'accord. OK. Y aurait également... (coupure par le médecin)

M8 : Y a des trucs aussi... Je pense à un cas bien particulier, parce qu'elle a subi des sévices dans l'enfance et maintenant elle a 55 ans et... Je la connais depuis que je suis installée, depuis 2011, elle a des troubles anxieux, elle fait des attaques de panique, des choses comme ça. Et elle, je me suis dit un jour, elle me larguera une bombe mais je peux pas lui poser la question tout de suite donc... c'est

à force de discuter de plein de choses que un jour j'ai dit, parce qu'en fait, on lui avait découvert une maladie vulvaire. Je sais plus pourquoi elle venait, elle venait pour je sais plus quoi... parce qu'elle, pour le coup, elle était hystérectomisée et tout ça... et donc dans sa tête, là, tout le monde lui ficherait la paix parce que y' a plus besoin de faire de frottis, de surveillance et ça allait très bien. Et je sais plus pourquoi elle était venue, y a un truc qui la grattait, je sais pas quoi, ou elle avait un petit furoncle pubien, je l'ai examinée en fait, et là, j'ai découvert une maladie de Paget vulvaire. Du coup, c'est là qu'elle a dit bah voilà, j'ai rarement de rapports sexuels. Bah, du coup, elle s'est fait soigner tout ça. Et puis, je lui ai demandé « Pourquoi vous avez plus de rapports sexuels, c'est une sécheresse, tout ça ? » « Bah non, j'ai jamais trouvé de médecin en fait ». « Par contre, comment vous n'avez jamais trouvé de médecin, parce que 'fin ça peut se comprendre mais y a bien une cause ? » Puis c'est là, qu'elle m'a dit qu'en fait elle avait subi l'inceste, des choses comme ça. Tu vois, donc ça me conforte dans l'idée qu'il faut poser les questions parce que je pense quand même qu'il y a une histoire générationnelle et qu'il y a des femmes qui 55-60 ans, l'âge de nos mères, qui en parlent pas. Peut-être que ça changera... Nous, peut-être que dans 20 ans, on consultera pour ça mais...

ED : Et toi, ça pourrait te bloquer si tu sais qu'il y a des histoires personnelles un peu compliquées comme ça derrière, est-ce que ça, ça te bloque ? Est-ce que tu prends en charge ?

M8 : Oh bah non, au contraire ! Faut en discuter, 'fin, on s'est revu plusieurs fois après, de temps en temps j'en rediscute avec elle, voir comment elle avait avancé, si elle en avait parlé... Non, moi, y a rien qui me bloque.

ED : Ça demande pas plus de précautions ou...

M8 : J'ai pas... Perso, non, j'ai l'impression que quand on demande clairement les choses, ça montre qu'on se pose la question, qu'il faut en parler et que moi je préfère aborder les femmes de façon assez frontale quelque part, 'fin tout en étant, 'fin tu vois ce que je veux dire.

ED : Hum

M8 : Que pour justement qu'il y ait pas de tabou, qu'elles puissent dire les choses parce qu'elles savent que je peux les entendre parce que j'y ai pensé. Moi j'aborde les choses comme ça, puis pour le moment, ça a l'air de bien se passer, donc je continue...

ED : Donc, nous on a aussi vu, toujours dans la littérature, que c'est sous diagnostiqué globalement.

M8 : Ouais, peut-être bien.

ED : Et surtout y a un manque de propositions de traitement.

M8 : Oui

ED : Est-ce que... Pourquoi à ton avis ?

M8 : (*silence de 3 secondes*) Alors, peut-être que, y en a qui y pensent... 'fin, je pense qu'y a peut-être des médecins qui font de l'abattage, qui bossent rapide, qui font les trucs, qui répondent juste à la question du patient et qui vont pas creuser plus... c'est peut-être ça.

ED : Hum, ok.

M8 : Y a peut-être des gens, ça les gonfle ou peut-être qu'ils y pensent pas, j'en sais rien. Peut-être qu'il manque une sensibilisation des médecins et je sais pas... Moi, je consulte pas au ¼ d'heure mais en 20 minutes donc peut-être que je pose plus de questions. Peut-être que je suis un peu rigide sur des trucs mais voilà, 'fin après... peut-être que je sous-diagnostique aussi. Je te dis ça aussi, mais faut que je sois plus systématique avec mes patientes... Mais c'est pour qui ? pour les femmes ménopausées ?

ED : Oui. Le manque de traitement, de propositions de traitements, est-ce que toi, tu le ressens ?

M8 : Bah, là en ce moment, y a des ruptures de stocks, y a plus de colpotrophine, y a plus tout ça... Alors... y a même une patiente l'autre fois, j'en ai prescrit et puis je lui ai demandé si ça allait mieux, genre 4 mois après, puis elle me dit genre on m'a rien donné, parce que y en a plus. En pharmacie, on m'a pas appelée pour me dire bah y en a plus. Alors qu'en fait, il me semble j'ai regardé tout le Dorosz, il me semble qu'il y en certains qui sont mais si le pharmacien déjà, il joue pas le jeu... Parce que peut-être c'est une certaine démarche de montrer l'ordonnance, alors si il dit qu'il y en a plus, peut-être qu'elle remballe et qu'elle s'en va, hein, j'en sais rien. Mais, euh... c'est bizarre qu'il m'ait pas appelé pour me dire, là c'est manquant et puis... Y parait que ça fait des mois que c'est manquant, et j'étais pas au courant... J'ai pas vu passé que c'était manquant et du coup on a switché, et puis j'ai bien mis sur l'ordonnance, « me prévenir en cas de manque ».

ED : Y a plusieurs types de colpotrophine ?

M8 : Y a colpotrophine crème et en capsule vaginale. Généralement, je commence par de la crème, parce que se mettre une capsule, c'est compliqué des fois. Euh, mais y a plein d'autres... t'as une liste...

ED : OK (me montre le Dorosz). Toujours dans les études, la prévalence est à 45% des femmes ménopausées et est-ce que ça t'étonne ?

M8 : Pas du tout. Non, ça m'étonne pas parce qu'en fait, quand on pose la question, c'est quand même... Je dirais qu'y a bien une sur deux qui le dit.

ED : Une sur deux, ok. Est-ce que tu as des pistes un peu pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?

M8 : Bah moi, je me dis peut-être... bah, bien penser au dépistage du frottis parce que je pense que c'est souvent facile d'en parler à ce moment-là, quand on les examine, en disant, bah, y a peut-être un peu de sécheresse, de faire de la prévention aussi, de discuter aussi de sexualité avec ces femmes-là, parce que j'ai l'impression, 'fin je sais pas si t'as vu des trucs, mais est-ce qu'y a un lien sexualité... 'fin c'est peut-être un peu un cercle vicieux moins elles font, moins ça marche. Et du coup, parce que y a souvent des femmes qui disent qu'à un moment, elles ont un peu perdu le fil de leur sexualité, à des moments où ça allait moins bien, les enfants grandissaient, tout ça, pré-ménopause tout ça... Je pense qu'il faut être vigilant, les troubles de l'humeur à ce moment-là, le corps qui change aussi, souvent c'est des femmes qui s'acceptent moins bien telles qu'elles sont... peut-être des hommes, un peu pfff...

ED : L'image de leur corps qui pourrait... ?

M8 : Ouais, peut-être ça, puis je pense vraiment que c'est une histoire générationnelle quand même. Voir dans le couple comment ils parlent de sexualité et tout, 'fin, en tout cas, c'est lié tout ça.

ED : Et le fait de faire éventuellement une consultation après en avoir discuté avec la dame et le conjoint, après pour discuter, 'fin chacun de son côté, et après mettre les deux ensemble ?

M8 : Mouais, je sais pas. Je sais pas trop parce que... oui certainement, mais après, pour les cas auxquels je pense, je suis pas sûre que l'homme soit ouvert à ce genre de discussions quoi.

ED : Ça viendrait plutôt un peu des hommes qui...

M8 : Oui

ED : Ben, ils sont plutôt demandeurs : cialis, viagra...

M8 : Ouais, ouais, mais ils ont pas toujours des troubles de l'érection, à ce stade-là...

ED : Et puis la question que l'on se posait, c'est en 2017, y a pas d'information sur le sujet pour les femmes. Moi, j'ai jamais vu... On a bien les spots TV « Vous avez des troubles de l'érection, parlez-en avec votre médecin ». Y a jamais eu de spot TV sur la femme « Ça vous démange la journée, vous avez des rapports douloureux, consultez votre médecin »...

M8 : Ouais, pourquoi pas, ça peut-être bien ça ! On a bien les fuites urinaires et ils parlent pas de ça...

ED : Oui, c'est vrai ça. Et à ton avis, pourquoi ils en parlent pas ?

M8 : Je sais pas, j'en sais rien... Parce qu'ils sont coincés les médias (rire), j'en sais rien. Ouais, je sais pas. Ils veulent plus faire de la pub pour les crèmes... je sais pas

ED : C'est une histoire peut-être de sexualité, sexualité générationnelle, en disant que c'est des femmes qui ont plus besoin, d'avoir des rapports entre guillemets ?

M8 : Ouais, ou est-ce qu'il y a pas de créneau pour les labos ? J'en sais rien, je sais pas pourquoi c'est peut-être ça...

ED : C'est pas la première fois qu'on nous le sort... !

M8 : Ouais, je sais pas, tu vois, y a plus de colpotrophine, ça choque personne... tu te dis bah, c'est con !

ED : Ouais, c'est assez essentiel quand même.

M8 : Bah oui, mais bon y a peut-être pas trop de créneaux, j'en sais rien. Faudrait faire une étude auprès des pharmaciens, voir ce qu'ils vendent, s'ils ont tout un tas de trucs en parapharmacie...

ED : Après y a l'acide hyaluronique qui se vend sans ordonnance.

M8 : Ah oui ? Mais c'est quoi ? C'est de la crème ?

ED : C'est des ovules et je crois qu'il y a de la crème

M8 : Ah bah, tu vois, je savais même pas.

ED : Puis maintenant, ils font des injections intra-vaginales d'acide hyaluronique. Y a vraiment pas mal de choses qui se développent dans les études, du type le laser pour stimuler la ré-épidémisation...

M8 : Ah oui, d'accord.

ED : Y a plein de trucs, donc peut-être que ça va émerger un peu... Nous, ce qu'on avait du mal à comprendre, c'est qu'il y a plein de choses qui se développent, donc y a des gens qui réfléchissent dessus et pourquoi finalement les femmes, elles en parlent pas... Les femmes aimeraient que ça soit le médecin qui l'aborde et puis souvent dans les études qu'on a lues, la proportion de femmes qui avaient ces symptômes et qui attendaient que leur médecin leur en parle était énorme, et jamais quoi... Puis après, elles se retrouvent coincées et t'as un retentissement sur la qualité de vie.

M8 : Ah bah oui, oui complètement.

ED : Est-ce que tu as quelque chose d'autre à dire ?

M8 : Non, pas trop. Tu as d'autres questions ?
ED : Non. Merci beaucoup

Verbatim médecin 9

ED: Est ce que des femmes viennent vous consulter pour le motif de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées?

M9: C'est plus dans le registre de la cystite bactérienne, la cystite claire qu'on aborde cette problématique. Le motif numéro un de consultation qui relève de l'inconfort vaginal c'est essentiellement ça.

ED: D'accord

M9: Dans ma pratique.

ED: Du coup c'est vous qui abordait le sujet?

M9: Du coup c'est moi, qui aborde le sujet qui à ce moment là vais demander si sexuellement parlant il y a une sécheresse, une gêne qui génère des problèmes etc. mais c'est rare qu'elle en parle spontanément la problématique.

ED: Du coup vous avez engagé la discussion sur un symptôme en fait globalement, la cystite d'autre chose?

M9: Après à l'examen systématique ça on le voit, on l'observe la sécheresse vaginale et à ce moment là on pose des questions. mais j'ai le sentiment que c'est essentiellement moi qui tend des perches.

ED: Elle rebondissent bien dessus?

M9: oui elles en parlent facilement une fois que la perche est tendue. Mais il me semble que c'est surtout comme ça que les choses se font.

ED: Dans quelles situations, donc ça on l'a déjà dit durant l'examen gynécologique de base, cystite, le prurit par ex?

M9: Euh le prurit....oui, le prurit ça arrive. Mais le prurit bien souvent il y a des lésions plus objectives de lichen par ex mais sur une simple sécheresse euh...il ne me semble pas que ça soit le symptôme le plus fréquent.

ED: C'est quoi c'est vraiment la cystite?

M9: C'est vraiment la cystite.

ED: Est ce qu'il y a quelques choses qui pourrait vous gêner de parler de ce sujet là avec les patientes?

M9: Absolument pas. Je ne me sens pas gênée non. Etant dans cette tranche d'âge là en plus (rire). donc pas du tout.

ED: La présence du conjoint?

M9: Non ça ne me gêne pas, c'est rare qu'elles viennent avec leur conjoint cela dit. Ça serait plus la difficulté d'aborder cette problématique, c'est toutes ces femmes qui passent à travers les mailles du filet, parce qu'on était moins regardant à faire des examens gynéco systématique. Je dirai entre 60 et 74ans si pour X raison, elles ne sollicitent pas je pense je parle de ma pratique à moi. Je ne suis pas assez regardante sur cette tranche d'âge là. Et souvent, souvent les femmes de cette tranche d'âge là n'ont plus d'activité génitale, sexuelle et du coup.....peut être moins demandeuse à faire les examens systématiques et moi je ne le suis peut être pas assez, systématique.

ED: Ou c'est plus des femmes, ou des femmes qui sont plus suivies par leurs gynécologues, ça peut être des femmes qui...des femmes qui passent un peu au travers du filet?

M9: Humm humm, oui....sauf que j'ose espérer que si elles sont suivies par leurs gynécologues, la problématique de sécheresse vaginale sera abordée.....je me trompe??? Ca c'est un peu une problématique de savoir qui fait quoi, sur une population tout venant de médecine générale de femmes et que celle qu'on suit celle qu'on ne suit pas. Et quand ça vient se surajouter à une prise en charge poly-pathologique de la personne avançant en âge c'est compliqué d'être dans le systématique. C'est peut être une des sphères qu'on laisse de côté.

ED: C'est normal, il y a des trucs plus importants.

M9: Oui oui toute à fait.

ED: La religion est ce que ça pourrait vous bloquer?

M9: (blanc 5sec) non honnêtement non.

ED: Ok, il y a des gens qui nous on dit le manque de temps en consultation?

M9: (blanc 3sec) Le manque de temps c'est plus dans ... voilà systématisme de la consultation gynéco et du contrôle ces patientes entre 60 et 74ans souvent poly pathologiques pour lesquelles on est dans un suivi régulier, qu'on voit tous les trois mois ou tous les six mois dans lequel on est pas dans le gynéco ou là on est pas nécessairement à poser la question et que de temps en temps on pourrait soulever le lièvre(pas sur . lol) La sécheresse vaginale qui peut donner un inconfort. Moi je pense que globalement les femmes en parlent facilement, j'ai pas notion qu'elles restent en souffrance sans rien dire c'est rare.

ED: Donc elles en parlent facilement mais c'est plutôt vous qui aborder en premier lieu ou?

M9: Euh.... quand j'examine une femme ménopausée, je pose la question. Est que vous avez encore une activité sexuelle ou pas, est ce que ça vous gêne ou pas? si c'est une question que je pose.

ED: D'accord donc c'est plutôt systématique en fait?

M9: Oui encore faut-il que je pense à faire les examens gynéco systématique dans la tranche d'âge 60/74ans.

ED: Humm c'est sûr c'est plus compliqué.

ED: Est ce que de connaître la personne dans la vie quotidienne une amie, une personne très proche pourrait bloquer?

M9: Non pas du tout, pas du tout. Si j'examine une amie du point de vue gynécologique il est clair net et précis que je vais aller jusqu'au bout de la prise en charge. Y compris dans les problèmes de dyspareunie, d'inconfort etc... et de demander si il y a une activité sexuelle normale en terme de fréquence, en terme voilà mécanique.

ED: D'accord, c'est se placer à une certaine distance à ce moment là?

M9: Oui....

ED: Nous on a vu selon les études qu'on a passé en revue, il y en a quelques unes qui sont Européenne, aux Etats Unis, il n'y en a pas une seule française pure. La grande majorité des femmes aimeraient que ça soient le médecin qui aborde le sujet?

M9: Ah oui, sur les études Anglo-saxonnes et Européennes d'accord. Donc c'est à prendre en considération.

ED: Qu'est ce que... vous ne vous attendiez pas qu'elles veuillent que ça soit le médecin qui en parle?

M9: Bah je pense que si l'examen gynéco est fait chez les femmes de façon systématique, moi je pose la question de façon systématique. Après hors cadre de l'examen gynéco, encore faudrait-il la poser de façon systématique hors cadre de l'examen gynéco.....

ED: Ca reste à voir

M9: Ca reste à voir, il y a tellement de question à poser.

ED: C'est ça il y a tellement de question à poser. Ouais c'est sur. Du coup, dans le même registre il y a un sous diagnostic prouvé et surtout un manque de proposition de traitement, à votre avis un peu pourquoi?

