

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE RANGUEIL

Année 2016

2016 TOU3 1044

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 JUIN 2016

PAR

Lionel BONAMICH

**LES ATTENTES DES FEMMES MÉNOPAUSÉES
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES
SYMPTOMES D'ATROPHIE VULVO-VAGINALE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ENQUÊTE
RÉALISÉE DANS LES HAUTES-PYRÉNÉES.**

DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur Pierre MESTHE

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur : Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur : Madame le Docteur Brigitte PILARD

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEFON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. COLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fond.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAGAB Janie	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULEA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.
Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.
Merci pour votre disponibilité, vos conseils, votre aide.
Merci également pour votre enseignement, vous êtes un réel mentor pour moi.

A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC,

Vous me faites l'honneur d'appartenir à ce jury. Je vous prie de bien vouloir trouver ici mes remerciements les plus sincères et le témoignage de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne FREYENS,

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail. Je vous en remercie.
Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Brigitte PILARD,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie d'apporter votre point de vue de spécialiste. Que ce travail soit le témoignage de ma très grande gratitude et de mon profond respect.

A mes parents,

Je vous remercie pour votre soutien, votre amour et votre éducation.
C'est vous qui avez fait l'homme que je suis aujourd'hui.

A mon Père,

Je te remercie d'avoir toujours été là pour moi en tant que père, mais également en tant que frère et ami. Tu es un exemple pour moi. Je suis fier d'être ton fils.

A ma Mère,

Je te remercie d'avoir veillé sur moi. Tu as toujours fait passer mon bonheur avant le tien. Tu es la maman rêvée de n'importe quel enfant.

A mes Grands-Parents, Robert et Jeanne.

A mon Parrain, Ghislain.

A mon Oncle, Jeannot.

A ma Tante, Jeanne.

A ma grande Tante, Amélie.

A mes Cousins/Cousines, Arnaud, Pauline et Lisa.

A Elodie, ma belle,

Je te remercie d'avoir croisé mon chemin. Chaque jour passé à tes côtés est un cadeau.
Merci pour ton soutien. Je t'aime.

A notre chat, Gros Nini,

Grâce à elle, on peut se réveiller tôt tous les matins.

A mes co-internes du 65, Lucie (ma toute première), Claire et Clément.

Aux co-internes que j'ai croisé durant l'internat : Alain, Laurence....

Merci d'avoir égayé mes stages.

A mes amis de l'externat, Rémi, Dorian, Clément, Elizabeth, Jess, Anna et les autres...

Que de bonnes soirées passées en votre compagnie.

A Ludwig et Anna,

Le trio magique !! Je vous remercie d'avoir transformé 7 ans de galère en 7 ans de bonheur.

Même si la vie nous sépare je ne vous oublie pas.

A mes Amis du 65 : Boris, Flo, Nico, Joseph, Vincent....

Je vous remercie de m'avoir fait décompresser tous les weekends pendant 10 ans.
Que de bons souvenirs avec vous. Vous êtes les meilleurs !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET METHODES.....	6
RÉSULTATS.....	8
DISCUSSION.....	13
CONCLUSION.....	18
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	19
ANNEXES.....	22

INTRODUCTION

La Ménopause, liée à l'arrêt de la production d'hormones ovariennes survient le plus souvent aux alentours de 50 ans et se traduit par la fin des menstruations.

La chute du taux d'œstrogène et de progestérone a des conséquences multiples sur le corps. (1) Ainsi, alors que les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes sont les signes les plus reconnus de manière universelle, la ménopause peut également atteindre presque tous les organes du corps et notamment les organes génitaux, entraînant une atrophie vulvo-vaginale.

En effet, la carence oestrogénique entraîne divers remaniements au niveau vaginal et vulvaire (2)(3)(4) :

- Une diminution de la flore vaginale saprophyte, qui induit une élévation du pH vaginal au-dessus de 6 (3) et donc un risque accru d'inflammation et d'infection.
- Une modification de la morphologie de l'épithélium vaginal qui s'amincit avec une perte des plis vaginaux et une disparition du collagène. (5)
- Une baisse de la vascularisation et des sécrétions vaginales.
- Un déficit du contenu graisseux des lèvres.
- Une atrophie de l'urètre (l'urètre et la vessie ayant la même origine embryologique que le vagin). (6)

Ces différentes modifications physiologiques peuvent ainsi entraîner une atrophie vulvo-vaginale.

Le diagnostic de celle-ci est purement clinique associant symptômes ressentis par la patiente et signes physiques visibles à l'examen. Les deux symptômes les plus communs sont la sécheresse vaginale et la dyspareunie (4). Brûlures vaginales, leucorrhée, douleur, prurit et spotting sont également possibles. Enfin dysurie,

incontinence urinaire et infections urinaires récidivantes peuvent être liées aux répercussions de la carence oestrogénique sur le tractus urinaire. (7)

A l'examen, on retrouve une modification du relief des lèvres (4) (rétraction progressive avec atrophie des petites lèvres qui peuvent fusionner avec les grandes), une perte des poils pubiens et une exposition plus importante du clitoris. A l'aide d'un spéculum, on peut voir des parois vaginales lisses, une muqueuse pâle plus ou moins marquée de pétéchies voire d'ulcérations. Une atrophie sévère peut engendrer un rétrécissement de l'orifice vaginal et un raccourcissement du vagin, voire une occlusion partielle.

