



HAL
open science

Étude qualitative concernant les freins et les leviers des femmes ménopausées à parler du syndrome génito-urinaire de la ménopause avec leur médecin généraliste

Marine Berardo

► To cite this version:

Marine Berardo. Étude qualitative concernant les freins et les leviers des femmes ménopausées à parler du syndrome génito-urinaire de la ménopause avec leur médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04260661

HAL Id: dumas-04260661

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04260661>

Submitted on 26 Oct 2023

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.



UNIVERSITE COTE D'AZUR

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Thèse d'exercice de médecine générale

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2023 à

La Faculté de médecine de Nice

Par **BERARDO Marine** née le 03/08/1995

Etude qualitative concernant les freins et les leviers des femmes ménopausées à parler du syndrome génito-urinaire de la ménopause avec leur médecin généraliste

Membres du jury :

Président du jury

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Assesseurs

Madame le Docteur Gaëlle CALEMCZUK

Madame le Docteur Sandrine GOMMY-PATTYN

Directeur de thèse

Madame le Docteur Carol-Anne BOUDY



Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Doyen

Pr. Jean DELLAMONICA

Vice-doyennes

Pédagogie

Pr. Véronique ALUNNI

Recherche

Pr. Barbara SEITZ-POLSKI

Relations internationales

Pr Fanny BUREL-VANDENBOS

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

Doyens Honoraires

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENZIRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
Mme Florence	BLANC-PEDEUTOUR	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M. Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M. J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M. J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M. Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M. Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M. Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie (55.01)
M. Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M. J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M. Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M. Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M. Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M. Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51,01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIET	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale (53.03)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence (48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérangère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophthalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THUMMLER	Pédopsychiatrie (49-04)
M. Pierre	TOULON	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Auriane	GROS	Orthophonie (69)
-------------	------	------------------

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. Michael LOSCHI Hématologie; transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)
Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)
M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)
M. Nicolas HOGU Médecine Générale (53.03)
Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	André	BOURGEON	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	Yves	LE_FICHOUX
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	J-Claude	LEFEBVRE
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Roger	MARIANI
M.	Bertrand	CANIVET	M.	Pierre	MARTY
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	René	MASSEYEFF
M.	Marcel	CHATEL	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jean	MOUIEL
Mme	Dominique	CRENESSE	M.	Jérôme	MOUROUX
M.	Guy	DARCOURT	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Jean	DELMONT	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	François	DEMARD	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DOLISI	M.	Joseph	SANTINI
M.	Patrick	FENICHEL	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Alain	FRANCO	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Antoine	THYSS
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	J-Pierre	GÉRARD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA

Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Delotte, merci d'avoir accepté de présider mon jury et du temps que vous avez pris pour juger mon travail.

Merci au Docteur Boudy d'avoir accepté de diriger ma thèse, du soutien et des conseils que tu m'as apportés ainsi que de l'expertise dont tu m'as fait bénéficier.

Merci aux membres du jury.

Au docteur Calemczuk, tu as toujours été bienveillante avec moi, merci de m'avoir fait découvrir une vision de la médecine participative que je ne connaissais pas.

Au docteur Gommy-Pattyn, merci pour ta douceur et ta pédagogie. Merci pour tes astuces et ton pragmatisme, pour ma première visite à domicile, pour m'avoir initiée à la gynécologie et pour tout le reste. Je suis fière de venir travailler avec toi.

A Gregory, le grand chef, qui m'a fait découvrir la médecine générale alors que je n'étais qu'une novice, cette médecine de cambrousse et ces histoires de vie qui m'ont passionnées. Merci pour m'avoir emmenée en interventions pompiers (en Porsche c'est quand même la classe) et en talons (promis j'aurais toujours désormais une paire de baskets avec moi).

A la team des Sources, merci pour ce semestre génial. En écrivant ces lignes j'ai un sentiment de nostalgie : à William, pour ta bonne humeur, ton goût du voyage et ton goût de la littérature. A Caroline pour ta gentillesse, et tes tablettes de chocolats lors des journées difficiles. A Sylvie pour ton empathie et tout ce que tu nous as appris ! A Jihene pour notre duo face au chef même si j'attends toujours notre duo au karaoké.

A la team Ped'été 2023. Merci à tous nos chefs qui nous ont enseigné tant de connaissances. A mes supers Co-internes Team Sieme (pas merci aux mamies qui traversent le matin), nos fous rires, nos Spritz Saint germain, notre collaboration sans faille (toutes nos lettres de liaison prêtes le vendredi soir) et surtout notre belle vue mer depuis notre bureau ! Ce semestre n'aurait pas été le même sans vous !

Maman, à toi qui as toujours été présente. Dans les moments de joies mais aussi dans les difficultés. C'est grâce à ce chemin que j'en suis là aujourd'hui. Merci à l'amour incommensurable que tu m'as donné et qui m'a fait avancer.

Mamie, merci de m'avoir supportée dans tous les sens du terme durant ces longues études. Merci de m'avoir nourrie surtout. Pour tout ça peut-être qu'un jour je t'accorderais une victoire au scrabble (peut-être).

Papa, merci de m'avoir soutenue durant toutes ces études médicales, d'avoir su être présent.

A mes frères et sœur : Manu qui certes me martyrise dès qu'il s'agit de sport mais à qui je peux toujours me confier, Jérémy avec ta force tranquille qui a toujours été présent, dès le début, Clem qui me fait sortir la tête des études et découvrir le monde, Titou, mon tout p'tit frère bien plus grand que moi.

A Manon, qui en P1 a trouvé les mots pour me pousser à continuer, merci pour ton empathie.

A toi Cousin Caribou, avec nos visio-repas partagés depuis l'autre bout du monde. Et merci de prendre un billet d'avion pour venir assister à ma thèse !