M9: Le manque de proposition de traitement, à partir où le diagnostic a été fait vous voulez dire?

ED: Déjà oui, commencer par ça oui.

M9: Moi je propose un traitement, si la femme me dit qu'elle est gênée je propose un traitement. voilà moi je pense ce qui est intéressant c'est que(rire) moi je fais partie de cette tranche d'âge là, peut être que je suis plus systématique de traitement. Je me sens plus concernée je me projette plus facilement. Il me semble que j'étais moins sensible à ça plus jeune. En toute honnêteté.

ED: Moins sensible, c'est à dire moins intéressée?

M9: Faisant moi attention(comprend pas) je pense qu'il y a un biais.

ED: Et chez les autres médecins, c'est plus un manque d'attention ou ce genre de chose? Quand vous dites que quand vous étiez plus jeune, vous y pensait moins.

M9: Chez les autres médecins, je ne sais pas comment fonctionne les autres, mais peut être qu'il y a une problématique à aborder ce sujet là. Que ça fait partie d'un confort existentiel pour certains, pour certains médecins(comprend pas bien) qui ne pense pas indispensable car il y d'autres problématique à gérer avant. Dont certains seront en deuxième plan. voilà je pense que c'est les deux choses qu'ils peuvent penser.

ED: Le manque de formation?

M9: J'ai pas le sentiment qu'on soit en manque de formation pour diagnostiquer une sécheresse vaginale ou pour poser la question ou pour prescrire. Je pense que c'est pas le cas.

ED: Du coup la prévalence qui ressort dans les études est à peu près de 45% ces chez femmes ménopausées est ce que ça vous...

M9: Ça me paraît beaucoup, (rire) c'est peut être que je fais mal mon job en disant ça. euh moi j'aurai dis moins. c'est ça les ...

ED: Oui c'est ça qu'on a vu, ça varie de 40 et 55% environ, on a un peu pris.

M9: Alors il faut que je pose plus la question, voilà

ED: Peut être....Selon vous comment on pourrait améliorer la prise en charge des femmes ... qui attendent que ça soit le médecin qui en parle?

M9: A mon avis en faisant, faut que ça s'intègre à l'examen gynéco et que le médecin traitant reprenne la main sur des examens gynéco systématique de la femme sans (comprend pas) ne savoir si ça était fait. Euh pour poser la question. Pour poser la question c'est comme ça qu'il faut faire.

Interruption par un appel téléphonique du médecin.

ED: Humm donc améliorer c'est vraiment poser la question pour vous? oui c'est ça ok...

Est ce que selon vous, fin nous on a remarqué que dans la société actuelle par ex les spots télé pour les troubles de l'érection, est ce que pourquoi il y a peu ou pas d'information sur ce sujet en 2017?

M9: Rohhh , la femme est amené à souffrir(rire) je n'en sais rien. Peut être d'ordre culturel, ou(blanc) en 2017 c'est encore comme ça? Euh... pourtant, pourtant je trouve qu'on parle de plus en plus de la sexualité des séniors et que voilà c'est un faire valoir et il me semble qu'on aborde plus facilement c'est question là quand même.

ED: Ca reste quand même modéré.

M9: Mouais, eh bien moi je pense que ça vient essentiellement du fait qu'il y a pas mal de femmes ménopausées qui avancent dans l'âge qui ont une activité sexuelle moindre. C'est vrai que c'est le serpent qui se mord la queue, car si elles ont moins c'est qu'elles sont plus gênées, c'est aussi parce que le mari ne peut plus. Parce qu'elles n'ont plus envie etc.. Il me semble du coup que c'est une gêne qui est moins parlante en terme statistique et en terme de fréquence.

ED: Ok, est ce que vous pensez que c'est plus facile d'aborder ce sujet en étant une femme?

M9: (blanc) Je pense, oui je ne sais pas ce que pense concrètement mes collègues médecin homme. C'est intéressant de le savoir, mais je pense que c'est plus facile oui.

ED: Que les femmes vont plus facilement en parler, ou même pour vous que c'est simple de l'aborder.

M9: Oui

ED: Le fait d'être une femme

M9: Il me semble.

ED: Si on était dans le cas contraire, un homme qui vient pour des troubles de l'érection, est ce que ça vous semble plus difficile d'en parler que de la sécheresse vaginale chez la femme?

M9: Humm (blanc 10 sec) je pense en tout honnêteté je pense que c'est un peu plus compliqué. euh peut être parce que la relation médecin patient c'est jamais neutre, la représentation sexuelle des médecins elle peut sous tendre pas mal de chose dans la relation médecin patient et que ça peut interférer.

ED: Dans le dialogue.

M9: Oui

ED: Impression qu'on impose son expérience sans le vouloir bien entendu. Je vais revenir sur une question, c'est quelque chose qu'on a déjà dit, est ce que des histoires de vies compliquées, inceste viols, au niveau sexuels pourraient vous bloquer.

M9: Euh au contraire moi je trouve que c'est un symptôme, quand il y a des plaintes au niveau de la sphère vaginale, pour moi c'est un symptôme d'alerte sur questionnement, que je pense que nous devons avoir nous professionnels de santé sur est ce que vous avez subi des attouchements dans votre vie, dans votre jeune âge ou maintenant. Est ce que vous avez été victime d'un viol etc... C'est important de poser la question quand il y a eu une redondance de plaintes a ce niveau là. Alors je ne pense pas à la sécheresse vaginale à ces choses là mais je repense à des cas inceste qui m'ont été dévoilés et il y avait une expressivité au niveau de la sphère gynécologique qui était extrêmement incroyable dans tous les cas que j'ai eu. Soit avec des examens gynéco quasiment impossible ou alors des plaintes à ce niveau là, enfin bon.

ED: Et de savoir qu'elle a été abusé, ca ne vous bloque pas pour l'examen ou ce genre de chose?

M9: Non mais ça me fait prendre plus de précaution de temps, de disponibilité, de patient etc... C'est important.

ED: Importance de la relation, de confiance aussi.

M9: Oui voilà.

ED: Je pense aussi. Est ce que vous avez quelque chose à ajouter?

M9: Non j'aimerais, c'est intéressant les pourcentages que vous m'avancez, vous allez nous faire un retour sur votre thèse.

ED: Bien sur

M9: Discussion pour avoir les résultats de la thèse.

Moi je n'ai pas le sentiment d'être gêné pour aborder le sujet, puis il me semble que les femmes en parlent facilement. Mais si il y a 45% qui s'en plaignent, moi j'avais l'impression que c'est un peu moins avec ma pratique, ca veut dire que je ne pose pas encore assez la question.

ED: Ou qu'elles ne réagissent pas quand vous posez la question.

M9: Oui toute à fait.

ED: Je vais arrêter l'enregistrement.

Verbatim médecin 10

ED: On va parler de l'inconfort vaginal chez la femme ménopausée, on aimerait savoir si c'est un motif fréquent de consultation dans ton cabinet?

M10: C'est un motif qui est inexistant, je n'ai jamais eu cette demande.

ED: Donc jamais?

M10: Non jamais.

ED: Euh.....ok donc ça enlève pas mal de questions. Jamais du tout, tu n'as jamais eu une femme qui est venue même si tu n'as pas traité pour dire voilà ça me gratte.....

M10: Alors il y a des femmes qui viennent pour des problèmes de type gynécologique, de type mycose euh voilà.... des femmes qui viennent en disant j'ai une sécheresse vaginale personnellement j'en ai jamais eu.

ED: Ok d'accord. Du coup euh, si une femme vient te voir pour ça, qu'est ce qui pourrait te bloquer d'en parler? qu'est ce qui fait que des choses feraient, quels sont les freins pour toi d'en parler à cette femme? est ce que ça te bloquerai déjà?

M10: Bah non, euh.....tu poses la question de savoir si elle vient pour ça ou.....moi je pose jamais la question.

ED: Elle vient te voir, elle te dit voilà j'ai une sécheresse avec la ménopause je suis embêté qu'est ce qu'on peut faire quoi?

M10: Ouais

ED: Ca te bloquerai d'en parler ou pas?

M10: Non, ça ne me bloquerai pas.

ED: Ok, alors qu'est ce qui pourrait te bloquer imagine...il ya des choses qui pourrait te bloquer, je sais pas le fait que tu es un homme, les convictions religieuses?

M10: Déjà je ne fais pas de gynéco dans le cabinet, pas du tout. Déjà il y a ça qui peut bloquer, les femmes sont plus suivie par leur gynécologue/sage femme, pour qu'elle puisse parler de gynécologie. Après le fait d'être un homme pose soucis c'est pour ça aussi qu'on ne fait pas de gynécologie. On fait pas de suivi gynécologique parce ce que c'est compliqué ici on est deux hommes par rapport aux femmes médecins. Pour évoquer le sujet, après quelqu'un qui vient pour une demande spécifique par rapport à ça, on va la prendre en charge elle verra probablement le gynécologue après on peut regarder un peu ce qui se passe voir un peu le terrain.

ED: D'accord.

M10: Mais c'est vrai que c'est des motifs qu'on voit un peu plus souvent qu'il y a 20ans, avec les traitements hormonaux mais en tout cas c'est un motif qui chez moi n'existe pas. On a une façon de travailler qui est sûrement différente des médecins généralistes, on voit beaucoup d'urgence plus accès sur la petite urgence en fait. Je pense qu'elles viennent plus discuter de ces problèmes dans un cadre gynécologique, lors de frottis. Je pense que c'est plus une demande qui s'intègre dans ce genre de consultation.

ED: Oui plus au moment des frottis, dépistage plutôt que de venir spontanément comme ça.

M10: Oui.

ED: Tu penses que si tu serais une femme ça serait plus simple d'en parler, de traiter ça avec les patientes?

M10: Ah oui, oui. Je pense que c'est plus simple d'évoquer ce sujet si tu vois les gens dans le cadre d'une consultation qui soit un peu dédiée à ça. Une consultation même si elle ne vient pas pour ça, si tu fais un examen gynécologue, tu fais un toucher un frottis, c'est une question qui fait partie de l'examen gynéco.

ED: Oui il y a un contexte quoi.

M10: Voilà à mon sens.....

ED: D'accord, si tu connaîtrais la patiente dans la vie extérieure, tu n'en fais pas. Mais est ce que ça te pourrait te bloquer de connaître la patiente dans la vie de tous les jours?

M10: Euh bah oui c'est un petit peu, oui ça peut être un frein.

ED: Ok euh....les convictions philosophiques/religieuse?

M10: Euh non.

ED: Dans les études on avait vu qu'il y a avait un manque de diagnostic, un manque de traitement aux Etats Unis pas en France car il n'y a pas d'études à ton avis pourquoi?

M10: Parce que les gens n'en parlent pas et que les médecins ne posent pas la question. Les gens n'en parlent parce qu'ils n'osent pas, parce que ça fait partie....il ya pleins de choses où les patients n'en parlent pas parce que ils ne veulent pas en parler. Parce qu'ils ont un peu honte, parce qu'ils considèrent que ça fait partie de la vie normale de la ménopause, de la sécheresse vaginale, les rapports sont moins douloureux, on a moins de rapports. Les gens se disent que c'est normal d'avoir

moins de rapports à partir de l'âge de 55ans quand en a 20. Les gens intègrent ça dans un vieillissement un peu normal, je pense qu'il y a ça aussi. Il y a peut être aussi les médecins qui ne sont peut être pas , fin...pas , fin.... au fait d'aller chercher ces questions.

ED: Oui qu'il ne pose pas la question. Et donc pour le traitement, le fait qu'on ne traite pas trop c'est secondaire...

M10: Bah si on ne diagnostic pas on ne traite pas.

ED: Oui.

M10: Après c'est peut être pas forcément, LE médecin, le gynéco. C'est peut être le pharmacien qui peut donner un traitement, je pense que les pharmaciens ont un rôle aussi la dedans. Même si ce n'est pas très intime comme lieu de consultation. Mais je pense qu'ils en voient eux, qui traite en automédication.

ED: Ok, la prévalence est de 45% à peu près donc une femme sur deux, est ce que tu es étonné?

M10: Non je pense que c'est représentatif, une femme sur deux.

ED: Ok, d'accord et pourquoi dans la société on en parle pas non plus? Nous c'est ce qu'on trouve que la société on en parle pas, les hommes un peu plus(coupé par le médecin)

M10: Alors je pense qu'il y a des pub à la télé la dessus, il me semble avoir vu j'ai peut être revé...

ED: Alors ça commence...

M10: Bah parce que ça fait partie, les gens considèrent que ça fait partie de la vie que les femmes.....

ED: Oui mais il y a des eu des pubs pour les hommes, plus maintenant mais il y a à peu près 10ans....pour les troubles de l'érection, "parlez en à votre médecin"on jamais vu ça pour les femmes pourtant les troubles de l'érection ca peut être aussi physiologique.

M10: Tout à fait, c'est l'homme il y a une différence.

ED: En quoi c'est différent?

M10: C'est différent sociétal.

ED: Nous c'est ce qu'on essaie de comprendre pourquoi les femmes on en parle pas?

M10: Je pense que c'est un problème culturel, une homme gêné à 60ans peut encore, c'est le mal reproducteur. Il peut encore avoir des enfants la femme à cette âge elle ne peut plus en avoir. Je pense que c'est un peu cette image de la société....

ED: D'accord, en fait que la sexualité de la femme est en lien avec la procréation?

M10: Je pense oui. Je pense que c'est ça.

ED: Ok euh, (je vérifie la grille d'entretien) ah oui une dernière question: pour toi comment pourrait-on améliorer la prise en charge des femmes?

M10: Déjà faut oser en parler avec des campagnes médiatiques un petit peu: c'est à dire si les gens en entendent un peu parler, ils vont se dire voilà... ça coule de sens ce que j'ai et je vais consulter, je vais en parler. Je pense si tu veux noter ça

Après probablement sensibiliser le corps médical.

ED: D'accord, donc des deux cotés quoi les patientes(coupure)

M10: Je pense que c'est plus un problème de patiente, si elle n'en parle c'est qu'il y a une espèce de tabou qui.. est mis dessus donc voilà à partir de là.

ED: Tu trouves que c'est un tabou ce sujet là, fin pour les patientes?

M10: Mais est ce que c'est du médical aussi? on peut très bien s'en sortir s'en voir de médecin. Le médecin n'est pas obligatoirement un maillon dans cette histoire, tu as les pharmaciens, tu as....

ED: Peut être plus pour les informer, tu vois savoir que c'est peut être pas normal et qu'on peut faire quelques choses?

M10: Hhmm

ED: Donc plus une information grand public pour les femmes, et puis pour les médecins les former? Dans des FMC des choses comme ça?

M10: Je ne ferai pas une FMC sur ça, si tu fais une FMC c'est dans le cadre de la ménopause de façon global et d'intégrer ça dans les prise en charge, soit sur deux heures soit sur une journée.

ED: Dans les revues?

M10: Oui pourquoi pas. Mais je n'ai pas vu passer grand choses, sur le quotidien ou des journaux comme ça.

ED: Non, il y a un petit peu prescrire, qu'il y avait fait un article l'année dernière.

ED: Et on a vu aussi dans les études que les femmes souhaitaient que ça soit les médecins qui initient la discussion, tu en penses quoi?

M10: Je pense que ça peut s'initier dans un contexte de consultation dédiée à ça. Les femmes viennent pour un problème, un suivi de pilule de savoir si elle a la ménopause. Après ce que tu me dis, quand je te dis que je n'ai jamais eu de demande c'est parce qu' elle pense que c'est à moi à demander mais c'est voilà.... Mais je pense qu'on va pas demander à une femme si elle a une

sécheresse vaginale si elle vient pour une angine. Je pense que c'est plus dans un contexte spécifique.

ED: Ok

M10: Je pense que ça sera mal vu

ED: Eh bien on a tout vu, tu veux rajouter quelque chose sur l'inconfort vaginal?

M10: Non

Verbatim médecin 11

ED: Du coup, c'est sur l'inconfort vaginal que chez les femmes ménopausées.

M11: D'accord.

ED: Est-ce que c'est un motif de consultation, est-ce que tu en as déjà eu?

M11: Oui, deux trois, ouais, si un peu quand même. Ouais, 3/4 une petite dizaine peut être.

ED: C'est toi qui as abordé le sujet ou bien c'est elle qui est venue spécifiquement que pour ça?

M11: Je sais pas si c'était un motif spécifique, si pour certaines, certainement. Puis sinon, c'est des choses qui viennent comme ça dans la consultation.

ED: C'est plus toi qui poses la question ou c'est les patientes?

M11: Non, c'est pas moi qui irais poser la question.

ED: Quand tu l'abordes, c'est à quel moment? C'est....

M11:(coupure par le médecin) Non, c'est plus elles qui vont venir en parler dans la consultation. Ah oui si, en demandant est-ce qu'il y a autre chose qui vous ennuie, elle peut être amenée à parler de ça.

ED: Donc c'est plus un motif secondaire.

M11: Si il y a des gens qui viennent pour ça.

ED: Mais toi, tu ne l'interroges pas.