Au niveau épidémiologique, la prévalence de cette atteinte gynécologique est variable en fonction des études, de la population, de la tranche d'âge ou des symptômes étudiés. De manière générale, selon une étude internationale (8), 45% des femmes de 55 à 65 ans seraient affectées par au moins un symptôme quel qu'il soit (Grande Bretagne, Etats Unis, Canada, Suède, Finlande, Norvège). Selon une autre étude Américaine (9) portant sur des femmes de 45 à 89 ans, la prévalence serait de 60%.

Le symptôme le plus fréquemment retrouvé est la sécheresse vaginale (affectant 55 % des femmes souffrant d'atrophie vulvo-vaginale selon l'étude Américaine REVIVE (10) contre 44% pour la dyspareunie, 37% pour l'irritation vaginale et 8% pour les saignements). De façon plus générale, la prévalence de sécheresse vaginale serait de 4% en pré ménopause et de 47% en post ménopause (2)(11)(12)(13)(14)(15)(16)(17).

Les principes de traitement chez les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale liée à la ménopause sont de restaurer la physiologie uro-génitale et de soulager les symptômes. Le traitement hormonal systémique n'est pas à proposer en première intention chez les femmes n'ayant que des symptômes vaginaux (4). Des gels lubrifiants ou hydratants peuvent soulager les symptômes (18)(19)(20). Mais le traitement oestrogénique local par crème ou ovule est l'option de référence en première intention (21)(22).

L'apport d'œstrogène va acidifier le pH vaginal, épaissir l'épithélium, augmenter la vascularisation et la lubrification. De nombreuses études (23)(24)(25)(26) ainsi qu'une analyse COCHRANE de 2006 portant sur 19 essais (27) démontrent que l'utilisation locale d'œstrogène a un effet supérieur au placebo ou à un gel non hormonal quelle que soit la galénique choisie (crème ou ovule) (28).

Le soulagement est obtenu en moyenne après 3 semaines de traitement (posologie et durée idéales non définies), mais les symptômes peuvent récidiver à l'arrêt.

Selon une étude Américaine portant sur 200 femmes utilisant un traitement oestrogénique local (29), 69% d'entre elles se disent extrêmement satisfaites et seulement 3% pas satisfaites du tout.

Cependant malgré différentes possibilités de traitement efficace, seule une minorité de femmes (environ 25% dans les pays occidentaux et probablement moins ailleurs) va demander une aide médicale (4).

Différentes études ont essayé d'analyser l'attitude et les attentes des femmes ménopausées vis-à-vis de l'atrophie vulvo-vaginale à travers le monde telle que l'étude Américaine REVIVE (10), mais également des études Anglaises (30), Asiatiques (31) et internationales (8)(32)(33)(34) réalisées essentiellement aux Etats-Unis, Grande Bretagne, Canada, Suède, Finlande, Norvège et Danemark.

Les résultats de ces études nous permettent de dégager plusieurs constatations. Tout d'abord, il existe un manque de connaissance de la part des femmes sur l'atrophie vulvo-vaginale. En effet seulement 25% d'entre elles attribuent leurs symptômes à la ménopause (10). Il existe également un manque de connaissance sur les traitements possibles de ces symptômes : en moyenne 42% des femmes ne savent pas qu'il existe un traitement, résultat plus marqué aux Etats-Unis (51%) et en Grande Bretagne (50%) qu'en Finlande (10%) (34).

De plus, ces études montrent un manque de communication entre les patientes et les médecins. Ainsi l'étude REVIVE (10) nous explique que 50% des patientes n'ont jamais discuté de leurs symptômes avec leur médecin et que 40% d'entre elles attendent que ce soit lui qui fasse le premier pas. De la même façon, 87% des discussions sont initiées par les patientes et 50% ont attendu plus de 7 mois pour aborder le sujet. Selon une étude internationale 77% des femmes se disent gênées de parler de leur symptômes (34).

Ce manque de dialogue est en contradiction avec l'impact que peuvent avoir ces symptômes sur la qualité de vie des patientes qui peut aller de 27% à 75% en fonction des pays (8)(10)(33).

Enfin 30% à 58% des patientes souhaitent un traitement en fonction des pays (8)(10)(30)(31).

Au final on remarque que les connaissances ou les attentes en matière de prise en charge de cette pathologie sont relativement variables en fonction des pays nécessitant très probablement une approche spécifique.

La majorité de ces études a été réalisée aux Etats-Unis, Grande Bretagne, Canada et dans les pays Européens Nordiques alors qu'aucune étude n'a été retrouvée en France.

Je souhaite donc à travers ce travail m'intéresser plus particulièrement aux attentes des femmes ménopausées Françaises (en prenant comme exemple des femmes résidant dans le département des Hautes Pyrénées) concernant la prise en charge de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale et de comparer ces résultats aux attentes des femmes des autres pays occidentaux.

MATERIEL ET METHODES

Pour ce travail nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive, dans le département des Hautes Pyrénées, conduite du 1^{er} juillet 2015 au 31 octobre 2015.