A Christiane, merci de ton soutien indéfectible, à nos séminaires partagés et toutes les anecdotes que tu as pu partager avec moi.

A Tata Nancy toujours présente.

Au reste de ma famille qui m'a soutenue durant toutes ces années, Dréa, Mitchi et Chrissi. A ceux qui nous ont quittés trop tôt : mon p'tit Tonton qui veillait sur moi et à Marie Paule.

A toi mon Cœur, qui a su m'épauler durant tout mon internat. Tu m'as soutenue dans chaque épreuve, tu as essuyé mes larmes de nombreuses fois et su me redonner le sourire à chaque fois. Toi, qui m'as fait découvrir la passion pour la mécanique (un jour promis j'écouterai ton cours sur les moteurs c'est noté noir sur blanc). Pour ton amour, ta douceur, ta gentillesse, ta patience. Et surtout à nos futurs voyages.

A notre club des 5, Mathilde, Mégou, Loulou, Anna, ces années et déménagements n'ont pas eu raison de notre amitié. A nos week end anniversaires, à toutes ces joies partagées, ces moments traversés. Nos visio resteront toujours mémorables. MAJ : et à notre + 1 petit bébé.

A mon co-interne préféré, Florent, mon binôme sur qui j'ai pu compter tout au long de l'internat. Tu es un super médecin (bientôt docteur héhé, le prochain c'est toi), à la fois empathique, sérieux, consciencieux. Même si je reste jalouse que tu sois considéré comme un docteur par nos petites mamies juste parce que tu as une barbe ! Ça a été un plaisir de partager ces années à tes côtés.

A Audrey, à nos codes rouges, à notre Astis, à notre cardio à la gym. Je n'ai pas de mots pour décrire tout ce que nous avons vécu ensemble. Mais si c'était à refaire je le referai !

A Cass, l'insomniaque, notre maman du groupe, qui a toujours été hyper attentionnée envers chacun de nous. Tu es le pilier de notre groupe. A toutes ces journées en salle ED, nos plats chinois réchauffés à la bouilloire et nos nocturnes à la BU. Et un grand merci à tes parents qui nous ont toujours chouchoutés.

A Lou, ma moitié jusqu'au bout du monde, ma baroudeuse aguerrie. Qui aurait pu penser que deux petits bout de femmes comme nous accomplirait tout ce que nous avons fait ? Je pense qu'on peut être fières !

A Julia, ma copilote hors pair ! Merci pour ta bonne humeur, ton humour et ton franc parlé. Et surtout à nos futures aventures !

A Loïs, Flo, Rémy, Soso, Anaïs, Cynthia, Rallo, Jojo... A tout notre groupe qui résiste... Les irréductibles niçois pour de vrais et ceux qui le sont dans le cœur.

A mon Poisson, mon journal intime. Présente depuis le premier jour des études de médecine jusqu'au dernier. Je me rappellerai toujours nos séances jogging au canal (ma vie par procuration en P1), nos soirées, nos voyages, nos vocaux interminables, ma conseillère matrimoniale, mon journal intime. Tu es essentielle dans ma vie.

A Marion, mon coup de cœur des urgences, aussi stressée que moi. Je pense que c'est le terme que William retiendra de nous. Nous voilà enfin grandes !

A la Team des Urgences : Alan, Amani, Aurore, Sylvain qui ont rendu ce stage presque (presque) agréable. Les urgences c'est avant tout de belles rencontres.

A Astrid, ma fillote (préférée), qui m'a permis d'être assidue pendant tout le confinement. A nos séances de sport en visio mémorables. Tu es ma fierté !

A Kéké, merci de m'avoir toujours épaulée, plus de dix ans d'amitiés et on est toujours là.

A Damaris et notre amitié qui se poursuivra de longues années.

A François et Tess, qui mêmes exilés à Toulouse savent toujours répondre présents.

Table des matières

I.	Abréviation	13
II.	Introduction	14
III.	Matériel et méthode	15
	A. Type d'étude	15
	B. Méthode	15
	C. Population étudiée	15
	1. Critères d'inclusion	15
	2. Critères d'exclusion	15
	3. Recrutement	15
	D. Déroulement de l'entretien et recueil des données	15
IV.	Résultats	17
	A. Les freins internes	17
	1. Une étape normale de la vie : entre ressenti et réalité	17
	2. Des symptômes non évoqués spontanément	17
	3. Une méconnaissance du SGUM	18
	B. La relation avec le corps médical	18
	1. Le médecin traitant : une relation privilégiée	18
	2. La démographie médicale	19
	3. La scission gynécologie - médecine générale	20
	4. L'ambivalence quant à la prescription médicamenteuse	20
	C. Le tabou social	21
V.	Discussion	23
	A. Exposition du résultat principal de l'étude	23
	B. Confrontation des résultats aux données de la littérature	23
	C. Discussion des données non significatives et/ou divergentes	24
	D. Expositions des biais et limites de l'étude	24
	E. Indications des points force des résultats	25
	F. Conclusion et perspectives du travail	25
VI.	Références	27
VII.	Annexes	30
	A. Guide d'entretiens	30
	B. Population d'étude	30
	C. Serment d'Hippocrate	31
	D. Abstract :	32

I. Abréviation

SGUM : Syndrome génito-urinaire de la ménopause

II. Introduction

Dans un contexte où les problématiques en santé, prévention et inégalités sociétales des femmes sont au centre de l'actualité, la place de la femme ménopausée et de ses problèmes spécifiques est encore délaissée. Alors que l'on assiste à un vieillissement de la population, cette tranche d'âge va pourtant être de plus en plus représentée : selon l'Organisation Mondiale de la santé, en 2021, les femmes âgées de plus de 50 ans représentaient 26% des toutes les femmes et filles dans le monde, soit une hausse de 22% par rapport à 10 ans plus tôt (1).