M11:(coupure par le médecin) Non, je ne lui pose pas la question.

ED: Puis toi spontanément, tu ne vas pas leur poser?

M11: Non

ED: Je veux dire si elles sont ménopausées...

M11: Non, je ne pose pas spécialement la question à part si je dois faire un frottis et tout ça, mais de toute façon, elles te préviennent que ça va être douloureux.

ED: Donc tu poses la question au moment de l'examen ?

M11: Ouais, si elles viennent pour un examen gynéco, sinon pas forcément.

ED: Est-ce que ça pourrait te bloquer d'en parler, il y a quelque chose qui bloque pour en parler avec les femmes?

M11: Non, pas du tout du tout.

ED: Qu'est-ce qui pourrait te bloquer ? Imaginons

M11: Non, c'est juste que je n'y pense pas en fait.

ED: Mais il n'y a rien qui pourrait te bloquer en particulier? Je sais pas, le fait qu'elle soit accompagnée, que tu la connais, rien qui pourrait te bloquer?

M11: Ouais, le fait que je la connaisse. Mais je ne travaille pas où je connais les gens. Non, mais ouais, je pense que je suis assez... ça ne me pose pas de problème.

ED: Une autre personne, si elle vient avec son mari, enfant ?

M11: Si elle vient avec son mari, non plus. Le plus souvent, c'est un problème de couple en plus.

ED: Et les convictions, plus tes convictions à toi religieuses, philosophiques ? Est-ce que ça pourrait te gêner envers les patientes ?

M11: Non, pas du tout.

ED: Sa religion à elle?

M11: Non plus.

ED: Ok, non, c'est tout. Je regarde un peu les questions.

ED: Humm, nous, on a vu en faisant la bibliographie que ce n'est pas un sujet du tout traité en France, plus aux Etats-Unis etc... Les femmes interrogées aimeraient que ça soit leur médecin qui initie la discussion, tu en penses quoi, tu es étonnée?

M11: Non, ça ne m'étonne pas car elles n'osent pas trop en parler en fait. Ouais, peut-être qu'on devrait en parler, c'est comme la question des troubles de l'érection. Mais ça, je sais pas, j'en parle plus facilement. J'ai les gens diabétiques, tout ça, on va aller plus poser des questions comme ça. Ou les gens ont plus des pathologies vasculaires, je vais plus facilement aller poser la question sur les troubles de l'érection. Pour les femmes ménopausées, je...ouais, je ne...pour moi, ça me paraît curieux d'aller poser, de demander bon sinon ça va, vos rapports ne sont pas douloureux(rire).fin voilà quoi, dans une consultation comme ça de but en blanc, si elle vient renouveler son traitement ou si elle vient pour une grippe c'est un peu...

ED: Ouais, mais plus les troubles de l'érection...

M11: Dans le cadre d'un suivi, d'un patient qui vient pour son diabète et qui parle de soucis. Mais

c'est aussi parce qu'il y a eu une thèse là-dessus d'une collègue. Maintenant j'y pense plus, peut-être que je penserai plus à l'inconfort vaginal après la ménopause, après cette thèse(rire). Mais en fait, les fois où on en parle, c'est quand les femmes viennent et qu'elles disent que les rapports sont douloureux, que c'est plus possible quoi, et que voilà, il faut trouver une solution. Sinon, ce n'est pas hyper fréquent.

ED: Donc, c'est plus quand il y a des symptômes je veux dire...

M11: Ouais, je pense que c'est quand les rapports sont gênants qu'elles viennent en parler en fait et si dans les cystites à répétition, dans les cystites ouais, voilà je crois que c'est dans ces cas-là que j'aborde l'inconfort vaginal.

ED: Bah, c'est déjà bien, euh...pareil on a vu (coupure par le médecin)

M11: Quand on fait le frottis voilà, quand on voit que la muqueuse est atrophiée.

ED: Là, tu poses la question?

M11: Bah, si c'est gênant, si les rapports sont douloureux si ouais...voilà je crois que c'est.

ED: Non, mais c'est déjà très bien. Du coup, on a vu que la prévalence, on a pas de prévalence française mais elle est de 45%

M11: De sécheresse vaginale?

ED: De femmes ménopausées qui ont une sécheresse vaginale.

M11: Donc presque une femme sur deux.

ED: C'est ça. Toi, tu es étonnée, tu en penses quoi? Tu es surprise de ce...(coupure)

M11: Non, moi, j'imaginai que tout le monde à la fin ont une sécheresse vaginale, peut être plus les femmes qui n'ont pas de rapports alors que les femmes qui maintiennent une activité sexuelle

ED: D'accord. Mais il y a quoi du coup, si tu as plus de rapport, tu es plus sec?

M11: Je crois qu'il y a un truc comme ça sur la vascularisation...

ED: D'accord, je ne connaissais pas du tout.

M11: Je crois que oui, ça favorise un petit peu. D'ailleurs, les femmes qui n'ont plus du tout de rapports, c'est pin-up pour faire les examens gynéco, c'est compliqué.

ED: Ok, donc tu aurais dit 100% des femmes?

M11: Ouais, après un certain âge, ouais(rire).

ED: Ok, nous, on trouve, on a vu aussi qu'il y a un sous-diagnostic et un sous-traitement. A ton avis, pourquoi on ne fait pas de diagnostic?

M11: Parce qu'on est pas concernée, je sais pas. Moi, je pense ça...

ED: Tu veux dire, par rapport à l'âge des médecins?

M11: Je sais pas, c'est vrai, c'est pas quelque chose qui m'effleure l'esprit. Quand tu vois une femme, tu ne penses pas que tu vas être sec un jour...(rire) Je sais pas, j'y pense pas. Le diagnostic, il est fait quand on fait un frottis.

ED: Ouais, pourquoi en France, on ne fait pas trop de diagnostic...

M11: On n'en parle pas spécialement non plus dans les études de ça. Je crois que j'ai appris ça sur le terrain, de, de proposer des lubrifiants, des œstrogènes, je ne pense pas l'avoir vu à la fac.

ED: Moi non, je ne l'ai pas vu.

M11: J'ai appris ça lors d'un de mes stages prat' en fait, sur les cystites, puis voilà sur les femmes qui se plaignaient. Puis, lorsque tu renouvelles les ordonnances, et qu'il y a des œstrogènes, si elles se sentent bien avec ça et puis voilà..

ED: Et le manque de traitement du coup, tu penses que c'est dû à quoi?

M11: Je pense que les femmes ne se plaignent pas et que tu penses pas nécessairement à proposer quelque chose. Moi, si je vois un frottis, je demande si c'est gênant, mais je ne suis même pas sûre de traiter une atrophie vaginale si elles n'ont pas de plainte parce que ça reste toujours des hormones. Sur des traitements locaux, je pense pas qu'il y a des gros risques de cancer hormono- dépendant et tout ça, mais je pense un petit peu quand même. Chez quelqu'un qui ne s'en plaint pas, je ne suis pas sûre que j'irai traiter.

ED: Plus les contre-indications...

M11: Oui, les effets secondaires, si c'est quelqu'un qui ne se plaint pas je ne vais pas aller traiter spontanément, si elle me dit ça ne me dérange pas.

ED: Comment on peut améliorer la prise en charge, qu'est-ce qu'on peut faire?

M11: Je pense que poser la question dans une consultation comme ça, c'est compliqué. Je pense que pendant les examens gynéco, on devrait faire ça, le gynéco ou nous quand on fait des examens gynéco, je pense que c'est le moment et puis euh... Après comment, peut-être faire des affiches dans la salle d'attente voilà car c'est des choses qui restent taboues et ouais moi poser la question de but

en blanc, je trouve compliqué.

ED: C'est quoi qui est compliqué?

M11: Non, mais je sais pas, comme je t'ai dit, quelqu'un qui vient pour une grippe, et dire et ça va les rapports et la sécheresse vaginale...je sais pas, je ne m'imagine pas poser cette question quoi.

ED: Et ça te bloquerait pas?

M11: Ça ne me bloquerait pas mais ça paraît bizarre d'aller poser la question comme ça. Dans le cadre d'un examen gynéco, je trouve que oui et peut-être que je le ferais maintenant de demander chez une femme ménopausée, est-ce que les rapports se passent bien, est-ce que ça vous gêne? Que avec l'âge, avec la ménopause, est-ce que ça vous gêne, est-ce que vous avez besoin d'un traitement? Dans une consultation tout venant, moi je trouve ça bizarre. Après pourquoi pas de mettre des affiches dans la salle d'attente pour que les gens osent en parler et que... Faire des campagnes à la télé, je sais pas voilà.

ED: Et des formations médicales, là tu me parles que des patientes, est-ce que tu penses qu'il y a un intérêt de faire quelque chose au niveau des médecins, ou que ben non, ça ne servirait à rien, je sais pas...

M11: Bah, déjà, je pense que l'important, c'est que, elles sachent en parler. Pourquoi pas qu'on essaie de dépister. Après formation pourquoi pas, typiquement je sais pas si, pour moi, il y a pas d'intérêt à traiter une sécheresse si il n'y a pas de symptômes. Après, est-ce qu'il faut le faire, après est-ce que localement les hormones, je ne pense pas qu'il y a de risque. Mais en fait, je n'en sais rien. Voilà c'est parce que tu me poses la question, j'irai peut-être voir ce qu'il dise là-dessus, sinon je ne me suis jamais trop posée la question. 'Fin si, je poserai quand même la question si il y a eu un cancer du sein ou quoi et puis voilà si c'est contre-indiqué, puis après euh...Après je ne sais même pas si c'est les recommandations je t'avoue moi je fais, je dis plutôt d'utiliser des lubrifiants et pas d'oestrogène. Mais ça, ça ne traite pas, juste les symptômes. Est-ce qu'il faut plutôt traiter le fond du problème, en fait je n'en sais rien.(rire)

ED: Ok.

M11: C'est une bonne question, nan, mais voilà, je pense que oui, on ne sait peut-être pas grand chose. Tu ne m'aurais pas posé la question ce soir(rire), je serais peut-être restée dans mon ignorance.

ED: Est-ce que tu penses que c'est plus simple d'être une femme pour en parler?

M11: Ouais, peut-être ouais, peut être.

ED: Et d'être remplaçante, ce n'est pas un blocage pour toi?

M11: Moi, je pense que les gens parlent plus facilement à quelqu'un qui ne vont jamais revoir au cours de leur vie. C'est vrai, les gens le disent, je n'ai pas osé parler de ça à mon médecin peut-être pas sur ce sujet-là. Il y a des trucs parfois qui sortent, justement parce que tu es remplaçante.

ED: Nous, on trouve que dans la société actuelle, on n'en parle pas. Nous, on trouve que pour l'homme, on en parlait.

M11: Les troubles de l'érection, c'est vrai.

ED: Il y a eu des pubs, des spots télé. Nous, on se pose la question de pourquoi, les rapports c'est à deux, et de pourquoi les hommes on en parle et pourquoi les femmes on en parle pas.

M11: Je sais pas, c'est une bonne question, je sais pas.

Surtout que les rapports ne doivent pas être agréables, est-ce qu'elles ont honte ?

ED: Est-ce que tu trouves que c'est parce que la sexualité à un but de procréation et qu'après la ménopause, on ne peut plus procréer et que dans la société, c'est encore fixé sur ça ?

M11: Je pense pas, je pense que maintenant avec euh... je pense qu'avec les divorces, les remariages, les gens tombent amoureux tard, ont des vies sexuelles épanouies tardivement. Epanouies ou pas si elles ont une sécheresse vaginale(rire). Je pense que c'est important d'en parler car dans un couple, c'est important, et oui, pour que ça se passe bien et oui je pense que c'est intéressant comme sujet. Je pense maintenant que la sexualité est plus importante tard, je pense pas que les anciens couples ont plus de rapports que les nouveaux couples qui se forment tardivement.

ED: Dans la société, tu sais pas trop...

M11: Je pense que ça mériterait d'en parler, d'informer les gens, peut-être qu'ils ne sont pas au courant des choses qui existent. Peut-être qu'elles se débrouillent avec des lubrifiants je sais pas.

ED: Tu ne penses pas que c'est parce que la sexualité de l'homme est plus importante que celle de la femme, c'est pour ça qu'on en parle pas.

M11: Je pense que les femmes se forcent peut-être à avoir des rapports, pour faire plaisir à leur homme, je ne sais pas..

ED: Je ne sais pas non plus. On essaie de trouver les causes de pourquoi on peut en parler à la télé des troubles de l'érection, et pourquoi on ne dit pas vous avez un vagin sec, allez voir votre médecin traitant, on se pose la question.

M11: Je sais pas, peut-être qu'elles pensent que c'est une fatalité, je n'en sais rien.

ED: Ok, je pense qu'on a fait le tour des questions. Du coup, tu as quelque chose à ajouter ?

M11: Oui, je pense que ça serait bien de faire des campagnes de pub pour qu'elles soient informées. Maintenant, sur mes consultations gynéco, je poserai la question et je proposerai des traitements et j'irai voir les recommandations quant aux traitements parce que je ne sais pas trop. Peut-être que ça mériterait un module à la fac là-dessus.

ED: Oui, ça serait bien.

M11: Il faut des thèses comme ça pour que

M11: Les troubles de l'érection, c'est parti d'une thèse que maintenant je pose la question.

Verbatim médecin 12

ED: Nous ce qu'on veut savoir si l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées c'est un motif fréquent de consultation?

M12: Pas fréquent, en plus comme je viens de m'installer c'est pas euh...je dois avoir des consultations un peu aigue plutôt que du suivi, ça pouvait être le cas où j'étais avant. Euh... ce n'est jamais la plainte principale. Elle apparaît dans la consultation et ce n'est pas rare qu'il faut poser la question pour que ça soit abordé. Et je pense que malgré tout je suis un homme continu à déranger je trouve, je le perçois vraiment comme ça.

ED: D'être une femme ça serait plus simple pour toi d'aborder ce sujet, ou pour les femmes?

M12: Ouais pour les femmes, elles l'aborderaient plus facilement c'est l'impression que j'ai sur un peu toute la gynéco. C'est un truc qui m'intéressait beaucoup à la fin de l'internat et j'ai vraiment eu très peu de consultation pour la gynéco et pas mal de position pour une consultation aigue sur l'examen gynéco, c'est pas rare que ça pose vraiment problème.

ED: Ok.

M12: Mais non c'est rarement un motif de consultation.

ED: D'accord, et c'est plus les femmes qui l'abordent la dernière fois que tu as eu ce sujet là ou c'est toi qui a posé la question.

M12: Euh... je dirai la dernière fois je crois que c'est... je dirai moitié moitié.

ED: Ok et tu l'abordes dans quelle situation ce sujet?

M12: Ca va plutôt être quand il y a une consultation qui tourne autour de la sphère génitale, autour de la ménopause globalement et qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et qu'il y a quelque chose qui va me faire penser, je n'y pense pas toujours. Et si c'est quelque chose qui me fait penser...au moment de la ménopause je vais peut être venir à ça...Ou alors quand il ya des problèmes de cystite à répétition, des vaginoses voilà c'est plus à ce moment là je vais y penser. Après j'essaie de l'aborder plutôt simplement, ça dépend des gens. C'est très facile à évoquer pour d'autres pas du tout voilà.

ED: Au moment des frottis, tu me dis ménopause. C'est quand elles sont ménopausées ou c'est lors des frottis?

M12: Oui soit pour un frottis, soit quelqu'un qui va venir pour des bouffées de chaleur, pour un renouvellement ordonnance et puis on va reparler de la ménopause. Ca peut être juste par rapport au poids et on va parler de ménopause. Mais euh tu vois c'est peut être pas un bon exemple, mais depuis que je suis arrivé ici je suis pas sur d'avoir eu... j'ai peut être eu un seul frottis à faire pour l'instant. Voilà je ne suis pas un bon exemple mais euh...Mais c'est un motif de consultation après la ménopause qui n'est pas si rare et je trouve chez (diminution de la voix) un peu toutes les femmes.

ED: Que tu fasses pas beaucoup de frottis, tu penses c'est parce que tu es un homme et que tu as des collègues femmes?

M12: C'est parce que je n'ai pas une patientèle établie, j'ai peu de consultation de suivie gynéco. Ca, ça viendra.

ED: Est ce que pour toi ça te gêne de l'aborder ce sujet là, ça ne pose pas un problème?

M12: Non, ça ne pose pas un problème. Euh ça peut être parfois délicat d'aborder quand je ne connais pas bien les gens et leur vie sexuelle, leur vie de couple. Quand je ne situ pas bien les personnes, leur famille. Mais on le sens il y a des personnes qui sont vraiment gênés et qui ne parle pas de leur vie sexuelle. Là je vais être plutôt prudent, ce n'est pas que ça me gêne mais je vais être prudent pour pas..., j'ai toujours peur d'embêter, de bousculer un peu. Mais je n'ai jamais sentie de gêne pour l'évoquer. J'ai peut être ressentie une gêne parce que je ne suis pas bien au point sur les alternatives à proposer plutôt ça.

ED: Plus les traitements

M12: Voilà ouais.

ED: La présence d'une personne, son conjoint, des enfants. Est ce que ça ça pourrait te gêner d'en parler?