Plus de 500 questionnaires ont été distribués directement aux patientes via leurs médecins généralistes sur 24 cabinets de médecine générale répartis sur l'ensemble du territoire du département et choisis de manière aléatoire (8 cabinets ruraux, 8 cabinets semi-ruraux et 8 cabinets urbains). La définition du type de milieu s'est faite de manière arbitraire en fonction du nombre d'habitants (milieu urbain plus de 5000 habitants, milieu rural moins de 2000 habitants et milieu semi-rural entre 2000 et 5000 habitants). Le département des Hautes Pyrénées a été choisi de manière arbitraire pour des raisons pratiques et personnelles (ma formation pratique ainsi que mon avenir professionnel se situant dans les Hautes Pyrénées).

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient d'être une femme âgée de 45 à 70 ans, ménopausée (absence de règles depuis plus d'un an) et ayant au moins un symptôme d'atrophie vulvo-vaginale parmi les signes suivants : sècheresse vaginale, irritation/douleur vaginale, dyspareunie, baisse du plaisir sexuel, incontinence urinaire et infections urinaires à répétition. La tranche d'âge 45-70 ans a été déterminée par comparaison aux autres études (tranche d'âge la plus souvent utilisée).

Les critères d'exclusion de l'étude étaient les femmes de moins de 45 ans ou de plus de 70 ans, les femmes non ménopausées et les femmes ménopausées n'ayant pas de symptôme d'atrophie vulvo-vaginale.

Le critère de jugement principal de cette étude était de connaître l'attente des femmes vis-à-vis de la prise en charge de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale liée à la

ménopause (notamment leurs attentes en matière de communication/discussion avec leur médecin traitant et en matière de traitement).

La réponse à ces questions s'est faite à l'aide d'un questionnaire (cf annexe1) à questions fermées et à choix multiples.

Sur le plan éthique, les réponses à ce questionnaire étaient anonymes et soumises au consentement des patientes.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

RESULTATS

Sur les 500 questionnaires distribués durant la période du 1^{er} juillet 2015 au 31 octobre 2015, un total de 219 questionnaires a été renvoyé par des femmes ménopausées de 45 à 70 ans (âge moyen 59.41 ans).

Sur les 219 questionnaires, 172 (78,5%) ont été inclus dans l'étude (femmes ménopausées ayant au moins un signe d'atrophie vulvo-vaginale liée à la ménopause) et 47 (21,5%) ont été exclus de l'étude (femmes ménopausées n'ayant pas de signe d'atrophie vulvo-vaginale).

Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les femmes sont la baisse du plaisir sexuel (58%), la sécheresse vaginale (52,1%) et la dyspareunie (28,8%) (Tableau 1).

Tableau 1 : Symptômes d'atrophie vulvo-vaginale reportés par les patientes.

Symptômes	Patientes présentant les symptômes
Baisse du plaisir sexuel	58% (127)
Sècheresse vaginale	52,1% (114)
Dyspareunie	28,8% (63)
Incontinence urinaire	22,8% (50)
Douleur vaginale	21,5% (47)
Pas de symptôme	21,5% (47)
Infections urinaires à répétition	7,8% (17)

Sur les 172 questionnaires inclus dans l'étude (âge moyen 59,55 ans), 46% ont été remplis par des femmes issues d'un milieu urbain, 30% d'un milieu semi-rural et 24% d'un milieu rural.

De manière générale, 34,3% des femmes incluses considèrent que ces symptômes ont un impact négatif sur leur qualité de vie en général et 65,7% ne les considèrent pas comme suffisamment handicapants pour avoir un impact néfaste.

Les patientes ménopausées sont plutôt bien surveillées avec seulement 1,7% d'entre elles qui disent n'avoir aucun suivi gynécologique. 80,2% d'entre elles consultent un gynécologue, 11,6% leur médecin généraliste exclusivement et 6,4% les deux de manière complémentaire.

Au total sur les 98,2% des femmes ménopausées souffrant d'atrophie vulvo-vaginale qui ont un suivi gynécologique (quel qu'il soit), 72,1% d'entre elles ont déjà discuté de leurs symptômes avec un médecin (gynécologue ou médecin généraliste) et 27,9% n'en ont discuté avec personne (Tableau 2).

Tableau 2 : Discussion des symptômes liés à l'atrophie vulvo-vaginale entre la patiente et les médecins.

Discussion de la patiente	% de réponses
Avec leur médecin généraliste exclusivement	10,5% (18)
Avec leur gynécologue exclusivement	38,4% (66)
Avec les deux	23,3% (40)
Avec aucun des deux	27,9% (48)

On constate malgré tout que 66,3% des femmes ne parlent pas de leurs symptômes à leur médecin généraliste (puisque 38,4% en parlent à leur gynécologue exclusivement et 27,9% ni à leur gynécologue ni à leur médecin généraliste). Les explications les plus fréquentes sont soit qu'elles considèrent ces signes comme normaux liés à la ménopause (57%), ou soit pas assez handicapants pour en parler (37,7%). Certaines se sentent gênées (24,6%), tandis que plus de la moitié préfère en discuter avec leur gynécologue (53,5%) (Tableau 3).

Tableau 3 : Les raisons données par les femmes ne discutant pas de leurs symptômes avec leur médecin généraliste.