Au moment de la ménopause, il existe une carence en œstrogènes et autres stéroïdes sexuels qui entraîne un amincissement du tissu épithélial muqueux du vagin et des voies génito-urinaires inférieures, ainsi qu'une perte d'élasticité et une diminution de la lubrification (2). Ceci peut se traduire par différents symptômes vulvo-vaginaux comme des irritations, brûlures, sécheresse, mais aussi sexuels tels que des dyspareunies, ou urinaires comme des infections urinaires à répétition, une pollakiurie, une nycturie (3)... Ces différents symptômes peuvent être isolés ou associés. Ils sont regroupés sous le terme de syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). A noter qu'un seul symptôme est suffisant pour décrire le syndrome. Ce terme n'a été proposé qu'en 2013 et reconnu en 2014 (4) et cela ne fait qu'une dizaine d'années que nous voyons apparaître des publications scientifiques concernant le SGUM. Pourtant, sa prévalence semble élevée, touchant entre 10 et 70% des femmes ménopausées (5) (6). Il est en effet difficile de l'estimer avec exactitude, car elle diffère d'une population d'étude à une autre.

Alors que l'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, mental et social et qui s'entend comme une approche positive de la sexualité (7), le SGUM est un syndrome fréquent avec un retentissement sur la qualité de vie, pouvant modifier le quotidien des femmes, notamment leur sexualité (8) (9).

Bien qu'il existe des traitements contre ces troubles chroniques (10) (œstrogènes vaginaux locaux, des lubrifiants et hydratants non hormonaux), de nombreuses femmes méconnaissent l'existence du syndrome et seule une faible partie d'entre elles en parleraient avec leur médecin généraliste (11). Une précédente étude française a mis en évidence les réticences des médecins généralistes à aborder ce thème, notamment leur manque de connaissance sur le sujet (12).

Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés : quels sont les freins et les leviers des femmes ménopausées à parler du SGUM avec leur médecin généraliste ?

III. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique qui permet de mettre en évidence l'expérience personnelle vécue ainsi que les ressentis des femmes.

B. Méthode

L'étude s'est déroulée par entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Deux entretiens exploratoires ont été menés et retranscrits en verbatims, afin d'affiner le guide d'entretien et de faire des modifications, tel que l'ordre des questions et l'utilisation de questions de relance. Le guide d'entretien a évolué à mesure des entretiens.

C. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme ménopausée et d'autoriser l'enregistrement audio de l'entretien.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient : de ne pas souffrir du SGUM, avoir des symptômes ne correspondant pas à la définition stricte du SGUM. Un entretien a été exclu car il ne correspondait pas explicitement à la définition du SGUM.

3. Recrutement

Le recrutement de la population a été réalisé de novembre 2022 à mars 2023 par méthode boule de neige et annonce sur les réseaux sociaux. Il s'est terminé lorsque le nombre d'entretiens a été jugé suffisant pour obtenir une saturation de données (c'est-à-dire l'absence de nouvelles données lors de deux entretiens successifs). Les patientes ont préalablement été informées du sujet de l'étude via une note d'information écrite avant de donner leur consentement écrit. L'âge des femmes s'étendait de 57 à 69 ans.

D. Déroulement de l'entretien et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par téléphone, visioconférence ou en présentiel dans des lieux différents, choisis par les participantes. Ils ont été enregistrés par dictaphone et retranscrits, puis anonymisés par une méthode de pseudo anonymisation avec table de concordance. Après retranscription, les enregistrements ont été détruits.

Douze entretiens ont été réalisés du 21 novembre 2022 au 2 mars 2023, d'une durée de neuf à vingt-cinq minutes. Ils se sont déroulés sur un mode conversationnel, sans prise de note afin d'instaurer une ambiance de confiance et ainsi favoriser une discussion libre. Après retranscription, ils ont été analysés avec extraction des verbatims qui ont été classés et regroupés par catégories.

IV. Résultats

A. Les freins internes

1. Une étape normale de la vie : entre ressenti et réalité

La ménopause a majoritairement été ressentie comme une étape naturelle de la vie, à la fois dans sa composante physiologique et psychologique. Cette période semblait s'être bien déroulée avec peu de symptômes rapportés spontanément, hormis une thymie fluctuante et des bouffées de chaleur. Les participantes expliquaient aisément être préparées à ces dernières car elles avaient vu les aînées en souffrir, s'estimant chanceuses pour celles qui n'en avaient eues que très peu « *Moi ça allait, pour moi ça a été une lettre à la poste, voilà...* ». Pourtant ce « *cap* », comme décrit par certaines, a pu les atteindre au niveau de l'égo, avec la fin des espoirs de maternité, et a été accueilli avec un certain fatalisme « *Voilà, je me suis dit que c'était de vieillir qui faisait ça. Donc je l'accepte parce qu'il n'y a pas d'autre choix que d'accepter de vieillir* ». Fatalisme partagé par le corps médical qui ne formulait que peu d'empathie à l'égard de ces femmes, en pleine restructuration psychique « *Oui je me suis peut-être même entendu dire des choses euh... oui je me rappelle « oui ben désolée ça ne va pas aller en s'arrangeant ! Mais je vous jure j'ai entendu ça !* ».

Cette avancée dans l'âge était également marquée par une vie sexuelle moins active due à un manque d'allant, sans pour autant que cela soit considéré comme problématique, évoquant tout simplement l'ancienneté du couple et un désir moins prononcé.

La santé gynécologique de la femme, à travers la complexité de ses rôles en tant que mère, fille, épouse, femme et travailleuse, passait au second plan « *Là dernièrement j'ai un peu trainé avec tous les soucis de santé, fin mon fils et ma mère* ».