M12: Hhmm, (blanc 3sec) ouais peut être des enfants, mais c'est rare qu'une femme ménopausée viennent avec ces enfants mais euh c'est peut être ça... mais l'espace de consultation est un peu à l'écart on arrive toujours à aborder le sujet même de manière détourné. Je suis pas sûr que ça soit un gros frein. Le conjoint non plus, c'est peut être même plus facile, après ça peut déboucher sur une consultation autour de leur vie sexuelle. Je suis pas sûr que ça soit un frein.

ED: Donc toi cela va être si tu ne sais pas trop ce que veulent les patientes, de ne pas être trop intrusif.

M12: Ouais

ED: Et puis...

M12: C'est ça je me sentirai plutôt à l'aise, sur la prise en charge ce qui va me gêner et c'est vrai sur pleins d'autres choses sur le coté intrusif.

ED: Tes convictions religieuse, philosophique ça peut interférer, vraiment les tiennes pas celle des patientes?

M12: Non

ED: Nous on a vu la prévalence, en France il n'y a pas d'étude sur ça. On a vu que c'était 45% des femmes ménopausées, tu en penses quoi tu es surpris des résultats?

M12: Non je ne pense pas, je ne serai pas étonné que ça soit 100% en fait (rire) mais c'est vrai que ça m'est arrivé d'évoquer le sujet et il y a pleins de femmes qui se sentent bien dans leur vie sexuelle et qui ne se plaignent pas de sécheresse pourquoi pas...

ED: C'est rassurant. (rire ensemble)

ED: On a vu dans ces études, chez ces femmes interrogées elle souhaiteraient que ça soit le médecin traitant qui aborde le sujet?(coupure par le médecin)

M12: Oui ça ne m'étonne pas, euh... ça ne m'étonne pas c'est pareil pour tout âge homme femme, j'ai l'impression que les femmes abordent plus facilement leur santé avec les médecins que les hommes. Mais j'ai l'impression que pour tout âge et tout motif dès que ça touche à la sphère sexuelle, c'est à nous d'être...

ED: De poser la question?

M12: Voilà mais c'est là que ça m'énerve d'avoir peur d'être intrusif, parce que je sais que si je pose pas la question il ne m'en parleront pas. C'est là que je trouve que c'est pas toujours facile de se positionner.

ED: Et pour toi, pourquoi elles attendent à ton avis? Pourquoi elles veulent que ça soit le médecin?

M12: Euh(blanc 3sec) Je pense qu'ils y en a qui se demandent.. je pense qu'ils y en a qui se disent que c'est normal puis c'est tout et c'est comme ça. Je pense qu'il y a la gêne d'en parler malgré tout. A mon avis, je sais pas peut être... la peur d'être la seule à s'en plaindre, ou parce que là tout de suite au delà de la gêne de la vie quotidienne, ça fait référence à la gêne dans la vie sexuelle et c'est un sujet qu'elles ont plus de mal à aborder. Surtout avec moi qui est... je ne serai pas dire si c'est plus simple de l'aborder avec son médecin traitant ou avec un nouveau.

ED: Et l'âge du médecin tu penses que ça interfère, le fait que tu sois jeune?

M12: Oui ça pourrait, mais je n'ai pas d'avis mais ça pourrait. ouais peut être pour le coté que je comprenne moins, d'être gêné de parler de...fin je pourrai être leurs fils, c'est vrai donc je pense que ça peut jouer.

ED: Ok, Nous on a trouvé qu'il y a un sous diagnostic et sous un traitement, c'est à cause de quoi le sous diagnostic à ton avis pourquoi?

M12: J'ai l'impression comme dans toutes les études, le sous diagnostic c'est y faut y penser plus ce soucis là. Je trouve que les consultations euh... en fait on doit profiter de chaque consultation... en fait les gens y viennent c'est des motifs qui sont ...c'est rare que les gens viennent pour ça qu'ils disent qui faut qu'on parle nous et finalement ça veut dire que ça va se présenter avec autre chose. Je trouve qu' en médecine générale on est efficace dans tout ce qui est prévention, dépistage et c'est quand même le but du métier. Ce qui fait qu'on doit profiter dans n'importe quelle consultation du rhume au renouvellement. La moindre consultation doit servir de moment de dépistage et il y a énormément de chose à dépister. Ou à aborder avec parfois des interférences dans la consultation c'est pour ça que moi je te disais que pour que j'y pense il faut que la consultation tourne autour de la ménopause ou autour de la sphère génitale parce que sinon spontanément... et en plus à amener dans la discussion je pense qu'il faut qu'on se rapproche après c'est aussi à nous à nous guider. Je pense que c'est la part de notre métier, c'est qu'on doit pouvoir cibler sur une année, peut être pas à faire à chaque consultation de tout voir. Faut au moins qu'on aborde les facteurs de risques cardio vasculaire, faut qu'on aborde le poids, faut qu'on pense aussi à aborder la sphère gynécologique. De toute façon c'est des femmes qui ont un bilan annuel gynécologique si elles le font. En tout cas c'est à nous à l'inciter. Je pense que c'est la consultation parfait pour l'évoquer.

ED: Ok.

M12: Après je crois que je me suis perdu, la question c'était pour le sous diagnostic?

ED: Pour le sous diagnostic.

M12: Je pense qu'il y a ça et la méconnaissance. euh... peut être que les vieux médecins sont plus habitués à le voir car on apprend plus ça par la pratique. Je suis pas certain que... je sais que la ménopause peut donner de la sécheresse vaginale mais je suis pas sûr d'avoir eu des cours sur la sécheresse vaginale ni après la ménopause ni avant d'ailleurs. Donc moi je pense que ça, ça y participe. Après le frein de la communication, je pense que c'est une mauvaise excuse ça. On est capable de tout à aborder en consultation, je pense que c'est quelque chose qui est facile de déplacer ça. Je pense que c'est plutôt y penser prendre le temps de discuter euh... je pense qu'il y a des gens

qui coupent court à la discussion en disant non non il n'y a pas de problème. Alors qu'ils n'ont plus de vie sexuelle et que c'est une vraie gêne mais euh ouais c'est plus dur à évaluer.

ED: Les sous-traitements?

M12: Oui bah ça d'abord par le sous-diagnostic. Peut-être que c'est banalisé par pas mal de médecins, de dire c'est normal c'est avec la ménopause. Peut-être qu'il y a un sous-diagnostic chez les gens qui déclarent la sécheresse et qui n'ont pas le sentiment d'avoir besoin de s'en occuper. euh après aussi par nos compétences clairement.

ED: Comment pourrait-on améliorer d'après toi cette prise en charge de ces femmes?

M12: Sur le thérapeutique?

ED: En général, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour eux...

M12: Euh (blanc 5sec) (rire) forcément la formation du médecin, mais je pense que dans la vie quotidienne il faut vraiment qu'on se tienne à faire le bilan gynéco annuel. Je pense que ça ce n'est pas fait par mal de femme autour de la ménopause. D'ailleurs même quand il n'y a plus de frottis, fin... il n'y a pas que le frottis et la mammographie quoi. Je pense qu'il faut qu'on garde... il faudrait aussi que les patientes soient aussi averties car on ne peut pas tout faire. On ne peut pas toujours être dans l'imposition dans la demande. Je pense aussi que les femmes qui ont un meilleur suivi sont celles qui le décident, qui prennent rendez-vous qui décident que chaque année elles fassent le point. Je pense qu'il y a pleins de femmes qui ne savent pas qu'on peut mettre des traitements. Après je pense aussi que c'est à nous d'être plus intrusif tout en respectant le fait que la personne ne souhaite pas en parler. On ne doit pas nécessairement traiter tous le monde. Que ceux qui s'en plaignent aussi. voilà principalement ça.

ED: Et on a vu, c'est un peu ce qu'on a lu aussi dans la société actuelle on en parle pas c'est un sujet qu'on ne discute pas.

M12: Ouais. je ne sais pas si il faut le rapporter à la vie sexuelle ou à l'inconfort quotidien. Euh je n'ai pas de vagin mais (rire) je me demande si... La plainte est souvent rapportée pendant la vie sexuelle mais euh... est-ce qu'une femme qui a une sécheresse vaginale et qui n'a pas de rapports sexuels, est-ce qu'elle est gênée ça je ne sais même pas... et euh... on n'en parle pas parce que de plus en plus tous le monde à une vie sexuelle parfaite et on va plutôt mettre ça en lumière plutôt que les difficultés. euh... je sais plus pourquoi je relisais ça il y a pas longtemps, autour de la ménopause peut-être avec des patients qui le vivaient très mal et quand certaines sociétés, la ménopause est le moment où on devient la personne la plus importante. Je sais plus si c'est en Afrique ou en Asie, je crois que c'est en Afrique. Du moment où la femme est ménopausée elle devient la plus importante dans la société, c'est un accomplissement. Alors quand nos vies, nos sociétés c'est plus un mauvais moment qui est très mal vécu par les femmes d'elle-même, puis peut-être aussi parce qu'on leur renvoie une certaine image et ça ne correspond plus du tout à ce que la société veut renvoyer des femmes, de sexualité, de féminité.

ED: De perfection?

M12: Oui je pense que c'est aussi pour ça que c'est n'est pas abordé. C'est sûr qu'on ne parle pas du gras du ventre et de bouffée de chaleur. Peut-être plus des bouffées de chaleurs car c'est classique mais pas de la vie sexuelle.

ED: Parce que nous, il y a quelques années il y avait eu des choses pour les hommes sur la sexualité?

M12: Oui c'est vrai, ça a bien marché.

ED: Nous on se pose vraiment la question mais pourquoi.

M12: Oui ça a bien marché, c'est devenu banal (coupure)

ED: D'en parler à votre médecin traitant, et nous on se pose vraiment la question de savoir pourquoi pour les femmes il n'y a pas eu de spot télé d'information, voilà on essaie de comprendre si il y a une différence entre les hommes et les femmes.

M12: Ça commence toujours par les hommes (rire) il y a beaucoup d'hommes qui se plaignent de ne plus avoir, d'avoir une baisse de leur vie sexuelle liée à leur femme. Plus que de leur envie à eux (blanc 5sec) je pense que la plainte de maintenir une vie sexuelle a d'abord été masculine avant d'avoir été féminine. Je pense qu'il y a ça aussi. Puis oui pareil, au niveau de la société on demande moins leur avis aux femmes sur leur désir, je pense que c'est plus banalisé que les hommes ont une vie sexuelle c'est normal que les femmes c'est toujours un peu dur.

ED: Donc il y a un peu une inégalité quand même.

M12: Ah oui! je pense

ED: Encore peut-être aujourd'hui

M12: Même en terme de prise en charge thérapeutique.

ED: Tu penses pas que la sexualité de la femme c'est rapporté à la procréation, et qu'à la ménopause elles ne peuvent plus procréer donc...

M12: Non moi je ne pense pas. est ce que les gens pensent ça? je pense pas. C'est très catholique(rire) c'est peut être dans l'imaginaire mais ce n'est pas conscient. C'est peut être ce qui reste des vestiges. Mais je suis pas sûr que si on pose la question au gens, peut être que c'est encore dans l'inconscient mais je pense que c'est un peu passé ça.

ED: Je crois qu'on a tout vu, ouais on a tout vu , est ce que tu as quelque chose à ajouter par rapport au sujet.

M12: Non, en fait quand j'ai eu votre mail. c'est drôle je venais d'avoir une consultation pour ça. Je me suis senti "penaud" il me manquait vraiment du bagage technique sur le prise en charge.

ED: Sur la formation tout ça.

M12: Oui, je fais des listes des choses que je dois revoir, et je ne l'ai toujours pas lu. Je me suis dit que ça me sensibiliserait c'est le principe des thèses et des formations. Pendant un moment on va faire beaucoup plus attention à ça, du coup j'attends un peu de voir ce que ça va donner. J'ai hâte que ma pratique se stabilise un peu, en tant que médecin traitant. De voir ce que ça dégage, parce que je trouve que c'est intéressant de se focaliser sur tout les sujets qu'on oublie, faut pas oublier les autres c'est court une consultation. Si si du coup ça m'intéresse de euh...je l'ai même vécu dans la famille en discutant un petit peu, je me rend compte qu'il y a pas mal de femmes qui s'en plaignent et qui mettent un temps à discuter et que ça reste pas un problème mais que ça reste vachement un problème dans le couple. Même en discutant avec des couples plus âgés, tu vois que ça fait partie de leur vie quotidienne et sur le vie de couple. Sur la qualité de vie de toute les femmes je ne sais pas, c'est elles qui me le diront ça je n'ai pas assez de recul mais sur la qualité de vie du couple ça c'est certain.

ED: Donc la patiente tu n'étais pas trop gêné c'était plus parce que tu n'étais pas trop au courant.

M12: Oui j'ai dû mal à me souvenir. Ouais je crois que c'était plus ça. Non ce n'est pas gênant, je ne sais pas comment toi tu vis les consultations, mais ce n'est pas gênant, on nous apprend à aborder quasiment tout, après ça dépend aussi de notre culture on nous apprend à aborder des sujets avec un détachement.

ED: Oui c'est vrai que si on est pas trop au courant sur le sujet, on est pas hyper à l'aise

M12: On ose moins lancer le sujet car après on va se retrouver... mais bon au moins c'est découvert c'est pareil pour tout, l'alcool pour n'importe quoi au moins que ça était abordé même si on n'en reparle plus, qu'on se le note qu'on ne l'oublie. C'est un sujet plus simple à ré-aborder une fois qu'on est plus à l'aise. Même si tu ne sais pas quoi en faire, même pour la personne parce que si tu la abordé une fois, ça sera moins un problème la prochaine fois de l'aborder.

ED: Ca peut être aussi une solution d'améliorer la prise en charge, de poser la question.

M12: Peut être mais de toute façon il faudrait qu'on pose des questions de tout. Comme tout je pense que c'est des choses de la vie courante il n'y a pas de raison de... mais c'est à force de poser des questions de....

ED: Oui on va essayer.(rire)

Verbatim Médecin 13

ED : Ok, nous on travaille sur l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées...

M13 : Ouais.

ED : Est-ce que c'est un motif de consultation pour vous ?

M13 : Euh... Alors c'est pas un motif de consultation mais ça apparaît effectivement dans la consultation

ED : D'accord. Quel type de consultation ?

M13 : Ben... chez une personne âgée qui va avoir des problèmes urinaires par exemple. Dès qu'il y a une cystite chez la femme ménopausée, ça peut être l'occasion d'aborder le confort ou l'inconfort vaginal, notamment la sécheresse vaginale qui peut favoriser l'infection.

ED : Oui. Du coup, donc c'est qui, qui aborde le sujet en général ?

M13 : Qui est-ce qui aborde le sujet ? Eh ben, c'est-à-dire... plutôt moi si y a une cystite. Alors c'est vrai, ce qui peut-être biaisé, c'est que je suis un homme et que... pour les femmes c'est plus facile d'aborder le sujet entre femmes.

ED : Hum...

M13 : Je pense que mes collègues « gues » (*collègues féminines*) abordent peut-être plus facilement le sujet. Mais c'est pas un sujet tabou pour autant.

ED : D'accord

M13 : Je suis plus à l'aise avec les problèmes de prostate par exemple.

ED : Oui

M13 : On sélectionne peut-être un peu plus à ce niveau-là.

ED : Oui, lié à...

M13 : Dans ma pratique, je dirais que voilà, tout ce qui est relatif à la sphère urologique mâle, c'est peut-être plus... on en parle peut-être plus facilement...

ED : D'accord. Vous engagez principalement cette discussion sur les cystites ?

M13 : Oui.

ED : Est-ce qu'il y a d'autres situations dans lesquelles vous abordez le sujet ?

M13 : Non, la plainte prio... Non, à moins que la plainte vraiment de la dame en disant voilà je suis, je ressens une sécheresse vaginale, des choses comme ça. Après, on est d'accord que tout ce qui est vaginite chez la femme âgée, c'est quand même moins courant... enfin me semble-t-il... Hein... Donc, c'est à l'occasion de ce genre de pathologies qu'on aborde le sujet. Me semble-t-il.

ED : D'accord. L'examen gynéco, vous faites ?

M13 : Alors je fais, mais peut-être moins que mes collègues. Quand on fait les frottis mais j'en fais beaucoup moins que mes collègues.

ED : D'accord et dans ce genre de situation aussi ?

M13 : Oui aussi, quand il y a des frottis à renouveler etc. Effectivement c'est l'occasion de, à l'occasion du frottis, on demande si tout va bien, si... Y a aussi des femmes qui ont vraiment des vaginites, mais c'est vrai que souvent c'est les femmes plus jeunes. Chez les femmes ménopausées, ce n'est pas une plainte qui revient très souvent, me semble-t-il.

ED : D'accord. Ok. Vous arrivez à reconnaître les signes de sécheresse ?

M13 : On voit plutôt les signes d'atrophie, je dirais plus qu'une sécheresse. Une sécheresse, c'est plus un ressenti que quelque chose qui apparaît comme ça à l'œil nu.

ED : L'atrophie, vous, vous connaissez les signes ?