Raisons données	% de réponses
Elles considèrent ces signes normaux, liés à la ménopause	57% (65)
Elles en discutent déjà avec leur gynécologue	53,5% (61)
Pas assez handicapant pour en parler	37,7% (43)
Elles se sentent gênées d'en parler	24,6% (28)
Trop personnel pour en parler	20,2% (23)
Leur médecin est un homme et elles préféreraient en parler à une femme	21,9% (25)
Leur médecin est une femme et elles préféreraient en parler à un homme	0,9% (1)
La patiente souhaiterait que le médecin aborde le sujet	12,3% (14)
Pas de raison donnée	2,6% (3)

A l'inverse dans cette étude, 33,8% des femmes ménopausées ont déjà parlé de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale à leur médecin généraliste, soit uniquement avec celui-ci (10,5%) soit conjointement avec le gynécologue (23,3%). On remarque que c'est majoritairement la patiente qui aborde le sujet (81%) (Tableau 4), après plusieurs mois d'attente (61,4%) (Tableau 5).

Tableau 4 : Répartition de l'origine de la discussion dans la relation médecin/patiente.

Interlocuteur qui aborde le sujet	% de réponses
La patiente	81% (47)
Le médecin généraliste	13,8% (8)
Pas de réponse	5,2% (3)

Tableau 5 : Durée de l'attente avant que les patientes abordent le sujet.

Durée de l'attente	% de réponses
Plusieurs mois	61,4% (35)
Plusieurs jours	14% (8)
Plusieurs années	12,3% (7)
Pas de réponse	12,3% (8)

En matière de traitement, sur les 172 questionnaires inclus, on constate que 54,7% (94) des femmes ménopausées ne sont pas traitées pour leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale (Tableau 6) et que seulement 28,7% d'entre elles souhaiteraient en avoir un (Tableau 7). En revanche, les femmes qui sont traitées (43% des questionnaires inclus) sont majoritairement améliorées par leur traitement (85,1%) (Tableau 9). Les crèmes vaginales (50%), ovules vaginales (23%) et le traitement hormonal systémique de la ménopause (31,1%) sont les plus utilisés (Tableau 8).

Tableau 6 : Répartition des patientes traitées et non traitées pour leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale liée à la ménopause.

Prise en charge	% des femmes
Femmes non traitées	54,7% (94)
Femmes traitées	43% (74)
Pas de réponse	2,3% (4)

Tableau 7 : Attente des femmes non traitées pour leur prise en charge

Traitement souhaité	% des femmes
Non	54,3% (51)
Oui	28,7% (27)
Pas de réponse	17% (16)

Tableau 8 : Types de traitements utilisés par les femmes traitées.

Type de Traitement	% des femmes
Crème vaginale	50% (37)
Traitement hormonal systémique	31,1% (23)
Ovule vaginale	23% (17)
Homéopathie	14,9% (11)
Phytothérapie	4,1% (3)
Pas de réponse	4,1% (3)

Tableau 9 : Efficacité du traitement chez les femmes traitées.

Amélioration des symptômes	% des femmes
Oui	85,1% (63)
Non	5,4% (4)
Pas de réponse	9,5% (7)

DISCUSSION

Cette étude montre que les femmes ménopausées parlent assez facilement de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale puisque 72,1% d'entre elles en discutent avec un médecin quel qu'il soit (généraliste et/ou spécialiste). En revanche, seulement un tiers (33,8%) en parle à leur médecin traitant, préférant soit en discuter avec leur gynécologue ou bien alors ne rien dire considérant ces signes comme normaux liés à la ménopause. Ce sont majoritairement les patientes qui abordent le sujet (81%) au bout de plusieurs mois. Enfin, un peu moins de la moitié des femmes (43%) est traitée de manière efficace par voie locale ou systémique.

Les forces de cette étude sont qu'elle couvre de manière équitable l'ensemble du bassin démographique des Hautes Pyrénées (46% des questionnaires issus de zones urbaines et 54% de zones rurales ou semi-rurales) avec des patientes issues de 24 cabinets de médecins généralistes différents et choisis de manière aléatoire et équitable entre médecins maîtres de stages universitaires ou non. De plus, ces questionnaires interrogent les patientes directement sur leurs attentes avec un âge moyen de 59,55 ans pour des femmes incluses de 45 à 70 ans.

Les limites et biais de cette étude sont nombreux. Tout d'abord, on ne peut pas considérer cette étude comme significative devant le faible nombre de participantes (172) en comparaison aux études précédentes qui comportaient toujours plus de 1000 femmes incluses.

Ensuite la généralisabilité, des résultats à la France entière est difficile à estimer (biais d'admission de cette étude qui couvre exclusivement les femmes des Hautes Pyrénées). Notre pays possède une diversité et une richesse culturelle qui est propre à chacune de ses régions et donc les attentes des femmes ménopausées peuvent être différentes de l'une à l'autre.

Il existe également un biais de sélection puisque les résultats ne tiennent pas compte de l'origine ethnique ou des opinions religieuses des patientes ce qui peut entraîner un biais dans leurs réponses.

On ne peut pas écarter non plus le risque d'omission ou de mensonge des patientes dans leurs réponses (biais de déclaration lié à une gêne).

Enfin, il peut y avoir un biais de subjectivité dans la distribution des questionnaires. En effet, ceux-ci ont été distribués aux patientes dans le cabinet de leur médecin généraliste, soit par l'intermédiaire de la secrétaire ou soit directement par le médecin (lors d'absence de secrétaire), pouvant dans ce cas entraîner un biais de subjectivité dans la décision d'inclusion ou non d'une patiente (par la connaissance de leur mentalité, susceptibilité ou réserve).