2. Des symptômes non évoqués spontanément

Lors de l'entretien, les participantes ont été questionnées sur leur vécu de la ménopause et leurs symptômes. Une des données marquantes a été que seules trois des onze participantes ont abordé spontanément un des symptômes du SGUM. Pour toutes les autres, il a fallu énoncer clairement les symptômes du SGUM et leur demander si elles en avaient souffert pour que toutes relatent effectivement souffrir de ces symptômes.

Le mot « douleur » a plusieurs fois été employé « *C'est une sécurité, parce que je parle de douleur on est d'accord. Je parle de douleur, que je n'ai jamais connue dans ma vie* ». Ces « soucis » retentissaient fortement sur leur vie sexuelle et leur qualité de vie, allant jusqu'à proscrire définitivement les rapports sexuels « *Des rapports sexuels je n'en ai eu que cette année, donc ça faisait un moment que je n'en avais pas eus ... je n'en aurais plus jamais parce que ça m'a fait vraiment trop trop mal... c'est pas possible [...] Ah c'est violent, et c'est ... ouais moralement ça met un frein...* ».

D'autres part, alors que cette gêne pesait dans leur vie quotidienne, certaines ne ressentiaient pas forcément le besoin d'aller voir un médecin car elles ne la considéraient pas comme un problème à médicaliser « *Mais voilà, j'ai Je n'en ai pas vraiment souffert pour demander quelque chose, euh pour ça. »*

3. Une méconnaissance du SGUM

Seule une des participantes connaissait ce terme et deux autres savaient que certains de ces symptômes pouvaient apparaître à la ménopause. L'information avait été obtenue dans des magazines. Mais, malgré ces lectures, ces mêmes participantes se remettaient en question en se demandant si le problème venait d'elles « *J'ai lu bien sûr, je sais qu'il y a un certain pourcentage de femmes quand même, ça je le sais. Après oui ça m'a traversé l'esprit, pas au début, mais est-ce que ça peut être que psychologique... »*

Pour les femmes interrogées, la ménopause et leurs symptômes avaient un lien imprécis. La majorité des femmes mettait en corrélation ces symptômes avec cette période, sans pour autant en être sûres « *pendant une année où je me suis un peu posée la question : si c'était lié, si ?* ». Une autre a déploré le manque d'information sur la physiologie du corps féminin, le qualifiant de « *néant total* », ignorant tout du SGUM jusqu'à ce qu'elle en souffre.

B. La relation avec le corps médical

1. Le médecin traitant : une relation privilégiée

La majorité des femmes connaissaient leur généraliste depuis de longues années. Il était devenu leur ami et une relation presque affective s'était établie. Mais cette proximité a pu engendrer de la pudeur à introduire le dialogue autour du SGUM « *mon généraliste ne m'en a jamais parlé... Mais parce qu'il me connaît je pense depuis très très longtemps... [...] oui ben c'est à dire qu'il a connu mon mari, mon mari est décédé donc...je pense qu'il y a cette barrière-là, de pas savoir ce que je fais de ma vie, en respectant ma vie... je pense que c'est ça hein... »*

Une participante a eu la sensation que ses différents praticiens ne se souciaient pas de ce sujet « *Et je vais dire que même les toubibs, j'ai des toubibs très très gentils, je pense même qu'à ma gynéco, ça ne semble pas être un sujet qui les intéresse énormément »*.

Plusieurs ont évoqué éprouver une gêne à parler de sphère intime avec un homme, car il ne pouvait pas comprendre leurs sensations, les genres du médecin devenant un frein : « *Après c'est un homme lui ! Donc peut-être il ne sait pas ! Je me disais qu'il faudrait peut-être que ce soit des femmes, des médecins femmes qui ont l'âge de souffrir de ça »*. Sur les trois femmes qui en avaient parlé à leur

généraliste, deux ont employé le terme d'« amie » de même sexe et de même âge, pour qualifier leur relation avec leur médecin.

Pourtant, alors que les symptômes n'étaient quasiment pas évoqués spontanément, les participantes rapportaient ne pas éprouver de gêne à parler du SGUM avec leurs différents médecins car il s'agissait du corps, anatomiquement parlant « *Mais ça ne me gêne pas si le médecin me parle de ça* ». Ce sujet n'étant pas tabou, elles souhaiteraient pourtant que ce soit au médecin d'évoquer le thème car il s'agissait d'un sujet difficile à introduire « *Et ça je pense qu'effectivement c'est une chose que les médecins devraient aborder eux.* ». Elles évoquaient même un manque de leur part de ne pas poser la question.

Parler des symptômes préalablement a permis aux femmes de mieux comprendre ce qui se déroulait dans leur corps, de ne pas imaginer le pire comme « *quelque chose de plus grave* », de prévenir leur angoisse : « *Or elle m'a prévenue, elle m'a bien expliqué ce qui allait se passer... donc ça va, je savais ce que c'était, j'ai pu expliquer à la personne... c'est vrai que si un médecin n'en parle pas en premier, euh je ne pense pas que la personne va aller... on peut pas s'imaginer en fait ... qu'on peut en souffrir au moment des rapports sexuels...* ».

2. La démographie médicale

Pour la majorité des participantes, leur médecin traitant venait de partir à la retraite. Alors qu'elles avaient établi une relation de confiance au fur et à mesure des années « *parce que j'avais un médecin en qui j'avais totalement confiance. Et qui est parti à la retraite et depuis, je suis SDF de médecin* », ce départ a créé une rupture du soin et du dialogue « *Je me verrais pas du tout parler de ça. Je pense qu'il faut qu'il y ait quand même qu'il y ait un une... Comment dire ? une connivence avec la personne, ou en tout cas un bien-être.* ».