M13 : Bah, les signes d'atrophie, on va bien si la muqueuse est... Voilà si y a une bonne tonicité de... 'fin génitale. Vous voyez ce que je veux dire...

ED : Oui.

M13 : On voit bien en termes de couleur, l'aspect des lèvres. On voit bien quand même. Chez une femme vraiment âgée, on voit bien les signes d'atrophie. Les petites lèvres sont plus petites, l'orifice vulvaire aussi etc...

ED : D'accord. Et est-ce que c'est quelque chose qui pourrait vous gêner si une patiente vient discuter de ça ?

M13 : Me gêner, bah... forcément c'est un sujet... mais non, ça me gêne pas... ça me gêne pas spécialement, me semble-t-il non...

ED : La présence du mari... (médecin coupe la parole)

M13 : Ah bah, c'est sûr que oui... ! (Rires)

Mais oui, si elle vient... 'fin c'est toujours le problème quand on vient pour des sujets un peu plus intimes, je dirais c'est sûr que si y a un tiers. Sauf si vraiment elle accepte de la voir...

ED : D'accord

M13 : En tout cas, pour ma part, comme je suis un homme, c'est vrai que je fais très peu d'examen gynéco chez les femmes turques ou musulmanes.

ED : Ouais, c'était une autre question. La religion, ça peut vous...

M13 : Oui, oui.

ED : Plus du fait de la présence du mari ou du... de... du fait que vous êtes un homme (me coupe la parole)

M13 : Bah je pense, oui, je pense que pour une femme, le fait d'être un homme, c'est plutôt... euh... ça dessert plutôt.

ED : Ok. Nous, dans la littérature, on a vu que, 'fin que y a énormément de femmes qui aimeraient en fait que ce soit le médecin qui aborde le sujet.

M13 : Ah oui, d'accord.

ED : Qu'est-ce que vous en pensez ?

M13 : Bah... Pourquoi pas. Je dirais, vous savez, quand vous abordez plein, plein de sujets, quand vous êtes médecin généraliste, que du fait de euh... de la démographie actuelle, on peut pas être toujours au top de ce qu'on devrait être. Je pense qu'on est quand même au top, on peut pas... euh... on est obligé d'agir... moi, je dirais effectivement, je ferai peut-être plus tout ce qui est prévention cardio-vasculaire, diabète etc... On a aussi ces... Bon tout ce qui est gynéco... Par exemple, pour la prévention de l'ostéoporose, moi je suis assez peu traitement biphosphonates par exemple... parce que je trouve que c'est un peu compliqué... c'est un plus qui se rajoute à toute une liste de choses à prévenir si vous voulez...

ED : Du coup, c'est plutôt la charge mentale ou de travail on va dire...

M13 : Oui, on va dire ça. Effectivement, je pense que... Alors je dirais que c'est un sujet, moi je vais pas l'aborder directement parce que c'est peut-être une connotation sexuelle, mais pas que ça. Je me demande si on en parle... Par contre, moi y a aucun problème.

ED : Vous allez rebondir dessus ?

M13 : Oui très facilement.

ED : Poser la question...

M13 : oui, oui, aucun souci.

ED : D'accord, et le fait que les femmes osent pas en parler, qu'elles attendent que le médecin fasse le premier pas... ?

M13 : Eh bien, il faut qu'elles osent en parler.

ED : Ouais... (Rires). Après, on sait qu'il y a un sous-diagnostic associé à un manque de proposition de traitement. Pareil, c'est toutes les études européennes et américaines...

M13 : Sur la sécheresse ?

ED : Ouais. On sait que c'est vraiment sous-diagnostiqué... Je pense que ça rejoint un peu votre réponse précédente dans le sens beaucoup de choses à penser.

M13 : Je dirais aussi que y a aussi... je pense aussi que c'est aussi un peu un problème de santé publique. C'est-à-dire que si on faisait des campagnes par exemple, ça serait peut-être plus facile pour nous à relayer. Mais c'est vrai que je dis, on... voilà on peut pas... Euh c'est, c'est pas tabou, mais ça fait pas partie d'une politique aussi globale. Voilà, alors je sais que par exemple le frottis, ils relancent régulièrement les campagnes donc les femmes... euh...

ED : Elles viennent...

M13 : J'ai même vu, qu'il fallait pas en faire trop des frottis maintenant il faut bien respecter, il faut pas...

ED : Tous les 3 ans, je crois...

M13 : Oui, c'est tous les 3 ans. Je me disais y'a pas longtemps que, quand on en fait trop, car quand on fait trop, on s'expose au risque de diagnostic un peu erroné. Alors que des fois, sur 3 ans des choses qui étaient un peu enflammées pouvait éventuellement s'arranger... Si j'ai bien compris.

ED : Hum, hum

M13 : Voilà, moi je dirais peut-être que pour que ce soit... voilà quand vous êtes médecin généraliste, vous êtes relais aussi d'une politique de santé et je dirais et que bah, on a bien compris qu'il fallait prévenir le diabète, les frottis pour le cancer du col... des choses comme ça je dirai éviter la sécheresse vaginale, on nous a pas dit qu'il fallait le faire... vous voyez ce que je veux dire.

ED : Hum, hum d'accord. Et le manque de traitement, est-ce que vous le ressentez ?

M13 : Bah actuellement, dans le traitement vous le savez, y a plus de colpotrophine, y'a plus de Trophigyl, y a plus rien du tout. Alors, même si on a quelque chose à proposer... en premier recours, en médecine générale, on est un peu coincé.

ED : Actuellement

M13 : Actuellement, mais euh... ça fait partie vraiment des traitements qu'on propose quand même, quand je réfléchis aux femmes mais quand y a un peu un inconfort urinaire ou quand y a eu un

élément un peu comme ça, y a des femmes qui ont ce traitement et qui le gèrent. Vous voyez ce que je veux dire...

ED : Hum, d'accord. Je sais plus euh... ce que je voulais dire...

M13 : On parlait des campagnes et de pourquoi on l'abordait pas... parce que c'est pas un sujet essentiel dans la politique de santé actuelle.

ED : Vous, quand elle dit qu'elle est gênée, qu'il y a une sécheresse, vous essayez de traiter systématiquement ?

M13 : Oui. On essaie d'apporter une réponse. Si il y a une plainte on essaie d'apporter... on a pas toujours la réponse mais en tout cas on essaie de tenir compte de la plainte bien sûr.

ED : D'accord. Ok. Euh... la prévalence en fait dans l'inconfort vaginal toutes catégories confondues dans les études est de quasiment 45% ?

M13 : Ah ouais... bah alors, justement c'est très difficile pour moi en tant qu'homme et je pense que si vous parlez entre femmes de ça, je pense que ce sera plus facile aussi de vous parler de l'inconfort vaginal qu'on ne peut pas ressentir. Mais je sais pas trop ce que c'est d'être confortable gynécologiquement... Vous voyez ce que je veux dire...

ED : Oui, bien sûr.

M13 : Vous voyez ce que je veux dire, c'est pas tabou, mais c'est vrai que c'est compliqué...

ED : Euh, est-ce que, avec par exemple l'âge, vous êtes peut-être plus sensibilisé à ce genre de choses ?

M13 : Oui. Peut-être moins gêné, je dirai, que quand vous êtes plus jeune. C'est pareil, quand vous êtes un jeune médecin, que vous avez une femme juste devant vous (rires), 'fin jeune ou moins jeune mais je veux dire. C'est euh (*baisse la voix*) le contact... C'est vrai qu'avec la maturité, pour ça, on est vraiment beaucoup plus à l'aise, d'être soi-même avec son corps et de parler de tout ça avec les patientes.

ED : Le fait de connaître la personne ? Je sais pas si vous avez une amie qui vient au cabinet, est-ce que ça, ça peut gêner, ça peut bloquer ?

M13 : Non

ED : Non ?

M13 : Alors, si c'est une amie... Non, non, ça gêne pas. 'Fin tout dépend dans quel rapport on est, vous voyez ce que je veux dire. Mais non, je pense pas.

ED : Ça veut dire, quelqu'un que vous connaissez dans votre vie personnelle... (me coupe la parole)

M13 : Non

ED : Non, ok.

M13 : Non, non, je dirai ça me gêne pas, 'fin si c'est une plainte et que je peux faire quelque chose.

ED : Mais de discuter de ce sujet-là avec une personne que vous connaissez... Voilà, ça reste dans la sphère... (me coupe la parole)

M13 : Si on reste dans le cadre médical, on est bien d'accord. Parce qu'elle vient pour une plainte particulière, elle est gênée euh... je veux dire, elle peut être meilleure copine, faut que je trouve une solution pour elle.

ED : Puis elle vous fait confiance en vous...

M13 : Oui aussi voilà, on est quand même médecin, on a une étiquette. Globalement, on est pas le premier mec dans la rue pour ça. Donc on a une espèce de contrat à remplir... 'fin vous voyez ce que je veux dire... on est pas obligé de trouver une solution parfaite mais au moins de comprendre et apporter un semblant de réponse. Voilà, donc qu'on soit amis ou pas, je pense que ça a pas forcément de euh...

ED : De retentissement ?

M13 : Voilà, oui.

ED : D'accord. Est-ce que... selon vous, vous auriez une idée pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?

M13 : Ça partirait, 'fin honnêtement, effectivement, on va peut-être dire « Savez-vous que y a 45% de femmes qui sont inconfortables parce que, parce que, parce que », peut-être avoir aussi une sensibilisation au problème et se dire que ça peut effectivement être un problème de santé publique ou de...de... oui d'amélioration de la santé globale. Oui, je pense pour moi, ça serait essentiel parce que... Pour ça, par exemple le frottis tous les 3 ans, on essaie de suivre à peu près ça, quoi... On a... même si c'est... on est au courant qu'il faut... on sait à peu près ce qu'il faut faire... parce qu'on sait derrière que le cancer du col etc... Alors peut-être qu'il faudrait nous informer sur l'intérêt peut-être de prévenir cet inconfort.

ED : De sensibiliser les médecins ?

M13 : Oui aussi

ED : Quel type de... 'fin quand vous dites sensibiliser, c'est quoi, campagnes d'information... ?

M13 : Oui, simplement ou vous avez quand on a... par exemple y a le quotidien du médecin qui apparaît, ben justement, j'ai lu un peu cette histoire de pas faire trop souvent de frottis etc... bon bah voilà, les gros titres comme ça, parce qu'on lit pas forcément toute une bibliographie. Et ça peut-être assez intéressant...

ED : Dans des revues

M13 : Oui voilà, enfin grand public médical si vous voulez, pour pouvoir dire bah voilà, c'est quand même un sujet bah, qui concerne beaucoup de femmes et qu'est-ce qu'on pourrait faire, 'fin votre thèse va peut-être essayer d'y voir plus clair... Mais qu'est-ce qu'on fait pour pouvoir répondre à ça ?

ED : Ça va être une bonne ouverture, ça c'est clair. Est-ce qu'informer les femmes par exemple, faire une campagne d'information... ?

M13 : Ça c'est sûr, faut que ça vienne... Pour que les femmes en parlent, faut que ce soit un sujet qui soit pas non plus tabou. Vous voyez ce que je veux dire... enfin tabou... faut qu'elles se rendent compte que peut-être, 'fin je parle pour les mecs... 'fin les problèmes d'érections à partir du moment où on a eu le viagra et que, on savait qu'on pouvait en parler eh ben... ça ouvre quand même le débat. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc pour les femmes, peut-être se dire bah, finalement 45% des femmes ressentent un inconfort, enfin faut déjà peut-être définir ce que c'est l'inconfort vaginal... Mais « vous pouvez en parler », y a peut-être des solutions que votre médecin peut vous apporter.

ED : Ouais, faire des spots TV comme ils ont fait...

M13 : Oui, spots ou...

ED : Des affiches

M13 : Oui, oui, tout à fait. 'fin je sais pas dans les journaux féminins, que je lis pas forcément, y a des campagnes là-dessus.

ED : Oui, effectivement, on pourrait.

M13 : Je sais qu'après la ménopause, le problème sécheresse vaginale... des choses comme ça... certaines... ou notamment pour les problèmes urinaires, ils disent bien qu'il faut en parler. Alors je vois les campagnes de TV pour les problèmes urinaires chez les femmes âgées souvent ils en parlent...

ED : Oui.

M13 : Les couches, les machins, les trucmuches... bah voilà faudrait peut-être dire bah l'inconfort... Ouais, un truc TV, ça pourrait être pas mal. Si c'est vraiment un sujet de santé publique.

ED : Bah 45%...

M13 : Bah oui, ça pourrait être intéressant. Oui, moi je savais pas que enfin, que tant de femmes subissait l'inconfort.

ED : Oui, c'est beaucoup. Puis c'est prouvé que ça a un retentissement sur la qualité de vie...

M13 : Sur la sexualité, tout ça, j'imagine... Je vous dis pour moi, c'est un petit peu difficile de réaliser ce que c'est d'être confortable gynécologiquement. Mais je crois que c'est quand même important parce que autant, en tant qu'homme on parle avec les messieurs de leur prostate et voilà ce qu'il va avec... euh... pour moi, c'est plus difficile effectivement d'avoir le ressenti de...euh... ce qu'elles ressentent les femmes à ce niveau-là, mais pareil, je pense que si on mène une campagne on comprendrait mieux ce qu'il se passe et on pourrait peut-être y remédier si tant est que qu'il y ait des remèdes...

ED : Ah oui, c'est effectivement un problème...effectivement... et donc la question un peu, on va dire un peu polémique... En fait, selon vous, pourquoi est-ce qu'on a peu d'informations sur le sujet dans notre société en 2017 ?

M13 : Bah, parce que malgré tout... euh... je dirais, tout ce qui touche à la sphère sexuelle, c'est quand même un peu tabou et de l'ordre de l'intime. Je dirais, on est pas obligé de... enfin c'est-à-dire quand on a un problème à ce niveau-là... euh c'est un peu comme les hémorroïdes, vous allez pas dire à votre voisine ou à votre voisin « Qu'est-ce que j'ai comme problèmes d'hémorroïdes ! » (rires). Vous voyez ce que je veux dire... ? Donc, c'est un peu le même truc... Alors je pense que, quand on sait que les hémorroïdes y a 95% qui en ont souffert dans leur vie, c'est déjà plus facile d'en parler et je pense que effectivement, pour les femmes si ça fait partie...si elles comprennent que ça peut-être un motif de consultation ou de plaintes, ça sera aussi plus facile d'en parler. Franchement, la sexualité c'est quelque chose de personnel, intime dont on n'a pas forcément envie de parler. Et puis, quand on a un problème, on se demande toujours si on est bien normal ou pas... je veux dire aussi, si on se rend compte que c'est un sujet assez courant, genre les hémorroïdes par exemple, bah ça peut-être plus facile de pouvoir aborder le sujet...

ED : Ouais, c'est une question aussi de normalité, en fait on a pas de référence...

M13 : Oui, on n'a pas de référence. En sachant que, si on considère que c'est un problème... qui peut être effectivement un problème cet inconfort. Il faudra peut-être définir ce que c'est l'inconfort vaginal.

ED : Bah, prurit, sécheresse...

M13 : Oui, c'est ça

ED : Dyspareunie...

M13 : Oui, c'est ça.

ED : Mais en fait, enfin pourquoi chez les hommes on va en parler, pourquoi chez les femmes, on en parle pas ?

M13 : Alors là...

ED : A votre avis, hein ?

M13 : Je pense que la sexualité féminine, ça reste toujours un peu euh... c'est pas que ce soit tabou euh... mais ça reste un peu compliqué... Alors je pense pour les femmes européennes... Alors y a toute la notion de féminisme, on est dans une génération, les femmes se sont quand même pas mal battues pour ça. On voit bien que y a quand même un peu un retour en arrière en utilisant la religion ou... certaines religions et je pense que, au contraire, faut arriver à ce que même les femmes musulmanes puissent aborder les sujets de la sexualité quoi. C'est euh... y a un travail à faire... Alors c'est peut-être le travail d'une société, d'une société multiculturelle ou multi-religieuse. Dire bah voilà, vous êtes musulmane mais c'est pas parce qu'on est une musulmane qu'on a pas le droit de parler de ces choses-là. Je pense que c'est intéressant, peut-être que les campagnes aussi, je dirai « laïques » puissent informer les femmes sur une chaîne par exemple de TV. Une femme qu'elle soit musulmane ou chrétienne, elle peut lire le truc ou l'écouter et se dire, tiens, y a peut-être un problème et en parler.

ED : D'accord. Ok

M13 : Mais c'est vrai que la sexualité féminine, je pense, est toujours un peu plus euh... voilà... je pense plus, plus...

ED : C'est lié à une représentation de la sexualité féminine ?

M13 : Ah je pense, oui je pense...

ED : On a eu 2-3 réponses du genre « bah pour nous, 'fin pour la société, la sexualité féminine s'arrête après la procréation »...

M13 : Oui, y a beaucoup ça. Oui, oui, c'est ça. Je pense, c'est quand même tout le travail des féministes, de, de ... qu'est-ce que c'est la sexualité féminine ? On en parle beaucoup, elle existe et je trouve ça bien que ça soit reconnu mais peut-être plus sur une représentation de nos sociétés un peu occidentales, vous voyez ce que je veux dire ? Une femme qui peut vivre sa vie librement...