Différentes études ont déjà essayé d'analyser l'attitude et les attentes des femmes ménopausées vis-à-vis de l'atrophie vulvo-vaginale essentiellement aux Etats-Unis, Grande Bretagne, Canada et dans les pays Européens Nordiques. Nous allons donc comparer les résultats de notre étude à ceux des études précédentes (REVIVE aux Etats-Unis (10), et 7 autres études internationales regroupées dans une revue de la littérature (33)).

Au niveau de la répartition des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale ressentis par les patientes, les résultats sont comparables aux autres études. En effet, la sécheresse vaginale est rapportée par 52,1% des femmes dans notre étude contre 55% dans l'étude REVIVE(10), tandis que les conséquences sexuelles « baisse du plaisir sexuel » et dyspareunie sont respectivement reconnues par 58% et 28,8% des patientes dans notre étude contre 40% (8) à 63% (10) pour la baisse du plaisir et 42% (8) à 56% (33) pour la dyspareunie. Les autres signes sont également comparables (irritation/douleur vaginale, incontinence urinaire et infections urinaires à répétitions).

34,3% des femmes ménopausées considèrent que ces symptômes ont un impact négatif sur leur qualité de vie en général. Ce résultat est là encore comparable aux autres études (27% pour REVIVE (10), tandis qu'une étude internationale (34) conclut qu'en moyenne 52% des patientes se disent gênées dans leur vie sociale et leur intimité, ce résultat étant variable en fonction des pays).

On va noter des différences entre les études en matière d'attitude et d'attente sur la communication des patientes avec les médecins. En effet notre travail montre que les femmes ménopausées parlent assez facilement de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale puisque 72,1% d'entre elles en discutent avec un médecin quel qu'il soit (généraliste et/ou spécialiste) et donc seulement 27,9% préfèrent ne pas en parler. Ces résultats contrastent avec ceux des autres études qui retrouvent au contraire une majorité de femmes réticentes au dialogue (50 à 75% des femmes n'en parlent pas, résultats variables en fonction des études (4) (10) (30) (33)).

Les résultats de notre travail semblent donc être encourageants sur notre pratique en matière de communication sur le sujet. Ils sont toutefois à nuancer car si les patientes parlent facilement de leurs symptômes, elles en discutent plus volontiers avec leur gynécologue qu'avec leur médecin généraliste. En effet, deux tiers des femmes (66,3%) n'en ont jamais parlé à leur médecin traitant, la raison principale étant qu'elles en discutent déjà avec leur gynécologue (pour 53,5% d'entre elles). Les autres explications avancées par les femmes sont qu'elles considèrent ces signes comme normaux liés à la ménopause (57%) ou alors pas assez handicapants (37,7%) et qu'il est donc inutile d'en discuter avec leur médecin généraliste. En revanche, seulement 24,6% des femmes se disent gênées d'en parler contre 39 à 77% dans les autres études (33)(34), 20,2% trouvent le sujet trop personnel contre 41% (34) et 12,3% attendent que le médecin fasse le premier pas contre 40% (10).

Les raisons des réticences à la discussion sont donc différentes en fonction des pays : les précédentes études réalisées dans les pays anglo-saxons et nordiques montrent que l'atrophie vulvo-vaginale est un sujet tabou et que les femmes, gênées, considèrent que ce n'est pas un sujet à aborder avec leur médecin (59%) (33), d'ailleurs la plupart d'entre elles attende que celui-ci fasse le premier pas. Ces études mettent également en avant le manque de connaissance des patientes sur le sujet et les traitements possibles (39% d'entre elles pensent que rien ne pourra les soulager, méconnaissance plus marquée aux Etats-Unis et en Grande Bretagne 51 et 50%) (33). Au contraire, les femmes Françaises incluses dans notre travail sont moins gênées et en discutent plus spontanément à leur médecin (plus facilement à leur gynécologue), et si elles décident de ne pas en parler, c'est plus parce qu'elles considèrent ces signes normaux et supportables.

Notre travail montre que les femmes qui discutent de leurs symptômes avec leur médecin généraliste considèrent que ceux-ci entraînent un impact négatif sur leur qualité de vie pour 48,3% d'entre elles (contre 26,3% chez les patientes qui n'en parlent pas). On peut donc penser que la raison majeure pour elles de se confier est la sévérité de ces symptômes et leurs conséquences.

On remarque que dans 81% des cas ce sont les femmes qui abordent le sujet, résultat comparable aux autres études (10)(33) et dans la majorité des cas (61,4%) elles attendent plusieurs mois avant de faire le premier pas (résultat là encore comparable aux autres études (8)(10)(30).)

Il est intéressant de comparer ces résultats à ceux de l'étude REVEAL (analysée dans une revue de la littérature (33)). Cette étude s'est intéressée à la relation médecin/patient sur ce sujet mais côté médecins (602 médecins inclus, 200 généralistes, 202 gynécologues et 200 sages-femmes). Celle-ci explique que 49% des médecins disent engager spontanément la conversation sur ce sujet, résultat en contradiction avec ce que pensent les femmes, puisque comme nous l'avons dit précédemment elles considèrent que les médecins font le premier pas dans seulement 10 à 13% des cas (10)(33). Il existe donc une différence de perception à ce sujet entre les médecins et la réalité ressentie par les patientes.