La surcharge de travail des médecins généralistes, ainsi que des délais d'attente trop longs ont été évoqués : les participantes ne voulant pas déranger le médecin qui avait déjà beaucoup de problèmes à traiter « *les médecins généralistes, et moi je les comprends, euh, on ne peut pas aborder dix milles sujets pendant une consultation [...] J'ai eu besoin d'aller la voir pour d'autres sujets, donc euh... Il aurait fallu que je prenne rendez-vous uniquement pour ça...* ». Les participantes culpabilisaient et ne voulaient pas importuner les médecins alors qu'ils avaient d'autres pathologies plus graves à gérer. Bien que gênant, le SGUM était minimisé « *Et on se dit que ce professionnel il a tellement d'autres... Peut-être que la femme qui est passée avant moi elle a un cancer du sein, elle un cancer de l'utérus, elle a plus grave. Et moi je vais venir l'embêter avec mon petit soucis de sécheresse mais... j'analyse pendant que je parle, c'est intéressant aussi, et... ouais c'est un petit problème...* ».

En outre, en dehors de maladie chronique ou aiguë, de par leur âge, les femmes consultaient peu leur médecin traitant ce qui réduisait les possibilités de laisser une place pour aborder le SGUM « *Donc je vais voir un médecin quand je suis malade. Pour avoir un arrêt de travail, voilà* ».

3. La scission gynécologie - médecine générale

Plus de la moitié des participantes avaient évoqué le SGUM avec leur gynécologue. Pour elles, la gynécologie était une affaire de spécialiste, et chacun devait rester dans son domaine d'expertise « *chacun sa spécialité quoi si je puis dire. [...] c'est peut-être une comparaison idiote que je vais vous faire mais à la limite c'est un petit peu comme si je voulais faire des travaux chez moi, je ne prendrais pas quelqu'un qui fasse tout à la maison, mais je prendrai un électricien, un plombier, un maçon... C'est un peu idiot ma comparaison, mais je me dis que c'est un peu chacun sa spécialité quoi...* ».

Il en était de même pour certains généralistes qui ne voulaient pas faire de gynécologie et préféraient orienter directement vers un confrère gynécologue, n'étant pas à l'aise avec le sujet « *Non, non. Je vais vous expliquer moi, la gynéco elle est dans le même cabinet que mon docteur généraliste ! Et du coup le docteur généraliste il ne veut pas du tout faire cette partie gynécologique ! Donc on n'en parle pas du tout avec lui ! Quand y a un problème gynécologique on va à l'autre médecin !* ». Par ailleurs, le fait que le SGUM ait été méconnu des généralistes a fait intervenir plusieurs acteurs différents, allant de l'urologue au gynécologue, entraînant une errance et un retard diagnostique : « *Non il n'a pas fait le lien. C'est un peu le problème que c'est deux personnes différentes. C'est vrai que peut être si ça avait été les mêmes personnes elles auraient fait le lien... Je ne sais pas... C'est vrai que je ne parlais pas avec le gynécologue d'infection urinaire et je ne parlais pas du reste avec le généraliste... c'est vrai qu'ils n'ont pas fait le lien !* ».

Certaines participantes ne connaissaient pas l'activité gynécologique de leur généraliste et le regrettaient « *Et bien le pire c'est que récemment j'ai découvert que oui ! [...] Donc je vais peut-être basculer justement avec elle !* ».

4. L'ambivalence quant à la prescription médicamenteuse

Plusieurs femmes ont rapporté une réticence à prendre des médicaments pour des convictions personnelles, préférant que le corps se soigne seul « *Mais j'ai un fonctionnement à moi, c'est à dire que je n'aime pas les médicaments, donc quand je vais voir le médecin, c'est parce que j'ai besoin d'un arrêt de travail. Il me donne des choses que je... j'achète je regarde les notices et je le prends ou je ne le prends pas* ».

Dans les témoignages, on remarquait une persistance de l'hormonophobie « *Alors au tout début j'ai tenté le traitement ; j'étais ok, pas cent pour cent sereine, mais je ne me rappelle même plus*

du traitement hormonal. J'ai dû le prendre six mois et je n'ai vu aucun changement. Donc entre la crainte des effets néfastes du traitement et le bénéfice qui n'était pas là... ».

Les traitements ne semblaient pas adaptés au mode de vie des femmes. Ils étaient considérés comme longs, contraignants, peu hygiéniques « *Donc colpotrophine... La gynécologue que j'ai vue m'a confirmé et m'a dit que je devrais en prendre jusqu'à mes quatre-vingt-dix ans, c'est-à-dire jusqu'à ma mort. Donc j'avoue que je ne suis pas très sérieuse quant à la pratique de ces ovules qui sont très désagréables, ce n'est vraiment pas agréable, fin c'est fatiguant, il y a des pertes toute la nuit, il faut mettre une protection, donc je n'en mets pas vraiment beaucoup. »*

Par ailleurs, certaines avaient réussi à les intégrer dans leur quotidien, sans trop de contrainte « *comme je me lave les dents, c'est pareil... ».*

Une prescription anticipée a permis de prévenir en amont les difficultés rencontrées lors des rapports sexuels « *il m'a peut être prescrit une crème même avant que je lui demande, que j'en ai besoin... et à ce moment-là peut être que je l'avais dans le tiroir ».*

C. Le tabou social

Alors que les femmes parlaient aisément entre elles du syndrome climatérique, il a été mis en évidence qu'il existait un tabou au sujet du ressenti de l'expérience de la ménopause sur le plan intime : il s'agissait d'un sujet dont on ne parlait pas, y compris entre amies « *les femmes on parle peu, même entre amies, ça reste un sujet tabou [...] même entre femmes alors qu'on se dit beaucoup beaucoup de choses, ce sujet-là est très peu abordé ».*

Ce tabou était retrouvé au sein même de la famille « *Et encore je pense qu'on en parle plus facilement que la génération d'avant parce que j'avais interrogé ma mère aussi... Elle n'avait pas voulu répondre ! »* Mais ce sujet semblait plus accessible avec les nouvelles générations car plusieurs participantes avaient pu en discuter ouvertement avec leurs filles.