ED : Hum, sans forcément être mariée, faire des enfants...

M13 : Oui, c'est ça exactement. Mais c'est vrai que pour une femme, y a toujours ce... ce rapport avec la maternité aussi qui... 'fin qui complique les choses. 'fin, vous voyez ce que je veux dire ?

ED : Même pour les femmes ?

M13 : Même pour les femmes, je pense. Je peux pas vous dire mais euh...

ED : Moi non plus.

M13 : Là, on a pas assez le temps de développer mais on voit bien que l'articulation tourne autour de... c'est peut-être pour ça aussi, alors pour rebondir là-dessus, que quand on est plus âgé, que quand on a plus d'enfants à la maison, on a plus d'enfants à élever, enfin à nos âges et qu'on a des compagnes, des femmes, le sujet est beaucoup moins compliqué parce que y a plus cet, parce qu'on a plus le problème... si vous avez une femme ménopausée, le problème de l'enfant se pose moins. Alors y a peut-être d'autres problèmes, c'est peut-être là que l'inconfort vaginal peut intervenir, mais que y a des solutions. Mais euh, le problème se pose moins...

ED : Hum.

M13 : Si c'est vraiment l'inconfort de la femme ménopausée, bon bah voilà, si c'est un inconfort en général, c'est sûr que chez les jeunes femmes, c'est un petit peu plus compliqué...

ED : Oui. Bon là, c'est vraiment la femme ménopausée dans notre...

M13 : La femme ménopausée, je pense qu'elles sont aussi beaucoup plus à l'aise avec leur corps me semble-t-il...

ED : D'accord.

M13 : Parce que la ménopause, maintenant qui ne connaît pas... voilà elles vous parlent bien de toutes leurs bouffées de chaleur, de leur inconfort.... Voilà...et c'est là justement qu'il faudrait des solutions (je comprends mal)

ED : C'est ça qui est dingue, une femme va parler de ses bouffées de chaleurs facilement mais va pas venir en disant...

M13 : Non, « j'ai un inconfort, une sécheresse, j'ai mal, ça se passe mal »... oui, oui bien sûr.

ED : C'est ça qui est dingue, elles sont libérées, elles parlent de leur corps.

M13 : Oui, je suis d'accord.

ED : Mais encore une fois, je pense qu'il y a eu des campagnes sur les bouffées de chaleur et que y a rien eu sur le reste...

M13 : Y a rien eu sur l'inconfort. Je pense vraiment que ça passera par là si on veut qu'elles en parlent de façon plus spontanée. Et que nous, nous disions euh... bah oui, elles ont vu ce truc à la télé, faut aussi qu'on adapte nos réponses.

ED : Clairement. Donc être formé aussi ?

M13 : Bah oui. Parce que honnêtement, à part quelques ovules, on n'a pas de marque... On a un lubrifiant, moi je vois, on m'a dit prenez un truc sans eau mais je suis incapable de dire une marque ou un truc qui marche bien. On va dire « ce produit est super » parce que j'ai entendu quelqu'un en dire du bien.

ED : Puis les gens font pas forcément de retour sur les trucs qu'ils essayent...

M13 : Bah non, puis après... parce que ça reste un truc qui est pas remboursé et puis ça reste toujours un peu dans la sphère de l'intime et que c'est pas un sujet de santé publique, enfin à priori.

ED : Alors moi, j'ai abordé toutes mes questions. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur le sujet ?

M13 : Non, je pense... enfin sur un interrogatoire court comme ça, j'ai pas grand-chose à ajouter. Je trouve que votre sujet de thèse semble intéressant. Donnez-nous aussi des solutions pour...

ED : C'est vous qui nous les proposez les solutions...

M13 : Non, non, je veux dire, savoir qu'est-ce qu'on doit faire, quand elles se plaignent de ça. Est-ce qu'il faut lancer un prélèvement vaginal... ? Enfin, je dis n'importe quoi, ou est-ce qu'on traite en voyant les choses très symptomatiques. Ça peut-être intéressant dans votre thèse, je sais pas si y a... ?

ED : Bah finalement, y a pas grand-chose comme traitement même dans la littérature. Il y a plein de choses qui sortent, le laser... 'fin y a des choses qui sortent mais qui ne sont pas sur le marché. L'acide hyaluronique qui sort de plus en plus aussi.

M13 : Oui bah voilà, je parlais des gels à base d'eau, ces trucs comme ça. Alors moi, je vois par exemple le lichen, elles mettent, 'fin au début on commence toujours par une crème un peu œstrogénique, puis souvent le lichen, ça donne un bon confort de mettre en place la corticothérapie en crème...ça c'est plus dans la pathologie qu'on peut traiter en MG. Et là, on est dans l'inconfort plus...

ED : oui, pathologique.

M13 : Oui, pas physiologique.

ED : Ok, d'accord super. Je vais arrêter l'enregistrement. Merci.

Verbatim Médecin 14

ED : Donc, comme je vous ai dit, ça parle de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. Est-ce que pour vous c'est un motif de consultation ?

M14 : Oui, je pense que ça peut l'être et on en voit.

ED : Vous, vous en voyez qui viennent au cabinet ?

M14 : Hum...

ED : D'accord. C'est qui, qui a abordé le sujet en premier ?

M14 : Je pense que ça peut être tant par moi, parce que je fais quand même pas mal de gynéco et que c'est quelque chose qui est important. Et puis ça peut-être directement les femmes qui viennent consulter, parce qu'elles se sont aperçues de leur inconfort.

ED : D'accord. C'est une plainte qui vient en premier ou bien c'est caché un peu derrière autre chose ?

M14 : Est-ce que ça vient en premier... ? Parfois, ça peut l'être... Ce n'est peut-être pas très fréquent, y a beaucoup d'autres choses dans la consultation, les motifs de consultation, et ça en fait partie.

ED : Hum...ok

M14 : Peut-être pas forcément, mais c'est vrai que j'aborde... comme on fait du dépistage, on parle... bah voilà... de la fréquence des frottis, de la mammographie, eh ben ce côté-là, si on s'en occupe, vient aussi.

ED : Donc vous engagez la discussion, surtout dans tout ce qui est dépistage, frottis systématique...

M14 : En dehors du motif qu'on aurait pu me donner au début.

ED : D'accord, ok. Donc les situations dans lesquelles vous parlez, quand y a une plainte, au moment du dépistage.

M14 : Oui

ED : Est-ce qu'il y a d'autres situations ?

M14 : Euh... Plaintes... Plaintes, oui quelles qu'elles soient, que ça soit directement par ça ou pour une autre cause gynéco. Euh, des leucorrhées, autres... Et après, on peut remarquer, à l'examen du spéculum et autres, des choses qui peuvent un peu déboucher sur ces questionnements, sur les questionnements de l'inconfort vaginal, de la gêne.

ED : D'accord.

M14 : Et puis autrement, eh bien, voilà c'est vrai qu'en dehors de ça, on va pas systématiquement aller poser ces questions, pas forcément...

ED : D'accord. C'est vraiment dans un contexte...

M14 : Plainte et tout ce qui tourne autour de ça et puis le contexte dépistage de la femme, de voilà.

ED : Hum. Gynécologique ?

M14 : Gynécologique.

ED : D'accord. Est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait vous gêner, si quelqu'un vient pour discuter de ça ?

M14 : Ça ne me gêne pas du tout.

ED : D'accord. S'il y a le mari, des fois si elles viennent... ou un membre de la famille

M14 : En tous les cas, je consulte... toutes ces personnes bon... vraiment des personnes âgées qui pourraient être accompagnées pour... ?

ED : Hum.

M14 : J'ai pas vraiment en tête de cas... Malgré mon grand âge de consultation, j'ai pas vraiment en tête qu'il y ait 2 personnes, avec une demande comme ça. Mais moi, ça me gêne pas du tout. J'ai beaucoup d'entretiens psychothérapeutiques, de psychologie donc c'est quelque chose qui peut faire partie d'un bien-être, d'un mal-être... Après, ça me gêne pas d'en parler.

ED : Hum. Est-ce que si c'est quelqu'un que vous connaissez dans la vie quotidienne, une amie, une voisine, enfin j'extrapole mais quelqu'un que vous connaissez plutôt bien, est-ce que ça, ça pourrait gêner ?

M14 : Non. Quand je suis médecin, je suis médecin et je consulte, je suis dans le professionnel. Si je dois consulter une amie ou autre, c'est que c'est un choix professionnel et après non.

ED : C'est un positionnement...

M14 : C'est un positionnement. C'est-à-dire je parle de façon... toujours bienveillante à mes patientes si y a des plaintes concernant ça. On va en parler, enfin on va en parler...

ED : Même si c'est une amie ou quelqu'un de proche.

M14 : Oui... j'ai des situations en tête, donc je peux vous répondre...

ED : D'accord, ok. Est-ce que le manque de temps pourrait être quelque chose qui pourrait vous gêner à l'aborder ? Par exemple au milieu de 5 motifs différents ?

M14 : Ah bah évidemment, mais comme dans n'importe quel autre symptôme. Si c'est vraiment une situation, une plainte rajoutée, je pense que c'est mieux d'en parler à la prochaine consultation.

ED : D'accord. Mais est-ce que la consultation en elle-même, c'est une consultation plutôt longue quand on aborde ce sujet ?

M14 : Non, non. Moi je fais des consultations d'une demi-heure donc c'est quand même largement... Plus que la moyenne des cas je pense donc vous savez... Et puis, après s'il y a trop de motifs de consultations et que c'est pas le prioritaire, je refais prendre... Parce que voilà, ça nécessite d'être regardé, parce que moi j'examine les gens et euh...

ED : C'est une consultation qui va être plus dédiée ?

M14 : Bah oui, bah oui... Après, c'est tout un côté hormonal mais c'est tout le temps en rapport avec ça. Je pense...

ED : D'accord ok. La religion, est-ce que la religion de la personne en face de vous, ça peut bloquer ?

M14 : Ah euh évidemment... enfin c'est surtout par rapport à la personne. Si on pose une question générale sur le côté gynécologique et que la personne veut pas aborder ou ne veulent pas être... euh pfff... on accepte...

ED : Hum, hum.

M14 : Par contre, moi je suis une femme donc je vois beaucoup de personnes d'autres cultures, on fait énormément d'exams gynécologiques hein !

ED : Par exemple les femmes musulmanes... Je dis musulmanes parce que c'est ce qui est pas mal ressorti...

M14 : On fait. On fait des examens gynécologiques, moi en tant que femme... Je sais pas les hommes mais nous en tant que femmes, souvent elles viennent pour ça...

ED : Et y a pas de problèmes ?

M14 : Non. Après, est-ce que la compréhension de ce qu'on donne est tout à fait différente... ?

Qu'est-ce qu'on en fait ?

ED : Vous voulez dire communication...

M14 : C'est-à-dire communication d'une attente, d'un traitement éventuel, d'un suivi... ça c'est euh...

ED : Une relation qui va être difficile ?

M14 : C'est pas difficile, c'est... Oui, est-ce que ça va être compris ou pas ? Les attentes sont... vraiment avec les femmes musulmanes, par rapport à la plainte de l'inconfort vaginal comme vous me le dites... C'est sûr que c'est pas forcément la plainte qu'on va avoir... On va plus poser la question derrière un examen et autres mais je suis pas sûre qu'on va nous révéler que c'est une plainte. Parce que dans leur culture, elles ont l'habitude de se taire quand même... Me semble-t-il... voilà. C'est ce que je ressens.

ED : D'accord, c'est ce que vous ressentez. Le fait qu'elles parlent pas très bien français, ça peut aussi être compliqué ?

M14 : Ah bah... Vous parlez d'une plainte qui est l'inconfort, voilà si elles arrivent pas l'exprimer, elles le disent pas, on va pas aller le chercher systématiquement... Moi je laisse... quelque chose qu'on va pas aborder.

ED : Sauf si vous constatez une sécheresse.

M14 : C'est ce que je vous dis, si à l'examen... parce que là, elles acceptent les examens gynécologiques pour le frottis, pour des pertes blanches ou des leucorrhées qui les dérangent, elles acceptent. Donc si j'en parle, elles vont être ouvertes. Moi, j'ai quand même des femmes qui sont là depuis longtemps, qui ça leur pose pas de problèmes... Je suis très très ouverte à ça, c'est sans problème. Après, qu'est-ce qu'on en fait, est-ce qu'on peut y faire quelque chose... mais elles sont ouvertes.

ED : D'accord. On a vu selon la littérature, alors y a beaucoup d'études aux Etats-Unis et en Europe, globalement en France spécifiquement y en a pas, qu'en fait les femmes, elles aimeraient que ça soit le médecin qui aborde le sujet. Qu'est-ce que ça vous évoque ?

M14 : Pourquoi pas... Après le médecin actuel et notamment le médecin généraliste, entre les milliers de téléphones qu'on reçoit et puis tous les motifs de consultation et puis tout l'administratif que personne veut faire, ça fait beaucoup... Donc c'est vrai que, à l'occasion, qu'après la ménopause des dépistages, c'est une bonne, ça peut... mais je pense que je l'aborde assez souvent ... poser cette question et ça les aiderait... je suis peut-être d'accord... parce qu'elles-mêmes, elles le font pas forcément.

ED : Est-ce que vous pensez que le fait d'être une femme, ça facilite pour aborder cette problématique ?

M14 : Je le pense. Puisque souvent... il y a eu un remplaçant homme, ils vont attendre pour faire leur examen même si y a quelque chose d'un petit peu aigu. Je pense que ça facilite.

ED : D'accord, ok.

M14 : C'est pas systématique mais ça facilite.

ED : Est-ce que le fait d'avoir plus d'expérience, d'être un peu plus avancé en âge en tant que médecin, est-ce que vous êtes plus sensibilisée, plus au fait... vu que ça vous concerne plus, plus sensibilisée à ce problème-là ou pas ?

M14 : Probablement, probablement...

ED : Quand vous étiez plus jeune, c'était peut-être pas quelque chose qui vous...

M14 : On a toujours fait de la gynécologie, mais à ce problème que vous me dites, pas forcément. Donc probablement, c'est sûr... Bah, je le pense, c'est possible.

ED : Et puis la patientèle vieillit « en même temps que le médecin » donc je pense que...

M14 : Ça va dans ce sens-là probablement. C'est vrai que des médecins plus jeunes, qui ont beaucoup de patientèle jeune, vont pas avoir ce problème, puisque c'est spécifique, d'après vos dossiers, d'après la ménopause.

ED : On a vu aussi du coup qu'il y a un bon sous-diagnostic dans les études globalement et un manque de proposition de traitement, à votre avis pourquoi, qu'est-ce que vous en pensez ?

M14 : Un sous-diagnostic, c'est-à-dire qu'on fait pas de diagnostic et qu'on laisse faire les choses et donc de manque de traitements.

ED : Oui

M14 : Qu'est-ce qu'on nous propose à l'heure actuelle, hein ? Est-ce que ça a été réévalué, est-ce qu'on n'a pas plutôt tendance à supprimer des crèmes et des ci et des là... ? Et puis, on ouvre le grand parapluie parce que y a des risques partout... donc c'est un peu compliqué... Dès qu'on met une crème aux œstrogènes, on risque un cancer de... euh... on supprime des choses qu'on utilisait jusqu'à présent, pas remplacées et on sait pas forcément beaucoup de choses à proposer.

Néanmoins, je pense qu'il reste des choses et qu'il faut proposer. Alors le sous-diagnostic voilà... euh sans doute... C'est peut-être pour ça que ça fait qu'on pose pas forcément la question ou qu'on va pas aller chercher la plainte si on sait pas trop quoi proposer. C'est vrai que ça doit manquer de réévaluation, de réactualisation de ce genre de traitement. C'est bien que vous fassiez cette aide en ce sens-là, dans la mesure où ça peut redonner un petit peu de...

ED : Y a des choses qui se développent mais dans la littérature, c'est vrai qu'actuellement, y a pas grand-chose...

M14 : Pas grand-chose sur la pratique en tout cas.

ED : C'est sûr, c'est sûr. Le fait le sous-diagnostic, y a plein des médecins qui nous ont dit « on a plein d'autres choses à penser avant ça », je sais pas le cholestérol, le cardiovasculaire, la tension... enfin voilà... Est-ce que pour vous, ça pourrait être quelque chose qui pourrait un peu expliquer ce sous-diagnostic ?

M14 : En tous les cas peut-être si je me mets avec mes confrères que vous dites, mais je ne suis pas sûre que ça me corresponde.

ED : Non, mais pour vous, c'est pas votre ressenti, vous n'avez pas de problème à le demander parce que...

M14 : Pour moi ! Pour moi, pas du tout, pas du tout. Moi, je mets pas du tout le cholestérol avant ça ! Y a des tas de gens qui se plaignent de rien avec leur cholestérol et si on regardait leur hygiène de vie avant et le bien-être, eh bien tout serait beaucoup mieux. Et ça en fait partie.