En matière de traitement, on peut également noter quelques différences entre notre travail et les études anglo-saxonnes et nordiques. La répartition des femmes ménopausées traitées/non traitées pour leurs symptômes est comparable (43% des femmes souffrant d'atrophie vulvo-vaginale sont traitées dans notre travail contre 40% dans les autres études (10)(34)). En revanche les femmes d'origine anglo-saxonne ou nordique sont plus réticentes à un traitement à base d'hormone. En effet, celles-ci sont majoritairement traitées avec des gels non hormonaux lubrifiants ou hydratants (67% des femmes traitées aux Etats-Unis (10), et 49% sur le plan international (8)). A l'inverse, notre travail montre que 50% des femmes traitées le sont avec une crème vaginale à base d'œstrogène (contre 13% à 27% dans les autres études (8)(10)), 23% avec des ovules et 31,1% avec un traitement systémique (contre 22% (8)).

Nous traitons donc plus facilement les femmes avec des préparations à base d'oestrogènes que dans les autres pays avec de meilleurs résultats en matière d'amélioration des symptômes. En effet, 85,1% des femmes traitées dans notre travail se disent soulagées, contre seulement 35% à 67% dans les autres études (10)(34) dont les résultats sont ternis par le manque d'efficacité des traitements locaux non hormonaux. De la même façon les 5,4% de patientes non améliorées dans notre étude étaient traitées par phytothérapie ou homéopathie.

CONCLUSION

Ce travail nous permet donc de mieux connaître l'attitude et les attentes des femmes ménopausées des Hautes Pyrénées en ce qui concerne la prise en charge de leurs symptômes d'atrophie vulvo-vaginale.

En effet, contrairement aux pays Anglo-Saxons et Nordiques où ce sujet est relativement tabou et méconnu du grand public, les femmes des Hautes Pyrénées discutent assez facilement de leurs symptômes avec un médecin quel qu'il soit (généraliste ou spécialiste), notamment si ceux-ci ont un impact sur la qualité de vie.

Toutefois il ressort qu'elles préfèrent en parler avec leur gynécologue plutôt qu'avec leur médecin traitant et ce sont très majoritairement celles-ci qui abordent le sujet.

Il est donc dommageable pour les patientes que les médecins généralistes ne fassent pas le premier pas car elles peuvent être privées d'un traitement simple et efficace.

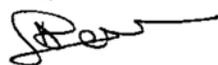
Etant des acteurs de terrain nous pouvons avoir un rôle plus important d'écoute, de prévention et de soins à jouer dans ce domaine. Il convient donc à nous, médecin généraliste de modifier notre attitude et d'oser poser la question plus souvent.

Il faut bien évidemment adapter notre approche à la culture et à la pudeur de chaque femme. Mais ce problème peut être abordé de différentes manières par le médecin généraliste pendant une consultation. Ainsi, lors de l'interrogatoire, une des approches pourrait être de commenter : « certaines femmes ont l'expérience de la survenue de sécheresse vaginale lors de la ménopause, qu'en est-il pour vous ? ».

Une alternative serait de poser la question au moment de l'examen physique ou du frottis, en particulier si l'on constate des signes témoins de cette atrophie vaginale.

Toulouse, le 18/05/2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIÉ



T. Carré 18/05/16



Références Bibliographiques :

1. Ménopause [Internet]. [cited 2015 Dec 9]. Available from: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/menopause>
2. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal Atrophy. *Mayo Clin Proc.* 2010 Jan;85(1):87–94.
3. Roy S, Caillouette JC, Roy T, Faden JS. Vaginal pH is similar to follicle-stimulating hormone for menopause diagnosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 May;190(5):1272–7.
4. Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric.* 2010 Dec 1;13(6):509–22.
5. Moalli PA, Talarico LC, Sung VW, Klingensmith WL, Shand SH, Meyn LA, et al. Impact of menopause on collagen subtypes in the arcus tendineous fasciae pelvis. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Mar;190(3):620–7.
6. Bergman A, Karram MM, Bhatia NN. Changes in Urethral Cytology following Estrogen Administration. *Gynecol Obstet Invest.* 1990;29(3):211–3.
7. Postmenopausal Vaginal Atrophy and Atrophic Vaginitis : The American Journal of the Medical Sciences [Internet]. LWW. [cited 2015 Dec 11]. Available from: http://journals.lww.com/amjmedsci/Fulltext/1997/10000/Postmenopausal_Vaginal_Atrophy_and_Atrophic.4.aspx
8. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric.* 2012 Feb;15(1):36–44.
9. Santoro N, Komi J. Prevalence and Impact of Vaginal Symptoms among Postmenopausal Women. *J Sex Med.* 2009 Aug;6(8):2133–42.
10. Wysocki, Kingsberg S, Krychman M. Management of Vaginal Atrophy: Implications from the REVIVE Survey. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2014 Jun;23.
11. Iosif CS, Bekassy Z. Prevalence of Genitourinary Symptoms in the Late Menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1984 Jan 1;63(3):257–60.
12. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2000 Aug 23;96(3):351–8.
13. Stadberg E, Mattsson L-Å, Milsom I. The prevalence and severity of climacteric symptoms and the use of different treatment regimens in a Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 Jan 1;76(5):442–8.
14. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40–55 Years of Age. *Am J Epidemiol.* 2000 Sep 1;152(5):463–73.
15. Sociodemographic Characteristics, Biological Factors, and Sy... : Menopause [Internet]. LWW. [cited 2015 Dec 11]. Available from: http://journals.lww.com/menopausejournal/Fulltext/1998/05010/Sociodemographic_Characteristics_Biological.8.aspx
16. Association of breast cancer and its therapy with menopause-... : Menopause [Internet]. LWW. [cited 2015 Dec 9]. Available from:

http://journals.lww.com/menopausejournal/Fulltext/2004/11050/Association_of_breast_cancer_and_its_therapy_with.5.aspx