Certaines avaient pu aborder le sujet avec leur partenaire. Ceux-ci se montraient compréhensifs, mais un des points évoqués était l'ancienneté de la relation, où le dialogue semblait plus aisé qu'avec une relation récente « *Je crois aussi que c'est parce que j'avais un compagnon depuis un petit moment, je crois que si j'avais un compagnon nouveau peut être ça aurait changé un peu si vous êtes dans le début d'une relation ; c'est peut être quand vous avez passé des années avec quelqu'un.... Ce n'est pas pareil. »*

Les participantes regrettaient que ce sujet soit tu, même entre femmes. Elles souhaiteraient une évolution de la mentalité autour du sujet « *Euh, ben je pense que c'est un sujet qu'il faudrait aborder. Voilà, côté médecin ou côté patient, il faudrait se débrider un peu ».* Elles remettaient également en question le fait que la société, y compris médicale, ne reconnaisse leur condition de

femme que durant la période reproductive : elles n'étaient plus identifiées après comme des patientes à part entière « *quand on est femme on est jeune puis après on a des bébés, puis après on est vieille et on est quand même là* ».

V. Discussion

A. Exposition du résultat principal de l'étude

Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence différents freins : un manque de connaissance et d'information autour du SGUM à la fois des patientes et des médecins, un tabou sociétal à propos de la sphère génitale de la femme ménopausée, ainsi qu'une minimisation des symptômes de la part même des femmes alors que cela impacte fortement leur quotidien et leur qualité de vie. Actuellement, pour les femmes, le choix privilégié pour parler de la sphère génitale reste le gynécologue. La baisse de la démographie médicale semble également concourir à une rupture du dialogue.

B. Confrontation des résultats aux données de la littérature

Les freins ressortant de notre étude étaient comparables à ceux retrouvés dans la littérature scientifique. L'un des freins principaux était l'acceptation et la minimisation des symptômes. Ces derniers sont considérés comme faisant partie intégrante du processus de vieillissement physiologique, et les femmes ont du mal à reconnaître le SGUM comme une maladie progressive et chronique (13) (14) (15). Il semble difficile de parler d'un problème médical que l'on ne reconnaît pas comme étant un problème.

La relation avec le médecin traitant semble primordiale. Dans notre étude, le genre de l'interlocuteur semble être un frein : les femmes ont plus de facilité à se confier à une femme, de préférence du même âge, car elle semble à leur yeux plus apte à comprendre leurs symptômes (16) (17). La confiance établie avec le médecin de famille peut aussi être une source de pudeur, de malaise et d'obstacle au dialogue sur le sujet (18).

La plupart des femmes ont abordé le SGUM avec leur gynécologue. La distinction semble encore marquée : elles s'orientent plus spontanément vers le gynécologue quand il s'agit de la sphère génitale (19). Cela peut être dû à la méconnaissance de l'activité gynécologique du médecin traitant (20) ou par choix explicite : la gynécologie doit être réservée aux spécialistes (21).

On note une forte ambivalence des femmes concernant la sphère intime. Conformément à la littérature, il existe une certaine gêne autour de celle-ci (22). Dans notre étude, alors que les participantes relatent ne pas avoir de tabou à en parler, elles ne sont pourtant pas à l'aise pour en discuter spontanément (23). Ceci concourt à l'existence d'une méconnaissance du syndrome (24). Par

ailleurs, il semble important pour trois quart des femmes que les médecins abordent le sujet, or celui-ci n'est initié par le médecin que dans 11% des cas seulement (25).

Les femmes qui ont pu en discuter avec un médecin ont pu bénéficier d'aides thérapeutiques. La plupart ont été satisfaites. Néanmoins celles-ci sont fastidieuses et non adaptées au mode de vie de toutes les femmes (8).

C. Discussion des données non significatives et/ou divergentes

Un nouveau point émerge dans notre étude, qui n'était pas présent dans la littérature : la démographie médicale. Les départs à la retraite nombreux, la surcharge de travail des médecins semblent être un frein au dialogue dans notre étude. Il existe une rupture du lien de confiance autour de l'intimité de la femme. En effet, la densité standardisée de médecin généraliste en France (c'est-à-dire tenant compte des besoins de soins différenciés selon l'âge et donc prenant en compte l'impact du vieillissement de la population) a baissé de dix pour cent entre 2012 et 2021 (26).

D. Expositions des biais et limites de l'étude

Le recrutement s'est déroulé par méthode boule de neige et par annonce via les réseaux sociaux. Il existe donc un biais de sélection car l'étude s'est basée sur le volontariat, excluant ainsi en partie une population qui aurait pu avoir plus de difficultés à en parler.

Un biais de confusion a été la définition du syndrome génito-urinaire. Peu de femmes connaissant ce terme, un entretien a dû être exclu car il ne relevait pas de la définition. Pour éviter cela il aurait fallu faire apparaître les critères du syndrome génito-urinaire explicitement dans la note d'information.

Toutes les participantes présentaient actuellement des symptômes du SGUM, mais pour certaines participantes, l'entretien se déroulait très à distance des premiers symptômes. Un biais de mémorisation était donc présent.

L'investigateur principal de l'étude étant novice, les conditions de l'entretien n'étaient peut-être pas optimales pour permettre le libre discours des participantes. Les analyses des deux premiers entretiens ont permis de relever les points où la position était trop subjective. La réalisation de plusieurs entretiens tests ainsi qu'une meilleure expérience dans ce type d'analyse aurait permis de limiter ce biais.