ED : D'accord. On a vu que la prévalence... (*médecin interrompu par sa secrétaire*) on va dire dans toutes études confondues, on est entre 45 et 55% des femmes ménopausées, toutes tranches d'âge confondues, euh, ça vous évoque quelque chose ?

M14 : Alors, redites-moi.

ED : En fait, la prévalence chez les femmes ménopausées toutes tranches d'âge donc de 50 à 80 ans en gros, elle est de 45%. Est-ce que vous êtes étonnée ?

M14 : 45% d'avoir ce symptôme ?

ED : Oui

M14 : Ah c'est pas mal, mais je suis pas sûre que je dois en être étonnée, mais bon c'est pas mal.

ED : Vous, c'est un peu votre ressenti dans votre pratique ?

M14 : Je sais pas. 45%, on est presque à la moitié. J'aurais peut-être pas dit la moitié mais je pense que si on le cherche, si on le demande, si on s'en occupe, on en trouve beaucoup. Tout confondu entre le 50 et le 80 ans.

ED : Il faut le chercher.

M14 : Il faut le chercher. Il faut le demander, il faut s'en occuper, faut avoir conscience que ça peut déranger et retentir peut-être sur autre chose. En matière de couple...

ED : C'est quelque chose d'essentiel.

M14 : Eh oui (rires)

ED : C'est sûr...

M14 : On n'arrête pas sa vie à 50 ans ni à 60 et voir pas à 70, quoi...

ED : Est-ce que y a quelque chose qu'on pourrait faire selon vous pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?

M14 : Alors de façon quoi, individuelle ou... Alors généralement, je pense que c'est sensibiliser des médecins à l'écoute de ce problème et de le dire à l'occasion dans tous les cas de la consultation gynécologique... d'en faire partie, en tout cas systématiquement...

ED : Sensibiliser les médecins sous quelle forme ? Une FMC, je sais pas des journaux...

M14 : Ouais c'est sûr que, pfff... ouais, je pourrais pas dire les journaux, on est un peu revenu des médias et de tout ça...

ED : Oui, mais plutôt des journaux médicaux, comme la revue du prat'...

M14 : Oui, mais j'ai bien compris, mais bon pourquoi pas, j'y ai pas réfléchi. Mais c'est vrai que ça vaudrait peut-être le coup de... pourquoi pas par tout ce biais-là. On en a jamais assez... FMC est-ce que ça viendrait, des journaux comme vous dites pourquoi pas...

ED : ou autres...

M14 : Oui, oui.

M14 : Et du côté des femmes, est-ce que vous pensez, de peut-être mieux les informer sur le fait qu'elles ont un problème courant. Ou je sais pas, je pense aux campagnes d'information sur l'érection qu'il y avait eues pour les hommes, est-ce qu'on pourrait faire un petit peu la même chose chez les femmes, est-ce que ça « faciliterait le dialogue » ?

M14 : Pourquoi pas s'il faut en passer par là (rires)

ED : Enfin, je sais pas, c'est une question. J'en ai aucune idée.

M14 : C'est pas dans l'importance. C'est important, après je sais pas euh... La mise en place, le retentissement de ça... faut pouvoir proposer quelque chose... faut initier des médecins, je pense. Moi, je passerais déjà avant l'information médiatique ou... je dirais peut-être de resensibiliser les médecins... Ben oui, dans le cours de la consultation...

ED : Bien trouver les portes ouvertes ?

M14 : Oui. Le plus simple ne serait déjà pas mal !

ED : C'est sûr. Toujours selon vous, on sait qu'il y a quand même peu ou pas d'information dans notre société actuelle sur le problème. Donc on revient un peu sur les troubles de l'érection chez les hommes et puis chez les femmes, c'est un peu silence radio. A votre avis, pourquoi ce silence radio.

M14 : Selon moi ?

ED : Oui

M14 : À l'heure actuelle, on est tourné sur le faire, ça va, ça va vite et y a des carences de continuité, de lenteur de... de calme... ça va vite, ça va vite, ça va vite... donc c'est quelque chose qui est tourné vers nous-mêmes et on prend pas le temps, on s'interroge pas, on va vers nos peurs, les médias vont pas nous faire retourner... enfin bon pas c'est informatique vous venez de dire pour faire prendre conscience à chacun de ce qu'il en ait. Mais je pense que l'on est dans... Bah voilà, y a des très bonnes choses dans l'informatique, dans la communication vidéo et tout ce qu'on a euh à notre disposition. Ça recentre pas sur nous, même sur notre ressenti... On arrive à mettre des choses sur le côté quand on parle des couples et autres et bah, on va satisfaire autre chose que d'avoir des rapports, on va regarder des films, on va aller prendre le temps de ci, on va prendre ça... c'est catastrophique, moi je trouve que c'est catastrophique, on n'ait pas le temps de... (*médecin interrompu par le téléphone*).

ED : Donc selon vous, c'est plutôt... on était en train de parler de la société, enfin de la vie de couple en général. Est-ce que dans notre société, vous pensez qu'on a une représentation de la sexualité de la femme, à visée uniquement de procréation ?

M14 : Non.

ED : On a évolué.

M14 : Je pense. Franchement, je pense (rires)

ED : Ok, moi j'ai abordé tous les sujets qui m'intéressaient. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

M14 : Non, non c'est intéressant. Enfin dans tous les cas, pour moi, en tant que femme, d'avoir une thèse là-dessus parce que de ce côté-là, y a pas mal de choses qui pourraient rendre service, recentrer...

ED : Y a pas mal de médecins qui nous ont dit « ah bah, je vais quand même mieux y penser », ça sensibilise en tout cas...

M14 : Surtout quand on sait cette prévalence, que vous avez pu retenir, c'est intéressant.

ED : Enfin c'est la littérature hein... en moyenne dans la littérature. C'est énorme...

M14 : Oui, c'est énorme. Mais c'est vrai que si on va l'aborder, si on le cherche, on a quand même...

ED : Et puis les femmes, elles sont pas choquées quand on aborde ce sujet ?

M14 : Du tout, au contraire hein...Elles sont plutôt contentes qu'on pense à elles, enfin qu'on pense pour elles dans ce domaine.

ED : D'accord, ok.

M14 : Non, mais intéressant.

ED : Bah à voir... Merci beaucoup

Annexe 4 : Memoire

DELHAYE Elsa

DEVAUX Emmanuelle

Mémoire de DES de médecine générale

Protocole d'une thèse qualitative sur l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées.

Introduction.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé sexuelle est un droit essentiel de l'être humain. Elle est définie par un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert " une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque".(1)

Au moment de la ménopause, la diminution des taux d'œstrogènes provoque une atrophie des muqueuses vulvaire et vaginale, à l'origine d'une sécheresse, d'un prurit ou de dyspareunie qui sont les manifestations les plus fréquentes du syndrome génito-urinaire(2). Ces symptômes sont responsables d'un inconfort vaginal qui rendent les relations sexuelles plus difficiles et moins épanouissantes pour les femmes ménopausées et leur partenaire. A l'âge de la ménopause, plus d'une femme sur deux interrogées relate des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale.(3)

Plusieurs études montrent que l'inconfort vaginal impacte la qualité de vie, la satisfaction et la spontanéité sexuelle.(4)(5)(6) Il y aurait une diminution de cinquante pour cent de l'activité sexuelle en lien direct avec ces troubles.(7)

Malgré une prévalence forte et l'importance des symptômes, l'atrophie vulvo-vaginale est mal identifiée en consultation de médecine générale. Le sous-diagnostic serait dû à un manque de connaissance de la part des patientes et un manque de communication avec leur médecin. Dans l'étude AGATA, 40% des femmes interrogées trouvaient que leurs symptômes étaient insignifiants et résultaient d'un vieillissement physiologique de la femme. 78,7% des femmes récemment diagnostiquées lors de l'étude n'avaient jamais été questionnées par leur médecin sur ces symptômes.(8)(7) Ce sous diagnostic engendre une faible prise en charge, qui plus est dans un contexte de méfiance de la part des patientes vis-à-vis des traitements pour la plupart hormonaux.(3)

La majorité des femmes ménopausées (75%) aimeraient que ça soit leur médecin qui initie la conversation. Seulement 11% des femmes ont réussi à exprimer spontanément leurs symptômes lors d'une consultation. (9) Peu d'études expliquent cette difficulté de la part des médecins à interroger leurs patientes sur les effets secondaires de la ménopause. Une seule a essayé d'y répondre, cela serait "par manque de temps, par manque d'expérience, la peur de se mettre dans l'embarras

voire des croyances religieuses".(8) Néanmoins, peu de travaux ont été menés sur cette question et aucun en France, d'où l'intérêt de comprendre ce qui retient les médecins français à aborder ce sujet avec leurs patientes.

La recherche qualitative permet de saisir au mieux ces phénomènes des sciences humaines, de conceptualiser les problèmes posés.

Pour notre travail de thèse, la question de recherche est : "quelles sont les réticences des médecins à parler de l'inconfort vaginal des femmes ménopausées en consultation de médecine générale".

Dans cette optique, l'objectif de ce mémoire est d'analyser les principales méthodes de recherche afin de choisir celle qui permettra de répondre au mieux à la problématique de la thèse.

Méthode.

1) La bibliographie.

Différentes sources documentaires ont permis son élaboration.

Les mots clés étaient traduits en anglais pour les équations de recherche. Un état des lieux de la physiopathologie, des traitements existants et des travaux réalisés sur le sujet a été effectué.

La conférence du Professeur Mares (Gynécologue spécialisé dans l'atrophie vulvo-vaginale du CHU de Nîmes) à Annecy en Mai 2015, a souligné que les modifications apportées par la carence en œstrogènes liée à la ménopause entraînait une atrophie vulvo-vaginale (en anglais « vulvo-vaginal atrophy » (VVA)) .

Le début des recherches s'est fait principalement sur Pubmed en utilisant les mots clés « VVA + dyspareunia ».

Ces premières lectures ont permis de constater que ce sujet était largement décrit et qu'il relevait d'un problème de santé public, du fait de sa prévalence et de sa répercussion sur la qualité de vie des femmes mais aussi de leur partenaire. Les résultats obtenus ont montré que le mot vulvo-vaginal atrophy englobait la dyspareunie, la sécheresse vaginale, les infections urinaires à répétition, faisant rapidement arrêter la recherche avec ces 2 mots conjoints, pour se focaliser sur l'atrophie vulvo-vaginale seule. Ces lectures d'articles (que ce soit avec le mot clé VVA ou VVA+dyspareunie) ont permis d'attirer notre attention sur les réticences de la part des femmes et des médecins à aborder ce sujet en consultation. Dans certains

articles, les femmes ménopausées rapportaient attendre que leur médecin initie la discussion sur ce sujet, ce qui était rarement le cas(21)(8). De plus, une étude a mis en évidence plusieurs profils de femmes ménopausées qui réagissaient différemment à leurs symptômes. Certaines en parlaient sans gêne avec leur médecin, d'autres n'osaient pas en parler lors de consultation.(22) Dans plusieurs pays, la majorité des femmes déclaraient ne pas avoir eu d'information sur l'atrophie vulvo-vaginale(13). Les manifestations et conséquences de l'atrophie vulvo-vaginale ont été regroupées sous une nouvelle terminologie « Genito-urinary syndrome » (2) par the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society en 2014.

Afin de comprendre plus précisément la ménopause et ses répercussions physiques et mentales, de nouveaux articles ont été recherchés sur la ménopause en général (mot de recherche simple « ménopause »). Ceux-ci ont permis d'appréhender la physiopathologie des modifications corporelles liées à la ménopause, en confirmant que le genito-urinary syndrome ou l'atrophie vulvo-vaginale (selon la date de publication de l'article) englobaient des symptômes fréquents et gênants pour la vie sexuelle des femmes.(6)(23)(22)

Les chercheuses se sont donc demandées quels traitements pouvaient être utilisés afin de soulager efficacement ces manifestations physiques, sexuelles. Elles ont étudié successivement « VVA treatment » et « genito-urinary syndrome treatment ». Cette recherche a mis en évidence que les traitements de référence restaient hormonaux par l'administration locale d'œstrogènes (sous forme de crème ou tablettes intra-vaginales) ou par voie générale. (24)

Ces traitements sont globalement bien tolérés mais il existe de nombreuses restrictions, limitant chez certaines femmes, l'accès à un traitement efficace. Cependant, certains articles mettaient en évidence une défiance des femmes ménopausées pour ces traitements, en raison de leur action hormonale (3). D'autres solutions sont aussi proposées, comme l'acide hyaluronique, le soja, la pratique d'une activité physique régulière, le laser intra-vaginal...(25)

Les traitements hormonaux sont indiqués pour les symptômes moyens à sévères, avec une bonne efficacité. Cependant, il n'existe pas d'études sur les effets possibles au long terme.

Les autres traitements tels que les lubrifiants ont une efficacité modérée et n'améliore pas le confort vaginal sur une période prolongée.

De plus, l'utilisation des lubrifiants limite la spontanéité de l'acte sexuel chez les couples, diminuant ainsi leur qualité de vie (4).

Elles ont donc ensuite décidé de rechercher les articles traitants de l'atrophie vulvo-vaginale et de la qualité de vie en utilisant les équations suivantes « ménopause+ quality of life », « vulvo vaginal atrophy + quality of life ». Ces articles ont confirmé la répercussion de la ménopause sur la qualité de vie.

La thèse sur la sexualité des personnes âgées dans la base de données « Sudoc » n'apportait pas de nouvel élément.

Sur EM Consulte, la thèse quantitative sur les pathologies et les conséquences sur la qualité de vie a été consultée, elle n'abordait pas de manière concise les atteintes physiologiques vulvaires de la ménopause.

La recherche Cochrane n' a pas permis de trouver d'autres articles pertinents sur le sujet.

Grâce à cette bibliographie, la question de recherche a pu être précisée et le choix de notre méthode défini.

Dans un deuxième temps, les auteurs ont affiné la bibliographie, avec les mots clés spécifiques résultant de la question de recherche « vaginal discomfort+general practitioner ». Dans Google Scholar, un seul article approprié ressortait. Il mettait en évidence que l'atrophie vulvo-vaginale était ignorée par les femmes et oubliée par les médecins. Selon les articles cités, les réticences des médecins à aborder ce sujet en consultation semblent être expliquées notamment par le manque de temps, la pudeur, les croyances religieuses, le manque d'expérience... Cependant, ces articles traitent les problèmes de sexualité en général et non ceux liés à la ménopause.

Dans un troisième temps, des recherches sur la méthode qualitative ont été menées initialement par les bases de données Cochrane, Pubmed et Google scholar. Plusieurs articles ont permis de souligner les principales notions de cette méthode.

Ainsi, il en résulte que cette méthode permettait d'analyser un critère, de rechercher les variations possibles dans un contexte précis. Elle a souvent été critiquée par son manque de validité. La reproductibilité du protocole permet d'acquérir cette validité, ajouté à la triangulation des données par les chercheuses. L'analyse des données était nouvelle, les enquêtrices se sont penchées sur des ouvrages. Pour comprendre le procédé et éviter les biais inhérents à cette méthode.

2) Description de la méthode.

La méthode qualitative s'attache aux ressentis, à la singularité des actions, à la compréhension des interrogés, elle permet une analyse sans compter. Elle porte une attention particulière à la composition plutôt qu'aux proportions.

Le recueil des données en recherche qualitative consiste en un libre échange entre plusieurs protagonistes afin d'obtenir des réponses plus ouvertes, plus profondes, et plus personnelles.

Toutes ces particularités font que la recherche qualitative par son entretien semi-dirigé semblait la mieux adaptée pour répondre à notre question de recherche sur l'inconfort vaginal. Sujet très personnel à aborder, il était important que la méthode choisie réponde aux exigences de réponses libres, individuelles, sans tabou avec un temps d'écoute et un espace dédié au plus près des actions des médecins.

Les entretiens individuels ont été menés par trois enquêtrices dès la fin de leur internat de médecine générale. Le projet a débuté à trois internes femmes, deux en spécialité de médecine générale et une en spécialité de gynécologie. Le codage des deux premiers entretiens a été réalisé par triangulation, mais début 2017, la Co-thésarde de gynécologie a souhaité se retirer du projet. Cette étude était la première expérience en recherche médicale pour les trois enquêtrices. Elles ont été formées à la méthode qualitative par des cours enseignés à la faculté de médecine de Grenoble, des ouvrages, et des thèses.

Plusieurs participants étaient connus avant la réalisation des entretiens (rencontres lors de formations médicales continues, à travers les stages de médecine libérale SASPAS, ou des remplacements). Certains échanges avec des médecins ont eu lieu sur le sujet de recherche et les motivations sans dévoiler la grille d'entretien ou les

résultats attendus. Pour les autres participants, une fiche d'information sur notre projet de recherche était délivrée avant l'entretien.

Plusieurs études montraient un manque de communication dans la discussion de l'inconfort vaginal entre la femme ménopausée et son médecin traitant. Les enquêtrices se sont intéressées aux raisons de cette carence et sur la compréhension de leurs origines. Elles se sont positionnées du côté des médecins et des patientes, d'où l'importance d'utiliser une approche qualitative. Malheureusement, en raison du départ d'une des enquêtrices, le sujet a été réduit à une seule question de recherche sur les réticences des médecins.