17. Williams RE, Kalilani L, DiBenedetti DB, Zhou X, Fehnel SE, Clark RV. Healthcare seeking and treatment for menopausal symptoms in the United States. *Maturitas*. 2007 Dec 20;58(4):348–58.
18. Comparative study: Replens versus local estrog... [Fertil Steril. 1994] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2015 Dec 11]. Available from: zotero://attachment/178/
19. Chen J, Geng L, Song X, Li H, Giordan N, Liao Q. Evaluation of the Efficacy and Safety of Hyaluronic Acid Vaginal Gel to Ease Vaginal Dryness: A Multicenter, Randomized, Controlled, Open-Label, Parallel-Group, Clinical Trial: Hyaluronic Acid Vaginal Gel to Treat Vaginal Dryness. *J Sex Med*. 2013 Jun;10(6):1575–84.
20. Sinha A, Ewies AAA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric*. 2013 Jun;16(3):305–12.
21. The role of local vaginal estrogen for tre... [Menopause. 2007 May-Jun] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17438512>
22. SOGC clinical practice guidelines. The... [Int J Gynaecol Obstet. 2005] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15779109>
23. Raghunandan C, Agrawal S, Dubey P, Choudhury M, Jain A. A Comparative Study of the Effects of Local Estrogen With or Without Local Testosterone on Vulvovaginal and Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women. *J Sex Med*. 2010 Mar;7(3):1284–90.
24. Bachmann G, Bouchard C, Hoppe D, Ranganath R, Altomare C, Vieweg A, et al. Efficacy and safety of low-dose regimens of conjugated estrogens cream administered vaginally: *Menopause*. 2009 Jul;16(4):719–27.
25. Randomized, multicenter, double-blind, placebo... [Fertil Steril. 2008] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053998>
26. Freedman M, Kaunitz AM, Reape KZ, Hait H, Shu H. Twice-weekly synthetic conjugated estrogens vaginal cream for the treatment of vaginal atrophy: *Menopause*. 2009 Jul;16(4):735–41.
27. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006 [cited 2015 Dec 11]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001500.pub2>
28. 17beta-estradiol vaginal tablet versus con... [Menopause. 2000 May-Jun] - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2015 Dec 11]. Available from: zotero://attachment/212/
29. Minkin, Maamari R, Reiter S. Postmenopausal vaginal atrophy: evaluation of treatment with local estrogen therapy. *Int J Womens Health*. 2014 Mar;281.
30. Barlow DH, Cardozo LD, Francis RM, Griffin M, Hart DM, Stephens E, et al. Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1997 Jan 1;104(1):87–91.
31. Huang K-E, Xu L, I NN, Jaisamrarn U. The Asian Menopause Survey: Knowledge, perceptions, hormone treatment and sexual function. *Maturitas*. 2010 Mar 1;65(3):276–83.

32. Utian WH, Maamari R. Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climacteric*. 2014 Feb;17(1):29–36.
33. Parish, Nappi R, Krychman, Kellogg-Spadt, Simon, Goldstein, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 2013 Jul;437.
34. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: Results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 2010 Nov;67(3):233–8.

ANNEXE 1

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux patientes.

- 1- **Quel âge avez-vous ?**
- 2- **Etes-vous ménopausée ?** (absence de règles depuis plus d'un an) oui non
- 3- **Dans quelle ville exerce votre médecin traitant généraliste ?**
- 4- **Pour votre suivi gynécologique, vous allez chez votre** (possibilité de cocher les 2 réponses) :
Médecin traitant généraliste
Gynécologue
- 5- **Etes-vous touchée par au moins un de ces symptômes :** (plusieurs réponses possibles)
 - Sécheresse vaginale : oui non
 - Irritation, douleur vaginale : oui non
 - Rapports sexuels douloureux : oui non
 - Baisse de la libido, du plaisir sexuel : oui non
 - Incontinence urinaire : oui non
 - Infections urinaires à répétition : oui non
- 6- **Ces symptômes ont-ils un impact sur votre qualité de vie en général :** oui non
- 7- **Avez-vous déjà discuté de ces symptômes avec :**
 - Votre médecin généraliste oui non
 - Votre gynécologue oui non
- 8- **Si vous n'en avez jamais parlé avec votre médecin généraliste, quelles en sont les raisons ?** (plusieurs réponses possibles)
 - Vous êtes gênée de parler de ces symptômes
 - C'est trop personnel
 - Vous aimeriez que votre médecin fasse le premier pas
 - Votre médecin est un homme et vous préféreriez en parler avec une femme
 - Votre médecin est une femme et vous préféreriez en parler avec un homme
 - Vous considérez ces signes comme normaux, liés à l'évolution de la ménopause
 - Les symptômes ne sont pas assez handicapants pour en parler
 - Vous en discutez déjà avec votre gynécologue
 - Autres :
- 9- **Si vous en avez déjà discuté avec votre médecin généraliste :**
 - C'est votre médecin généraliste qui a abordé le problème
 - C'est vous qui avez fait le premier pas

- Au bout de combien de temps ?
 plusieurs jours. plusieurs mois. plusieurs années.