E. Indications des points force des résultats

Cette étude qualitative a permis aux participantes de s'exprimer, de raconter leur histoire personnelle. Le fait de ne pas prendre de note a permis un dialogue fluide et une confiance qui s'est instaurée progressivement au cours de l'entretien favorisant les rires, un langage moins soutenu et des comparaisons imaginées permettant de mieux comprendre le point de vue des participantes.

Plusieurs âges étaient représentés afin d'avoir un panel d'expériences le plus étendu possible et d'observer si des modifications de discours apparaissaient en fonction de l'âge.

F. Conclusion et perspectives du travail

Dépister et traiter le SGUM semble primordial. Les nouvelles recommandations parues en 2021, suite à une revue de la littérature, proposent des lignes directrices pour la prise en charge du SGUM. La parution de ces recommandations pourrait permettre aux médecins généralistes une meilleure connaissance du SGUM et de sa prise en charge (5). Actuellement, il persiste une certaine hormonophobie quant à l'initiation de traitements (27) (28), qui pourrait être améliorée par la formation des professionnels de santé.

A partir de la ménopause, les femmes ont tendance à moins se faire suivre sur le plan gynécologique, en témoignent les différentes études sur le dépistage du papillomavirus. En effet, à partir de 55 ans l'adhésion au dépistage baisse fortement et tombe à 45% pour les femmes de 60 à 65 ans (29–31). Le médecin traitant est le premier référent de ces femmes et joue donc un rôle primordial dans leur suivi gynécologique. Il permet de faire de la prévention et de promouvoir leur santé globale. Compte tenu de l'offre actuelle de soins environnante, déjà trois médecins généralistes sur dix déclarent se « spécialiser » dans certains domaines, notamment la gynécologie qui est mentionnée dans 49% des cas (32). Faire connaître ses compétences est important pour le médecin généraliste qui demeure leur interlocuteur principal. Proposer l'utilisation de questionnaires de dépistage, tels que DIVA (The Day-to-Day Impact of Vaginal Aging Questionnaire) pourrait permettre un screening des patientes (33,34). En effet, il s'agit d'un outil d'auto-évaluation permettant d'évaluer l'impact des symptômes vaginaux chez les femmes ménopausées. Néanmoins, celui-ci ne reprend qu'une partie des éléments du SGUM.

Permettre aux femmes de mieux connaître leur corps paraît fondamental dans leur autonomisation. Les magazines, lectures comme « *C'est mon corps* » de Martin Winckler, peuvent favoriser cette émancipation. Dans notre société où le numérique devient prépondérant, les autres sources d'informations telles que les réseaux sociaux ne doivent pas être négligées (35) (36).

Les participantes ont donné elles-mêmes les clés : les professionnels se doivent de poser systématiquement la question et la société doit évoluer pour reconnaître la femme comme un être à part entière de sa naissance à sa mort, et non pas uniquement à travers sa période reproductive (37).

VI. Références

1. Ménopause [Internet]. [cité 22 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
2. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, et al. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol* [Internet]. 2019 [cité 5 août 2021];0. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2019.00561/full>
3. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, et al. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*. 4 mars 2018;21(2):167-73.
4. 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*. 1 nov 2014;79(3):349-54.
5. Hocké C, Diaz M, Bernard V, Frantz S, Lambert M, Mathieu C, et al. Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). *RPC les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mai 2021;49(5):394-413.
6. Cagnacci A, Xholli A, Sclauzero M, Venier M, Palma F, Gambacciani M. Vaginal atrophy across the menopausal age: results from the ANGEL study. *Climacteric*. 2 janv 2019;22(1):85-9.
7. Santé sexuelle [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
8. 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*. 3 mars 2016;19(2):188-97.
9. Nappi RE, Mattsson LÅ, 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*. août 2013;75(4):373-9.
10. Krychman ML. Vaginal Estrogens for the Treatment of Dyspareunia. *J Sex Med*. 1 mars 2011;8(3):666-74.
11. 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*. juill 2013;10(7):1790-9.
12. Devaux E, Delhaye E. Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées. 16 janv 2018;145.
13. Srisukho S, Pantasri T, Piyamongkol W, Phongnarisorn C, Morakote N. The experience of genitourinary syndrome of menopause (GSM) among Thai postmenopausal women: the non-reporting issue. *Int Urogynecology J*. nov 2019;30(11):1843-7.

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.* mars 2017;14(3):425-33.
15. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric.* 1 févr 2012;15(1):36-44.
16. Nappi RE, Palacios S, Particco M, Panay N. The REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey in Europe: Country-specific comparisons of postmenopausal women's perceptions, experiences and needs. *Maturitas.* sept 2016;91:81-90.
17. Bois A. Suivi gynécologique de prévention des femmes de plus de 50 ans en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes de la région PACA. 4 oct 2022;59.
18. Verrière AJ. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon: enquête qualitative. 2019;
19. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Internet]. Limoges; 2010 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/orioai-search/notice/view/unilim-ori-39177>
20. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. 4 juin 2020;88.
21. Ferreira KC. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi: enquête qualitative auprès de 43 patientes.
22. Beaujard C. Vécu des femmes ménopausées souffrant de troubles trophiques. 18 janv 2018;171.
23. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas.* 1 nov 2010;67(3):233-8.
24. Zanardi L. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste. 24 juin 2021;116.
25. Nappi RE, Particco M, Biglia N, Cagnacci A, Carlo CD, Luisi S, et al. Attitudes and perceptions towards vulvar and vaginal atrophy in Italian post-menopausal women: Evidence from the European REVIVE survey. *Maturitas.* 1 sept 2016;91:74-80.
26. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
27. Zeraoui A, Balas S. Ressenti des médecins généralistes et des femmes face à la ménopause. 12 nov 2020;84.
28. Kingsberg SA, Krychman ML. Resistance and barriers to local estrogen therapy in women with atrophic vaginitis. *J Sex Med.* juin 2013;10(6):1567-74.

29. Deloute AS. Les facteurs intervenant dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez des femmes picardes de 45 à 65 ans. 13 juin 2017;65.
30. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention [Internet]. [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention>
31. SPF. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer [Internet]. [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
32. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
33. Mastroianni J, Thompson JA, Shifren JL, Zuckerman AL, Pereira K. Improving the identification of genitourinary syndrome of menopause through the utilization of the Day-to-Day Impact of Vaginal Aging questionnaire. *Menopause*. nov 2020;27(11):1295-301.
34. Huang AJ, Gregorich SE, Kuppermann M, Nakagawa S, Van Den Eeden SK, Brown JS, et al. The Day-to-Day Impact of Vaginal Aging Questionnaire: A Multidimensional Measure of the Impact of Vaginal Symptoms on Functioning and Well-being in Postmenopausal Women. *Menopause N Y N*. févr 2015;22(2):144-54.
35. Yadav GS, Nagarkatti NR, Rohondia SO, Erfani H, Kilpatrick CC, Turrentine MA. Academic tweeting in #ObGyn. Where do we stand? *J Perinat Med*. 25 oct 2019;47(8):867-70.
36. Good MM, Tanouye S. Social Media Superpowers in Obstetrics and Gynecology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1 déc 2021;48(4):787-800.
37. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique | Égalité femmes-hommes [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante-publique>

VII. Annexes

A. Guide d'entretiens

- 1) Bonjour, quel âge avez-vous ?
- 2) Avez-vous déjà vécu votre ménopause ?
- 3) Racontez moi cette période-là, quel a été votre rapport avec cette période de la ménopause ?
- 4) Racontez-moi comment cela s'est passé avec votre entourage.
- 5) Connaissez-vous le SGUM ?
 - a. Non : définir les symptômes sècheresse vaginale, sensation d'inconfort, de brûlure, d'irritation, des symptômes fonctionnels urinaires, des douleurs lors des rapports sexuels
 - b. Oui : en avez-vous parlé à quelqu'un ?
 - i. Amie / entourage (relance : pourquoi n'en avez-vous pas parlé à un professionnel de santé ?)
 - ii. A un professionnel de santé : pouvez-vous me dire auquel et me dire comment le sujet a-t-il été amené ?
- 6) Pouvez-vous me parler de la place de votre médecin traitant ?
 - a. Quel est votre rapport avec votre médecin ? (relance : *homme, femme, jeune, âgé etc... vous le connaissez depuis longtemps ?*)
 - b. Racontez-moi comment cela se passe en consultation avec votre médecin ?
 - c. Avez-vous consulté votre médecin durant cette période ?
 - d. (Relance : Pour un autre motif sans rapport avec la ménopause ?)
- 7) Relance : Vous m'avez parlé de ceci tout à l'heure, en avez-vous parlé avec votre médecin ?
 - a. Pourquoi ?
- 8) Avez-vous quelques chose à ajouter ou voulez-vous que l'on aborde d'autres choses à propos de la ménopause ?

B. Population d'étude

Entretien	Age de la participante	Durée de l'entretien
E1	57 ans	11 minutes
E2	67 ans	9 minutes
E3	62 ans	17 minutes
E4	60 ans	18 minutes
E5	62 ans	25 minutes
E6	69 ans	25 minutes

E7	61 ans	19 minutes
E8	63 ans	11 minutes
E9	58 ans	10 minutes
E10	57 ans	14 minutes
E11	60 ans	19 minutes
E12	61 ans	14 minutes

C. 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 donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai 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 ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, 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 leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leur 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.

D. Abstract :

Titre : Etude qualitative concernant les freins et les leviers des femmes ménopausées à parler du syndrome génito-urinaire de la ménopause avec leur médecin généraliste.

Généralité : La carence en œstrogènes et stéroïdes sexuels au moment de la ménopause peut entraîner différents symptômes regroupés sous le terme de syndrome génito-urinaire de la ménopause. Alors que plus de la moitié des femmes en souffrirait, celui-ci est souvent sous diagnostiqué.

Méthode : L'étude réalisée est une étude qualitative phénoménologique par entretien semi-dirigé à l'aide d'un guide d'entretien, auprès des femmes ménopausées de décembre 2022 à mars 2023, souffrant du SGUM. Le recrutement de la population a été réalisé par méthode boule de neige et annonce sur les réseaux sociaux. Il s'est terminé lorsque le nombre d'entretiens a été jugé suffisant pour obtenir une saturation de données.

Résultats : Au total, 12 participantes ont été interrogées. Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence différents freins : un manque de connaissance et d'information autour du SGUM à la fois des patientes et des médecins, un tabou sociétal à propos de la sphère génitale de la femme ménopausée, ainsi qu'une minimisation des symptômes de la part même des femmes alors que cela impact fortement leur quotidien et leur qualité de vie. La démographie médicale semble également concourir à une rupture du dialogue.

Conclusion : Des freins intrinsèques et extrinsèques concourent à un manque de dialogue entre les patientes ménopausées et leur médecins généralistes, parmi lesquels la gêne à parler de la sphère génitale des femmes revient le plus fréquemment. La place du médecin généraliste reste primordiale pour dépister le SGUM et promouvoir la santé globale des femmes ménopausées.

Mots clés : SGUM, atrophie vulvo-vaginale (VVA), ménopause, sexualité