Les principales hypothèses de départ étaient que l'inconfort vaginal était une plainte fréquente chez les patientes ménopausées, associée à un manque d'expression spontanée de leurs parts en consultation de médecine générale. Chaque protagoniste attendait que l'autre initie la conversation. Les médecins ne voulaient pas paraître trop intrusifs dans la vie sexuelle de leur patiente. Celles-ci estimaient que leurs symptômes n'étaient pas suffisamment conséquents pour être un sujet de consultation. Les sondeuses pensaient également qu'il y avait un manque de formation dans les facultés et en post internat, selon leurs expériences personnelles ainsi qu'une difficulté supplémentaire pour les médecins de sexe masculin.

Les biais en rapport à la méthode et aux enquêtrices ont été détaillés dans le chapitre force et biais de l'étude.

L'approche de la méthode est une approche phénoménologique qui se base sur une analyse de l'expérience à travers les yeux de chaque participant. Avec cette approche, la réalité sur la question est multiple. On ne cherche pas seulement une interprétation, mais aussi toutes les réponses éventuelles pour cibler les différents points d'actions afin d'améliorer la prise en charge de l'inconfort vaginal.

L'échantillonnage était basé sur la spontanéité des réponses suite à l'envoi d'un e-mail à la Société Médicale du Chablais, avec en pièce jointe une présentation de l'étude. Malgré cette démarche, les retours ont été insuffisants. Afin d'étoffer le recueil de données, l'échantillonnage a été complété en variation maximale (par échange individuel, en personne, par e-mail, par téléphone). Pour que l'échantillon soit le plus varié possible, les médecins ont été recrutés avec des caractéristiques

différentes (cf. paragraphes caractéristiques médecins). Néanmoins, plusieurs entretiens ont été géographiquement rapprochés.

La taille de l'échantillon a été définie par un échantillonnage théorique et pratique. L'échantillonnage théorique était d'une quinzaine d'entretiens, et en pratique s'est arrêté lors de la saturation des données. Les principaux critères d'inclusions sont : des médecins généralistes libéraux, pratiquant la gynécologie ou pas, hommes et femmes, remplaçants, jeunes installés, proche de la retraite, en zone urbaine ou rurale.

La collecte des données s'est réalisée soit au domicile soit au cabinet du médecin. L'interview était orientée par une grille d'entretien. Les questions, les amorces, les guidages étaient fournis par les auteurs. L'entretien était ouvert à un libre échange entre l'enquêteur et le participant. La grille d'entretien représentait un fil conducteur, l'enquêteur était libre de formuler d'autres questions ou de rebondir aux remarques de l'interviewé. Elle a été modifiée selon les premiers recueils de données et les observations faites lors des interviews.(cf. paragraphe grille d'entretiens)

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, après accord des participants. Seules les caractéristiques des médecins n'ont pas été enregistrées mais notées dans le cahier de terrain. Les entretiens ont été littéralement et intégralement retranscrits à partir des enregistrements audio, et ensuite anonymisés. La durée des entretiens étaient de 15 à 55 min, les notes de terrains ont été prises durant l'entretien individuel. De manière à privilégier la spontanéité des réponses, il n'y a pas eu de retour de retranscriptions auprès des médecins interrogés pour correction ou commentaires, tout en gardant à l'esprit la présence éventuelle d'erreur d'interprétation, et de compréhension dans l'analyse. Dans l'intention de limiter les biais, une triangulation des données a été réalisée pour chaque entretien.

La détermination des thèmes a été effectuée à partir des données et du codage. Les auteurs ont alterné la collecte et l'analyse du matériau afin d'identifier les éléments à approfondir et orienter en conséquence la suite de la collecte. Les unités de sens ont été extraites après plusieurs lectures indépendantes des verbatim par les enquêtrices. Les analyses individuelles ont permis de regrouper ces unités de sens en catégorie. L'analyse des données a été résumée par un arbre de codage. Un codage manuel par Microsoft Word/Excel a été préféré à un codage par logiciel spécifique.

Les citations des interviews ont été insérées entre guillemets, en italique, avec identification du numéro d'entretien et de la ligne.

3) Les grilles d'entretiens.

L'étape initiale de la bibliographie a permis de choisir et aborder les thèmes les plus importants.

La grille d'entretien permet d'éviter un oubli éventuel d'un thème à aborder.

Le guide se modifie et s'enrichit au fur et à mesure des entretiens : des questions peuvent apparaître lors de l'interaction entre l'enquêteur et l'enquêté. Des questions peuvent ne pas être posées si l'enquêté aborde le thème spontanément. Néanmoins, il faut le considérer définitif à un moment donné. Il est important de prévoir des consignes ou des questions de substitution pour éviter les malaises de certains entretiens, qui peuvent être à l'origine de mécanismes de défense. Cela pourrait diminuer la spontanéité et la variété des réponses.

Le but de la grille d'entretien était de rechercher des variables qualitatives pouvant expliquer les hypothèses formulées sur la bibliographie essentiellement quantitative.

Lors du séminaire intitulé "poser sa question de recherche", les chercheuses se sont rendu compte que la méthode adaptée à leur recherche était qualitative. Au départ, elles s'étaient orientées sur une démarche quantitative, la grille d'entretien était composée majoritairement de questions fermées.

Une première version de la grille a pu être expérimentée sur deux médecins tests. Cela a permis de montrer la difficulté de mener un entretien, la diversité des réponses, et les écarts de temps d'entretien avec une même grille.

Lors du "séminaire qualitatif 2" les chercheuses ont pu tester leur grille en conditions réelles avec d'autres étudiants, conduisant à une deuxième version de la grille d'entretien. Elles se sont rendu compte que les questions étaient toujours fermées, qu'elles portaient un jugement sur l'expérience du médecin. Elles n'étaient pas anonymisées et étaient entremêlées avec les questions sur les caractéristiques des médecins.(annexe 1)

De plus, lors de ce séminaire, les enquêtrices ont pu réaliser leur premier codage. Les "unités de sens" ne correspondaient pas aux recherches bibliographiques. En effet, la grille d'entretien ne répondait pas à la question de recherche. La première

version interrogeait les médecins sur les raisons du manque de communication de leurs patientes plutôt que sur leurs réserves à parler de l'inconfort vaginal.

Tout cela a permis de s'interroger sur la finalité de la question de recherche, qui était "quelles sont les réticences des médecins à parler de l'inconfort vaginal en consultation de médecine générale", et de changer entièrement la grille d'entretien. Avec des questions ouvertes, des relances, une dernière question pour laisser la parole libre à l'enquêté de type "avez-vous quelque chose à ajouter ?" les caractéristiques des médecins étaient décrites à la fin de l'entretien.(annexe 2)

Résultats attendus

Seule l'étude AGATA tente de répondre à la question de recherche. Les hypothèses formulées sont : le manque de temps, d'expérience, la peur de l'embarras, voire les croyances religieuses.

Ces suppositions citées en fin d'article, n'ont pas été testées par les auteurs, et ne reposent sur aucune étude scientifique.

Les théories de départ des enquêtrices s'orientaient vers les raisons suivantes : la pudeur, la religion, le tabou du sexe, le manque de formations théorique et pratique, une gêne plus importante pour les médecins de sexe masculin.

A ce jour, deux entretiens ont été réalisés.

Les caractéristiques des médecins sont :

Caractéristiques	M1	M2
Age	45ans	58ans
Sexe	Femme	Homme
Pratique gynécologique	oui	oui
Type d'exercice	Semi-rural	Rural
Lieu d'entretien	Domicile du médecin	Cabinet médical
Présence d'un tiers	Son mari	non
Durée d'entretien	45min	36min

Les résultats préliminaires de ces entretiens semblent montrer plusieurs causes aux barrières des médecins, dont la gêne:

(M1 L116-117) " *Puis du coup on a les mains occupées, on est pas forcément en tête à tête avec le regard devant la personne.*"(M1 L121) " *ouais on est pas face à face* ", la pudeur, le manque de formation:

(M2 L246-247) " *les troubles de l'érection chez le mec il y a eu tout un tas dede ... spots télé, qui ont abordé les troubles érectiles, les consultations sont facilitées, ils en parlent plus facilement*".

mais aussi le fait de connaître les patientes personnellement:

(M1 L96-97) " *il y a une barrière , plus parce que... on se connaît autrement*"(M2 L76) " *Le fait de connaître la patiente dans la vie de tous les jours, ici on est dans un village*"

(Annexe 3 et 4: codages)(Annexe 5 et 6: entretiens)

Discussion

1)Le choix de la méthode.

La formulation de la question de recherche, l'envie de comprendre, d'explorer les variables humaines d'un phénomène de sociologie ont été décisives. De plus, le sujet de recherche ayant été très peu voire pas du tout exploré, la méthode qualitative s'imposait. Aucun projet de recherche sur les réticences des médecins à discuter de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées n'a été mené en

France. Avant de rechercher la fréquence d'une donnée, il est nécessaire de déterminer les variables grâce à un échantillonnage en variation maximale.

Le choix de la méthode qualitative avec son entretien semi-dirigé a été préféré au focus group, à la recherche participative ou à l'entretien non structuré.

Le recueil de données par focus group est une technique d'entretien de groupe semi-structurée qui repose sur la discussion entre les participants.(28)

Dans cette recherche, le focus group aurait permis d'obtenir rapidement une quantité de données importantes. Il analyse les comportements, les croyances, et fait ressortir les questions pertinentes pouvant être utilisées ensuite pour des entretiens semi-dirigés. Cependant, afin de traiter des sujets personnels, un peu tabous, le focus group n'a pas semblé être une démarche judicieuse. Ce sujet renvoie le médecin à sa propre sexualité, à sa pratique face à une question qui fait appel à la sphère intime des patients.

Les participants bien informés peuvent bloquer ceux qui le sont moins, et empêcher ainsi l'exploration des zones d'ignorance. L'opinion d'un médecin peut facilement être influencée par celle des autres membres du groupe pour ne pas paraître isolé.

Au niveau logistique, il aurait été difficile de réaliser ce type de recueil. Coordonner l'emploi du temps de 4 à 6 médecins généralistes semble difficile avec la surcharge de travail actuelle. S'agissant d'une première expérience de recherche, être modérateur de ce type d'entretien n'est pas chose simple.

La recherche participative se réalise en partenariat entre les chercheurs et les membres d'une "communauté" (associations de malade, groupe ethnique, praticiens) lors des différentes étapes : élaboration de la question de recherche, protocole, recueil des données. Grâce à une intégration totale, elle permet une observation directe des comportements, notamment routiniers et un contact rapproché avec les enquêtés. Ce mode de recherche fournit de nombreux détails et permet de mieux comprendre le contexte, les fonctionnements, les relations dans la communauté. Cela demande toutefois un certain laps de temps d'être un bon observateur/rapporteur. Le choix de cette méthode ne semblait pas opportun pour cette recherche. Participer aux consultations des médecins généralistes aurait été chronophage. La probabilité d'assister à des consultations sur l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées était faible. De plus, la présence des enquêtrices aurait

sûrement modifiée les comportements des médecins et des patientes biaisant l'échantillonnage et les résultats obtenus.

L'entretien non structuré est basé sur un mode d'entretien où l'enquêteur est le moins actif possible, il laisse le plus de latitude possible à l'enquêté pour exprimer librement ses opinions. Ce mode de recueil demande une maîtrise de la conduite des entretiens en étant le plus neutre possible et une possibilité de réaliser les entretiens de façon répétée. Il n'y a pas de fil conducteur, chaque entretien est unique, ce qui rajoute une difficulté supplémentaire pour l'analyse. Le sujet étant intime et personnel, il semble difficile d'en parler spontanément, un guide d'entretien avec des questions de relance facilite la communication.

Ainsi, le mode de recueil le plus facilement exploitable était l'entretien semi-dirigé.

En ce qui concerne l'analyse des données, il existe plusieurs concepts méthodologiques en recherche qualitative tels que l'approche ethnographique, phénoménologique, ou la théorie ancrée.

Les chercheuses ont choisi l'approche phénoménologique pour analyser les résultats.

Cette approche s'appuie sur "la compréhension de l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes"(26). Il était important de recueillir le maximum de données afin d'établir un constat le plus global possible concernant les réserves des médecins généralistes à parler de l'inconfort vaginal.

Cette approche attache de l'importance à l'analyse de la réponse personnelle du médecin, et moins à celle des réponses similaires dans leur contexte sociodémographique.

Envisager l'expérience des médecins au cas par cas, plutôt que de les considérer dans un groupe, permettait d'avoir des réponses multiples et ainsi améliorer la prise en charge.

C'est pour cela que le choix de l'approche phénoménologique a été préféré à l'approche ethnographique qui se focalise davantage sur "l'immersion du chercheur dans la vie des sujets étudiés et place le phénomène étudié dans le contexte social et culturel"(26)

La théorie ancrée, procédé permettant de "construire la théorie à partir des données recueillies", n'a pas non plus été retenue par les enquêtrices."(26) Elle demande une analyse profonde des verbatim, en étiquettes, en thèmes, puis en catégories. Pour une première expérience en recherche qualitative, réaliser une analyse aussi fine paraissait compliqué.

2) Les forces de l'étude.

C'est une étude innovante dans l'analyse des réticences des médecins .

C'est un problème de santé publique avec une prévalence forte, quotidien dans les cabinets de médecine générale. Il y a peu de données disponibles en France sur le sujet.

Cette étude s'attache à la compréhension de phénomènes, sans jugement de la pratique des médecins centrée sur le bien être des patientes ménopausées. L'étude est au cœur de la pratique médicale, par son type de recueil de données que sont les entretiens semi-dirigés.

Les grilles d'entretiens ont été testées à plusieurs reprises et améliorées afin d'obtenir un panel de réponses variées.

Les patientes et les médecins ont montré un vif intérêt pour le sujet de l'étude ainsi que les résultats attendus.

Les chercheuses ont pris le temps de se former à la méthode qualitative, nouvelle pour elles afin de prendre conscience des biais et des limites de leur étude.

La bibliographie réalisée portait tant sur la méthodologie que sur le sujet de recherche.

Elles étaient deux pour la triangulation des données.

3) Les biais

Biais spécifiques aux interviewés :

Le biais d'acquiescement : les interviewés vont avoir tendance à répondre « oui » aux questions. Pour limiter ces cas, les grilles d'entretiens ont été réalisées au maximum avec des questions ouvertes.

Le biais de désirabilité sociale: les personnes interrogées vont donner des réponses qui leur semblent « socialement acceptables ». Malheureusement, il est difficile de lutter contre ce biais. La principale mesure consiste lors des entretiens à mettre

l'interlocuteur à l'aise afin qu'il puisse dire librement ce qu'il pense. Les questions posées ne doivent porter aucune trace de jugement.

Il existe aussi un biais d'habitude, où les personnes interrogées vont souvent donner des réponses quasi similaires par lassitude. Afin de limiter ce fait au maximum, les enquêteurs ont effectué des relances, en variant l'énoncé de la question, pour capter à nouveau l'attention du participant.

Biais spécifiques aux enquêteurs :

Les enquêtrices ont pu, par biais d'interprétation, prendre en compte uniquement les réponses qui confirmaient leurs à priori de recherche. L'absence de retour des retranscriptions auprès des médecins accentue ce biais. Les enregistrements ainsi que la triangulation des données ont restreint les possibles extrapolations.

Le biais d'interaction a été limité par la déconstruction de nos théories initiales.

Le biais d'investigations a été réduit par la saturation des données.

Biais de sélection :

En recherche qualitative, un biais de sélection peut souvent être retrouvé. En effet, par définition, l'échantillonnage ne peut être représentatif de la population, mais seulement s'en approcher considérablement. Cependant, un moyen efficace de contrôler ce biais était d'effectuer un échantillonnage en variation maximale, ce qui a été réalisé dans cette étude.

Le biais de convenance semblait aussi important dans notre protocole, mais il a été réduit notablement par un recrutement actif par téléphone, par e-mail ou en personne.

Comme toute recherche, cette étude présente des biais, que nous avons essayé de limiter au maximum.

Conclusion.

Ce mémoire était le travail préliminaire d'une thèse de médecine générale portant sur la prise en charge de l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. Il a permis d'analyser le cheminement du protocole et les choix qui en ont découlé. La méthode qualitative s'est imposée en raison de l'absence d'étude réalisée sur les réticences des médecins à parler de ce sujet. Le choix de l'entretien semi-dirigé a été fondé sur la gêne supposée des médecins. Il a semblé important pour les auteurs de se centrer sur l'individu (le médecin) plutôt que sur son rôle dans la société, d'où l'approche phénoménologique de leur travail.

Cette étude semble innovante, mais comporte inévitablement des biais, que les auteurs ont identifiés, décrits, et analysés, afin de les réduire.

L'analyse réalisée ouvre des perspectives sur l'intérêt d'une approche ethnographique complémentaire. Celle-ci pourrait permettre un raisonnement culturel et sociétal des réticences des médecins généralistes.