10- Etes-vous traitée pour ces symptômes ? oui non

11- Si vous n'êtes pas traitée, souhaiteriez-vous un traitement ? oui non

- Si non pourquoi ?

12- Si vous êtes traitée pour ces symptômes :

- Quel est votre type de traitement ? (plusieurs réponses possibles)
 Crème vaginale Ovule vaginal Phytothérapie Homéopathie
 Traitement hormonal de la ménopause (patch cutané, gel cutané, comprimé

oral).

- A-t-il amélioré vos symptômes ? oui non

Titre : Les attentes des femmes ménopausées concernant la prise en charge des symptômes d'atrophie vulvo-vaginale en médecine générale : enquête réalisée dans les Hautes-Pyrénées.

Introduction : L'atrophie vulvo-vaginale est une affection fréquente de la ménopause entraînant divers symptômes potentiellement handicapants (sécheresse vaginale, dyspareunie...)

Il existe des traitements efficaces mais au final peu prescrits car le sujet est peu évoqué en consultation de médecine générale.

Objectif : Evaluer les attentes des femmes ménopausées pour la prise en charge de cette pathologie et comparer les résultats à ceux des études étrangères.

Méthode : Etude épidémiologique descriptive chez des femmes âgées de 45 à 70 ans, ménopausées et souffrant d'atrophie vulvo-vaginale.

Les attentes des patientes ont été relevées à l'aide d'un questionnaire distribué dans les Hautes-Pyrénées du 1^{er} juillet au 31 octobre 2015.

Résultats : 172 questionnaires ont été inclus dans l'étude. 72,1% des femmes ménopausées discutent de leurs symptômes avec un médecin quel qu'il soit, mais seulement un tiers en parle à leur médecin généraliste, les autres préférant en discuter avec leur gynécologue (53,5%) ou bien ne rien dire considérant ces signes comme normaux (57%). Ce sont majoritairement les patientes qui abordent le sujet (81%) au bout de plusieurs mois. 43% des femmes sont traitées essentiellement par crème (50%) et ovule (23%) à base d'œstrogène avec une excellente efficacité (85,1%).

Seulement 28,7% des femmes non traitées souhaitent un traitement.

Discussion : Contrairement aux pays Anglo-Saxons et Nordiques où ce sujet est tabou et méconnu du grand public, les femmes des Hautes-Pyrénées discutent assez facilement de leurs symptômes avec un médecin. Toutefois il ressort qu'elles préfèrent en parler à leur gynécologue plutôt qu'à leur médecin traitant et ce sont très majoritairement celles-ci qui abordent le sujet.

On remarque également que nous traitons plus facilement les femmes avec des préparations à base d'œstrogène que dans les autres pays et avec de meilleurs résultats en matière d'amélioration des symptômes.

Mots-Clés : Ménopause, Atrophie vulvo-vaginale, Attente, Hautes-Pyrénées.

Titre : Post-menopausal women's perspectives for the management of vulvar and vaginal atrophy symptoms in general medicine : study directed in Hautes-Pyrénées.

Background : Vulvar and Vaginal Atrophy (VVA) is a medical condition common for post-menopausal women. Symptoms of VVA such as vaginal dryness, dyspareunia can negatively impact the quality of life. Effective treatments are available but not prescribed so much because of a poor communication with physicians.

Goal : This study recorded women's perspectives on post-menopausal vulvo-vaginal health and compared the results with results of other countries studies.

Methods : We performed a descriptive epidemiologic study with women between 45 to 70 years old, from the Hautes-Pyrénées and suffering from VVA symptoms. We distributed to women a questionnaire during 4 months (first of July to October the 31 2015) for recorded theirs perspectives.

Results : 172 questionnaire were included, 72,1% of post-menopausal women reported these symptoms with a physician, but only a third of them reported these symptoms with a general practitioner. The others preferred talking to a gynecologist (53,5%) or preferred not seek help because they considerate these symptoms as normal (57%). This is the women who initiated the discussion (81%), waiting several months to do so. 43% of women used vaginal estrogens treatment with great efficiency (85,1%) Only 28,7% of none-treated women wanted a treatment.

Discussion : In the other countries, there is a poor understanding of VVA symptoms and a poor communication with physicians, whereas the women in Hautes-Pyrénées discuss easily with doctors. Nevertheless, they prefer talking to a gynecologist rather than general practitioner and this is the women who initiate the discussion. Also, the women in Hautes-Pyrénées are more treated with vaginal estrogens treatment than the other countries women and with better efficiency on relieving symptoms.

Keywords : Post-menopausal, Vulvar and Vaginal Atrophy, Perspective, Hautes-Pyrénées.

Discipline Administrative : MEDECINE GENERALE

Auteur : Lionel BONAMICH

Directeur de thèse : Professeur Pierre MESTHE

Date et lieu de soutenance : le 14 juin 2016 - Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE