

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
KARINE LAVALLÉE

SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE : PROFILS DE  
CONNAISSANCES ET DE CONFORT DES INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE

27 OCTOBRE 2023

## Résumé

Il est estimé que plus de 60% des femmes ménopausées, sans égard pour leur groupe ethnique ou culturel, sont touchées par le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM). Le Québec compte environ 1,9 million de femmes en âge de la ménopause. La perte hormonale œstrogénique à la ménopause est responsable de l'atrophie vaginale et l'incontinence urinaire qui découlent de ce syndrome. L'infirmière en soins de première ligne est régulièrement exposée à cette clientèle à qui elle offre des soins. Lorsque l'infirmière rencontre la cliente, son mandat d'éducation à la santé vise, entre autres, à combler un manque de connaissances de celle-ci face au SUGM. Or, l'exploration des écrits portant sur les soins entourant le SUGM permet de mettre en lumière un vide entre les connaissances établies par la recherche et celles du personnel soignant impactant leurs compétences éducationnelles sur le sujet. De plus, les tabous entourant les problématiques urogénitales font en sorte que ni le soignant ni la cliente n'abordent le sujet lors de l'évaluation clinique. Toutefois, les écrits scientifiques confirment que les clientes souhaitent que ce soit le soignant qui initie la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Guidée par le Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladie chronique (MC), la présente étude transversale quantitative descriptive simple vise à décrire le profil de connaissances des infirmières québécoises œuvrant en soins de première ligne sur le SUGM et leur profil de confort à initier la discussion sur la santé urogénitale avec leurs clientes. Un recrutement via les réseaux sociaux a eu lieu du 1<sup>er</sup> avril au 10 juin 2023 et a permis la description des profils de connaissances et de confort de 55 infirmières

québécoises en soins de première ligne. Les résultats obtenus indiquent que les infirmières n'ont ni le temps, ni les connaissances, ni les compétences communicationnelles pour initier la discussion sur la symptomatologie reliée au SUGM. Ce constat permet d'affirmer que le SUGM, ses manifestations cliniques et ses conséquences sont mal compris des infirmières québécoises en soins de première ligne et que par conséquent, les femmes atteintes sont sous diagnostiquées et sous-traitées. L'absence de traitement permet au SUGM de progresser, ce qui amène différents maux (infections, saignements, douleur, etc.) chez la personne atteinte et l'amène à consulter régulièrement les services de première ligne. Les retombées de cette étude sont modestes, mais mettent en lumière les besoins criants en formation pour les infirmières québécoises de première ligne, autant au niveau des connaissances sur le SUGM que sur les compétences communicationnelles. L'auteure de ces lignes espère engendrer une prise de conscience sur l'importance d'améliorer l'accès et la qualité des services offerts en santé de la femme.

Mots-clés : atrophie vulvovaginale; vaginite atrophique; syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM), soins de première ligne, infirmière.

## **Abstract**

It is estimated that over than 60% of menopausal women, regardless of ethnic or cultural group, are affected by the genitourinary syndrome of menopause (GSM). In the province of Quebec, there are approximately 1.9 million women of menopausal age. Estrogen hormonal loss at menopause is responsible for the vaginal atrophy and urinary incontinence that result from this syndrome. Primary care nurses are regularly exposed to this clientele to whom they provide care. When the nurse meets the client, part of her health education mandate is to address the client's lack of knowledge regarding GSM. However, an exploration of the literature on the care surrounding GSM reveals a gap between the knowledge established by the research and that of the health professionals, impacting their educational skills on the subject. In addition, the taboos surrounding urogenital issues mean that neither the caregiver nor the client raises the subject during the clinical assessment. However, the scientific literature confirms that clients wish for the caregiver to initiate the discussion on urogenital symptomatology. Guided by the theoretical framework of the activities of primary care nurses with patient with chronic diseases, this quantitative descriptive cross-sectional study aims to describe the knowledge profile of Quebec nurses working in primary care about the GSM and their level of comfort in initiating discussion about urogenital health with their clients. Recruitment via social networks took place from April 1<sup>st</sup> to June 10<sup>th</sup>, 2023, and enabled the description of the knowledge and comfort profiles of 55 Quebec primary care nurses. The results obtained confirm that nurses have neither the time, nor the knowledge, nor the communication skills to initiate discussions about GSM's symptomatology. This suggests

that GSM, its clinical manifestations and its consequences are poorly understood by Quebec primary care nurses and that, consequently, affected women are under-diagnosed and under-treated. The lack of treatment allows GSM to progress, which leads to a variety of ailments (infections, bleeding, pain, etc.) for the person affected and leads them to more frequently consult first-line services. The results of this study are modest but highlight the necessity of better education and training for primary care Quebec nurses, both in terms of knowledge of the GSM and communication skills. The student author of these lines hopes to raise awareness of the importance of improving access to and quality of women's health services.

Keywords: vulvovaginal atrophy (VVA); atrophic vaginitis; Genitourinary syndrome of menopause (GSM), primary care, nurse.

## Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract .....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des abréviations.....	x
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures .....	xiii
Remerciements.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
PROBLÉMATIQUE.....	5
But de l'étude .....	14
RECENSION DES ÉCRITS.....	16
Définition du SUGM.....	19
Manifestations du SUGM.....	21
Conséquences du SUGM.....	22
Prévalence du SUGM.....	23
Les grandes études portant sur le SUGM : les incontournables.....	24
Les femmes face au SUGM.....	35

Prise en charge médicale du SUGM.....	37
Accessibilité aux traitements face au SUGM.....	39
Prise en charge infirmière face au SUGM.....	42
Constats émergeant de la revue des écrits sur le SUGM.....	46
CADRE DE RÉFÉRENCE .....	48
Le cadre .....	49
Domaine d'activité.....	51
Secteurs d'influence.....	56
Pertinence du cadre dans l'étude .....	58
Pertinence du cadre dans la création du sondage .....	59
MÉTHODE .....	62
Devis de recherche .....	63
Population à l'étude.....	64
Milieu et plan d'échantillonnage .....	67
Déroulement de l'étude .....	69
Variables à l'étude.....	71
Instrument de mesure .....	72
Analyse des données.....	74
Aspects éthiques .....	76

RÉSULTATS .....	78
Description du recrutement et de l'échantillon .....	79
Recrutement.....	80
Analyse .....	80
Profil de connaissances.....	84
Profil de connaissances : évaluation globale .....	85
Profil de connaissances : gestion des soins.....	87
Profil de connaissances : Promotion de la santé .....	87
Profil de confort.....	91
Profil de confort : évaluation globale .....	92
Profil de confort : gestion des soins.....	92
Profil de confort : promotion de la santé .....	93
DISCUSSION .....	99
Bref retour sur le but de l'étude.....	100
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon .....	101
Profil de connaissances sur le SUGM .....	103
Profil de confort à initier la discussion sur le SUGM .....	107
Les résultats de l'étude et le cadre théorique.....	109
Forces et limites de l'étude.....	112



Recommandations et retombées .....	117
Pratique clinique .....	117
Gestion.....	119
Recherche.....	120
Formation.....	122
Politique.....	124
CONCLUSION .....	127
RÉFÉRENCES.....	131
ANNEXE A RECRUTEMENT ET COLLECTE DE DONNÉES.....	143
ANNEXE B TABLEAUX .....	147
ANNEXE C FIGURE 4 .....	152
ANNEXE D CALENDRIER DU DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES .....	154
ANNEXE E QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	156
ANNEXE F RÉPARTITION DES QUESTIONS DU SONDRAGE .....	159
ANNEXE G PERMISSION D'UTILISER LE CADRE .....	164
ANNEXE H FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	166
ANNEXE I APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE .....	170
ANNEXE J ATTESTATION SCIENTIFIQUE .....	173

### Liste des abréviations

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
BAC	Baccalauréat
CER	Comité d'éthique de la recherche
CISSSLAU	Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
DEC	Diplôme d'études collégiales
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
GRAS	Gender Roles Attitudes Scale
GSM	Genitourinary syndrome of menopause
ICASI	Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
ISSWSH	International Society for the Study of Women's Sexual Health
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MC	Maladie chronique
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
MIRIS	Modèle intersubjectif de la rencontre infirmière/soigné
NAMS	North American Menopause Society
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PRISMA	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyzes
SABS	Sexual Attitudes and Belief Scale
SEPC	Self-Efficacy in Clinical Performance Scale
SMS	Spanish Menopause Society
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
STROBE	STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology

SUGM	Syndrome génito-urinaire de la ménopause
UQAR	Université du Québec à Rimouski
UQO	Université du Québec en Outaouais
VVA	Vulvovaginale/vulvovaginal atrophy

## Liste des tableaux

Tableau 1 Nombres d'articles retrouvés avec la méthode PICOTS sur CINAHL .....	18
Tableau 2 Confirmation SUGM en fonction de l'âge : ANGEL Survey.....	32
Tableau 3 Les grandes études.....	34
Tableau 4 Liste des traitements préventifs en lien avec le SUGM .....	40
Tableau 5 Données sociodémographiques des participantes .....	82
Tableau 6 Hypothèses émises par les participantes afin d'expliquer le lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire.....	85
Tableau 7 Profil de connaissances des participantes en fonction du Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC. ....	89
Tableau 8 Nommer des barrières personnelles qui nuisent à la capacité d'initier la discussion sur la sexualité et les troubles vaginaux.....	93
Tableau 9 Profil de confort des participantes en fonction du Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC. ....	95
Tableau 10 Signes et symptômes du SUGM nommés par 40 participantes.....	148
Tableau 11 Outre les antibiotiques, comment prévenir les infections urinaires chez les femmes ménopausées ; réponses des participantes.....	150
Tableau 12 Déroulement de la collecte de données .....	155
Tableau 13 Répartition des questions du sondage en fonction du domaine d'activité de l'infirmière en première ligne et des variables à l'étude. ....	160

## Liste des figures

Figure 1 : Processus d'identification et sélection des articles.....	51
Figure 2 : Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC .....	52
Figure 3 : Déroulement du recrutement et de la collecte de données. ....	80
Figure 4 : L'utilisation des services de première ligne en lien avec la progression du SUGM.....	153

## Remerciements

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de recherche Mme Lucie Lemelin et ma co-directrice de recherche, Mme Valérie Lebel, toutes deux professeures au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. Merci d'avoir cru en moi et en mes capacités à mener un projet de deuxième cycle jusqu'au bout. Merci d'avoir su me guider et m'accompagner tout au long de mes études. Vous avez su vous adapter à mon rythme, me pousser lorsque nécessaire et me permettre de me reposer lorsqu'il le fallait.

Je souhaite souligner le soutien inconditionnel que j'ai reçu de mon employeur, la Dre Sylvie Morin et de mes collègues à la clinique médicale Santé Nouveau Monde. Dès le début de mes études, j'ai pu bénéficier d'une conciliation travail-étude hors du commun, ce qui a grandement contribué à la réussite de ce mémoire.

Je tiens à remercier chaleureusement le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et l'Université du Québec en Outaouais pour l'octroi d'une bourse de soutien à la rédaction. Je tiens également à remercier le bureau de coopération interuniversitaire (BCI) qui dans le cadre du programme MES-Université m'a décerné une bourse de fin d'études d'un montant substantiel. L'aide financière reçue fut extrêmement précieuse et m'a permis de réduire les heures consacrées au travail afin de me concentrer sur mes études.

J'aimerais profiter des prochaines lignes de cette missive pour remercier Sylvain Brousseau, Lucie Lemelin, Aurélie Baillot et Annie Rioux-Dubois, tous professeurs à l'Université du Québec en Outaouais pour votre soutien, votre expertise et l'expérience en recherche que vous m'avez permis d'acquérir.

Je souhaite remercier les participants à cette recherche, car sans vous, elle ne pourrait être. D'ailleurs, je tiens également à remercier les membres du jury de correction de mon mémoire, Mme Caroline Longpré et Annie Rioux-Dubois, professeures à l'Université du Québec en Outaouais. Je comprends que votre temps est précieux et sachez que j'apprécie votre présence sur mon jury de correction.

Finalement, je tiens à souligner le soutien précieux et inestimable que j'ai reçu de mon mari, Patrick Dansereau et de nos enfants, Gabriel et Mathieu.





## INTRODUCTION



La ménopause est un sujet d'actualité, qui touche toutes les femmes et qui est pourtant peu discuté. Privé des hormones féminines, plusieurs systèmes du corps humain sont touchés par ce manque et cela occasionne des troubles chroniques pour la personne atteinte : vasomoteur, dermatologique, vaginal, neuropsychiatrique, cardiovasculaire, musculosquelettique, urinaire, gastro-intestinal, pulmonaire, etc. (Hamoda, 2022; Pinkerton, 2021; Santen et al., 2020).

Dernièrement, des artistes de la sphère internationale ont commencé à lever le voile sur les impacts de la ménopause dans leur vie de femme. Par exemple, Salma Hayek a confié que ses seins avaient changé de forme dans un entretien accordé au magazine Red Table Talk en 2021 et Michelle Obama a pour sa part parlé de ses bouffées de chaleur dans son Balado (The Michelle Obama Podcast) en juillet 2020. Sophie Davant a discuté de perte de libido et de ses kilos en trop lors de l'enregistrement télévisé de « La Lettre » en octobre 2020. Angelina Jolie de son côté a contribué à faire connaître le risque génétique de développer un cancer hormonal quand elle a parlé ouvertement de son choix de subir une ablation des ovaires en 2015 et 2017. Oprah Winfrey en 2019 a révélé avoir souffert d'insomnie pendant deux ans suite à sa ménopause.

Au Québec, Véronique Cloutier a produit le documentaire Loto-Méno, disponible via Tou.Tv Extra depuis juin 2021, dans lequel elle essaie de faire tomber les tabous reliés

à la ménopause. Mme Cloutier arrive à la conclusion que les femmes ont besoin d'être comprises et soutenues par des professionnels qui les respectent et qui ont les compétences pour le faire, mais qu'elles se heurtent à des professionnels de la santé qui n'ont pas la formation pour détecter la source du problème et offrir des traitements (Guy, 2021).

Tel qu'introduit précédemment, le déclin des hormones féminines entraîne différents troubles chez la femme post-ménopausique. L'un des systèmes le plus atteint est l'appareil génito-urinaire féminin qui est dépendant de la présence des œstrogènes pour assurer ses fonctions. Leur perte progressive à la ménopause entraîne des changements urogénitaux pathologiques chez 60 à 90% des femmes ménopausées (Shapiro, 2019). En octobre 2013, l'*International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH)<sup>1</sup> et la *North American Menopause Society* (NAMS)<sup>2</sup>, se regroupent ensemble et s'entendent pour nommer le phénomène « syndrome génito-urinaire de la ménopause » (SUGM) (Portman & Gass, 2014). Les conséquences du syndrome sur la qualité de vie sont nombreuses : d'abord sur la vie sexuelle (p.ex. perte libido, douleur, habileté à être en intimité) (Palacios, González, Fernández-Abellán, Manubens, & García-Alfaro, 2019; Shapiro, 2019) et ensuite, au niveau psychologique et cognitif (p.ex. perte de l'image de soi, détresse, anxiété, dépression, isolement) (Gozuyesil, Gokyildiz Surucu, & Alan, 2017;

---

<sup>1</sup> Organisation américaine multidisciplinaire, académique et scientifique dont les objectifs sont la communication entre les universitaires, chercheurs et praticiens sur la fonction sexuelle et l'expérience sexuelle des femmes. <https://www.isswsh.org/about/isswsh>.

<sup>2</sup> Organisme américain de renom, à but non lucratif qui fait la promotion de la santé et la qualité de vie des femmes ménopausées. <https://www.menopause.org/About-NAMS>.

Hull & Fournace, 2017). Lorsque non traité, le SUGM évolue vers l'incontinence urinaire (Hull & Fournace, 2017).

Au Québec, avec une population féminine d'âge ménopausique comptant près de 1,9 million de femmes, il est possible d'estimer qu'entre 1,1 et 1,7 million de Québécoises sont atteintes par ces changements (Institut de la statistique du Québec, 2022). Le même calcul permet d'établir que cela représente plus de 5 millions de femmes canadiennes (Statistique Canada, 2023).

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et appliquer certaines techniques invasives sont des activités réservées aux infirmières (OIIQ, 2019). Ainsi, l'évaluation de la condition de santé de la femme, incluant l'examen physique et l'examen gynécologique, est une activité faisant partie intégrante du champ d'exercice de l'infirmière (OIIQ, 2020). L'infirmière en soins de première ligne doit détenir les connaissances et les compétences pour établir un partenariat infirmière-cliente, le tout dans le but d'optimiser la santé de la cliente (AIIC, 2019; Cardinal & Roberge, 2021). Toutefois, il semblerait que les infirmières ne détiennent pas les connaissances et les compétences pour accompagner la clientèle atteinte par le SUGM (Pace, Chism, Graham & Amadio, 2020).

Ainsi, ce mémoire de recherche présente une étude transversale quantitative descriptive simple permettant de décrire le profil des connaissances des infirmières québécoises de première ligne membres de l'Ordre des infirmières et infirmier du Québec (OIIQ) concernant le SUGM et le profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale de ces dernières. Ce constat établi, il sera possible d'identifier des éléments nécessaires au développement et à la mise en place d'un plan de formation ou d'un guide de pratique pour les infirmières de première ligne en lien avec le SUGM. Au final, c'est la communauté qui en bénéficiera puisque ceci aura pour but d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes ménopausées.

Les lignes qui suivent présentent le problème de recherche suivi de la recension des écrits qui pour sa part, dresse un portrait complet du SUGM et des différents éléments qui s'y rattachent. Le cadre de référence utilisé aux fins de l'étude est présenté suivi de la méthode de recherche utilisée. Enfin, les résultats de l'étude sont présentés pour finalement exposer la discussion portant sur les résultats obtenus, les forces et les limites de l'étude de même que les recommandations proposées.

## PROBLÉMATIQUE

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter et il est fort probable qu'en 2030 plus de 50% des femmes atteignent ou dépassent 90 ans dans le monde entier (Kontis et al., 2017). Au Québec, ce phénomène est aussi présent puisque selon l'Institut de la statistique du Québec, l'espérance de vie à la naissance pour les femmes était de 76 ans en 1975 et elle est maintenant de 85 ans (Institut de la statistique du Québec, 2021). Or, toutes les femmes passeront au travers de la ménopause. Le consensus international positionne l'âge moyen de la ménopause à 51 ans (Chism, Pace, Reed, Moore, & Khanna, 2022; Geukes, Oosterhof, van Aalst, & Anema, 2020; Kagan, Kellogg-Spadt, & Parish, 2019; Lambrinoudaki et al., 2022), et ce sans égard à l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel (Gozuyesil et al., 2017). Par conséquent, les femmes passent près de la moitié de leur vie en ménopause. À l'arrêt des menstruations, c'est le déclin des hormones sexuelles qui entraîne une altération macroscopique, histologique et fonctionnelle des tissus cutanés, adipeux et musculaires en plus de créer des désordres au niveau du système nerveux central (Jardin et al., 2018; Monteleone, Mascagni, Giannini, Genazzani, & Simoncini, 2018). Ces changements provoquent plusieurs problématiques de santé chez les femmes ménopausées : diminution des habiletés cognitives, diminution de la réserve énergétique, augmentation du risque cardiovasculaire, augmentation de l'ostéoporose, difficulté de gestion du poids, augmentation des troubles digestifs, instabilités vasomotrices, dyspareunie (douleur lors des relations sexuelles), troubles et infections urinaires, etc. (Hamoda, 2022; Malbos, 2021). Ainsi, les femmes qui passent de plus en plus de temps en statut post-ménopausique utilisent de plus en plus le système de santé



pour pallier les conséquences de la ménopause sur les différents systèmes du corps humain (Geukes et al., 2020; Simon et al., 2018).

D'ailleurs, l'un des systèmes les plus atteints par le déclin des hormones féminines est l'appareil génito-urinaire (Dumoulin, Pazzoto Cacciari, & Mercier, 2019). Entre 60 et 90% des femmes ménopausées expérimentent des changements urogénitaux liés à cette baisse (Shapiro, 2019). En octobre 2013, l'*International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH)<sup>3</sup> et la *North American Menopause Society* (NAMS)<sup>4</sup> s'entendent pour nommer le phénomène syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) (Portman & Gass, 2014). Connu autrefois sous le terme atrophie vulvo-vaginale ou vaginite atrophique, le consensus terminologique SUGM est maintenant plus extensif et englobe l'ensemble des difficultés urogénitales vécues par les femmes atteintes (NAMS, 2020).

Le SUGM est une maladie chronique (MC) et dégénérative du système génito-urinaire (Marino, 2021). Les premiers signes du syndrome sont la sécheresse vaginale et la dyspareunie au point où il devient souvent impossible pour la femme d'avoir un rapport sexuel complet avec pénétration (Briggs, 2020; NAMS, 2020). Ces difficultés sont

---

<sup>3</sup> Organisation américaine multidisciplinaire, académique et scientifique dont les objectifs sont la communication entre les universitaires, chercheurs et praticiens sur la fonction sexuelle et l'expérience sexuelle des femmes. <https://www.isswsh.org/about/isswsh>.

<sup>4</sup> Organisme américain de renom, à but non lucratif qui fait la promotion de la santé et la qualité de vie des femmes ménopausées. <https://www.menopause.org/About-NAMS>.

conséquentes de l'assèchement et l'atrophie du canal vaginal qui sont dus à la perte œstrogénique à la ménopause (Morris et al., 2021; Nappi, Cucinella, Martini, & Cassani, 2021). Par la suite, le raccourcissement du canal vaginal entraîne la vessie (descente de vessie, cystocèle) et l'utérus à s'affaisser vers le vagin (prolapsus vaginal) (Marino, 2021; NAMS, 2020). Ces descentes viennent faire pression sur le rectum et peuvent entraîner un trouble de l'élimination fécale ou un rectocèle (Dumoulin et al., 2019; Nappi et al., 2021). L'assèchement du tract urinaire s'étend également aux sphincters vésicaux et provoque de l'incontinence urinaire (Nappi et al., 2021). De plus, la sécheresse des muqueuses vaginales et vésicales amène un changement dans le pH qui à son tour prédispose la femme ménopausée à une prolifération anarchique bactérienne, ce qui crée un déséquilibre pouvant mener à une recrudescence des infections vaginales et des infections urinaires (Briggs & Hapangama, 2021; NAMS, 2020; Sastre-Fullana et al., 2020). S'ajoute à cela, la perte d'un probiotique naturel (*L.Bacillus*) qui est normalement produit à partir de la dégradation des œstrogènes et qui augmente encore plus le risque pour la femme post-ménopausée de souffrir d'une infection urinaire ou vaginale (Marino, 2021; Mueck, Ruan, Prasauskas, Grob, & Ortmann, 2018). Ainsi, les conséquences du SUGM sur la qualité de vie sont nombreuses : perte libido, douleur, habileté à être en intimité, perte de l'image de soi, détresse, anxiété, dépression, isolement, et plus encore. (Gozuyesil et al., 2017; Hull & Fournace, 2017; Palacios et al. 2019; Shapiro, 2019).

D'ailleurs, l'impact sur le système de santé et sur la société causé par les conséquences du SUGM est non négligeable. D'abord au niveau des consultations auprès d'un professionnel de la santé. Par exemple, il n'est pas rare qu'une femme atteinte par le SUGM ait plusieurs infections urinaires par année. Une infection urinaire demande une consultation auprès d'un professionnel de la santé (infirmière, infirmière praticienne spécialisée (IPS), médecin, pharmacien,) un test de dépistage (culture urinaire, laboratoire, traitement du résultat) et une prescription médicamenteuse (p.ex. antibiotique). De plus, les changements physiques entraînés par le SUGM (atrophie, prolapsus, cystocèle, etc.) doivent être pris en charge par un spécialiste (gynécologue, chirurgien, etc.) (Vesco et al., 2021). Cela est sans compter tous les coûts et ressources humaines qui sont nécessaires pour s'occuper de la condition qui évolue l'incontinence urinaire (protection, culotte, barrière cutanée, etc.) autant du côté du système de soins que du côté personnel ou familial de la personne atteinte. À cela s'ajoute l'impact environnemental puisque les protections urinaires termineront dans les dépotoirs et les antibiotiques termineront dans nos cours d'eau (élimination par l'urine).

Afin de contrer toutes les conséquences liées au SUGM, les femmes doivent être en mesure d'accéder aux multiples traitements préventifs qui existent : hormones, gels lubrifiants, gels hydratants, acide hyaluronique, probiotique, collagène, laser, thérapie manuelle, produits naturels, etc. (Kagan et al., 2019; Marino, 2021; Nappi et al., 2021; Santoro & Lin, 2018). Malheureusement, à peine une femme sur quatre en discute avec

son soignant, moins de 13% obtiennent un diagnostic et 48% d'entre elles abandonnent le traitement qui leur permettrait de précéder l'irréversible atrophie (Hull & Fournace, 2017; Moral et al., 2018; Santoro & Lin, 2018; Shapiro, 2019). Pour certaines femmes, c'est le manque d'opportunité et les stigmates entourant la sexualité qui les empêchent de discuter des problèmes expérimentés au niveau urogénital avec un professionnel de la santé : la stigmatisation sociale, l'embarras, les tabous, les médias, les perceptions erronées, l'inconfort d'amorcer la discussion, le manque de connaissances et l'impression que la symptomatologie est normale ou le refus des traitements hormonaux (Kingsberg et al., 2019; Pace et al., 2020; Tufanaru, Hoga, Gonçalves, Pamela, & Pereira, 2021). Pour certaines femmes, c'est une question d'image corporelle et de confiance en soi qui les empêche de consulter (Kagan et al., 2019; Wilson, McGuire, & Rodgers, 2021). Alors qu'il est déjà difficile d'aborder des problématiques sexuelles ou urinaires même lorsque la personne est jeune et en santé, avec les changements physiques de la ménopause, il devient encore plus embarrassant d'aborder une problématique liée au vieillissement (Hull & Fournace, 2017; Wilson et al., 2021). C'est en partie en raison de l'attitude des professionnels de la santé qu'il devient difficile pour une femme d'obtenir de l'information sur la ménopause et plus précisément sur le syndrome génito-urinaire.

Les recherches montrent que les femmes aimeraient discuter de symptomatologie urogénitale, mais les barrières énumérées précédemment les en empêchent (Kagan et al., 2019; Zhang, Sherman, & Foster, 2020). La majorité des femmes souhaite que ce soit le

professionnel de la santé qui initie la discussion sur la santé sexuelle (Zhang et al., 2020). Du côté des soignants, en majorité, ils souhaitent que ce soit la femme qui initie cette discussion (Cuerva et al., 2018; Zhang et al., 2020). Toutefois, de part et d'autre, il est nommé que le fournisseur de soins doit être à l'aise avec cette discussion, ne doit pas être embarrassé ni offensé et doit détenir les connaissances pour le faire (Zhang et al., 2020). Il s'agit d'un triste constat puisque l'outil diagnostique le plus puissant pour déterminer si une femme est atteinte du SUGM est d'en discuter avec elle. Avec quelques questions et en moins de cinq minutes, il est possible de dépister le SUGM (Cuerva et al., 2018). Toutefois, selon Portman et Gass (2014), à peine 19% des médecins américains abordent la sexualité avec les femmes ménopausées et seulement 13% des femmes obtiendraient un diagnostic. Du côté des gynécologues espagnols membres de la *Spanish Menopause Society* (SMS), ils seraient près de la moitié à ne pas adresser la sexualité dans une rencontre de routine (Cuerva et al., 2018). Conséquemment, à peine 6 à 7 % des femmes obtiendraient un traitement à long terme (Moral et al., 2018). La raison évoquée pour se soustraire à leurs lignes directrices : la peur d'offusquer la clientèle en discutant de sexualité (Cuerva et al., 2018).

L'infirmière occupe une place de choix pour faciliter les discussions sur la symptomatologie urogénitale (Duman & Zengin Aydin, 2022; Hillery, 2020) et doit soutenir les clientes dans la recherche de l'information (Hillery, 2020). Une étude conduite auprès de 109 étudiantes inscrites au cours *Obstetrics and Gynecology Nursing* a permis

d'identifier que 85% des infirmières sont à l'aise d'initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale et de questionner leur clientèle sur d'éventuelles problématiques. Par contre, 88% d'entre elles nommaient ne pas avoir les compétences pour éduquer la clientèle, et ce même en présence d'un diagnostic (Duman & Zengin Aydin, 2022). Par conséquent, bien qu'elles soient à l'aise avec la discussion, elles l'évitent par manque de connaissances. Cela confirme les résultats obtenus Pace et al. (2020) auprès d'infirmières praticiennes aux États-Unis et qui ont permis d'identifier que si, elles sont 92% à l'aise d'initier la discussion sur le SUGM, elles sont 83% à ne pas connaître le syndrome par son appellation et nombreuses à ne pas faire le lien entre l'atrophie vaginale et l'incontinence urinaire (Pace et al., 2020). Elles identifient un manque de connaissances pour accompagner la clientèle (Pace et al., 2020).

Par conséquent, la femme qui n'est pas accompagnée ni par son médecin ni par une infirmière n'accède pas à l'information, ne sait pas qu'elle est atteinte du SUGM et ne reçoit pas de traitement. Par contre, l'inconfort résultant de la progression du syndrome (douleur, infection urinaire, saignement urogénital, etc.) l'amène à consulter en soins de première ligne. Cela n'est guère étonnant puisque le SUGM est une maladie chronique (MC) et que les porteurs d'une MC sont des utilisateurs réguliers des services de première ligne (Poitras et al., 2018).

L'infirmière en soins de première ligne est souvent la première répondante avec qui une personne entre en contact pour obtenir des soins de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Elle a un rôle d'évaluer les facteurs de risques de la santé, d'identifier les besoins, d'initier des mesures de dépistages et d'élaborer un plan de suivi infirmier (FMOQ, 2018). Son évaluation doit permettre de distinguer la normalité de l'anormalité, de détecter les complications et orienter la clientèle vers la bonne ressource ou la bonne prise en charge (OIIQ, 2020). L'infirmière doit offrir des soins à cette clientèle en développant des stratégies éducationnelles en partenariat avec la cliente (Hull & Fournace, 2017; Zhang et al., 2020). L'un des obstacles majeurs rencontrés est le creux entre les connaissances des clientes et leurs besoins éducationnels (Santoro & Lin, 2018). La pratique infirmière doit contribuer à compenser ce déficit et à guider vers des soins de qualité (OIIQ, 2010; Zhang et al., 2020).

La situation souhaitable serait que chaque femme de plus de 45 ans bénéficie d'un suivi urogénital, incluant un examen gynécologique, une discussion sur les manifestations du SUGM et sur les différents traitements existants, en plus de bénéficier d'une rencontre de suivi (si requis) afin que la femme puisse prendre elle-même en charge sa symptomatologie lorsqu'elle se présente. Les femmes doivent être accompagnées adéquatement. Toutefois, les infirmières doivent être à l'aise avec cette discussion, sans être embarrassées ni offensées et doivent détenir les connaissances pour le faire (Zhang et al., 2020).

## **But de l'étude**

Ainsi, cette étude transversale quantitative descriptive simple a pour but de décrire le profil de connaissances des infirmières québécoises œuvrant en soins de première ligne sur le SUGM et décrire le profil de confort de ces infirmières à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Les résultats de cette étude pourront servir à identifier les besoins éducationnels des infirmières de première ligne œuvrant auprès de cette clientèle, autant au niveau de leurs connaissances que de leurs capacités communicationnelles. Cette étude pourra conscientiser les infirmières sur l'importance de la place des infirmières auprès de cette clientèle, autant au niveau du dépistage, de la prise en charge que du suivi clinique et du transfert des connaissances.

Cette étude est fortement inscrite dans la discipline infirmière, car elle touche les quatre éléments du métaparadigme infirmier : la personne, la santé, le soin et l'environnement (Pepin, Ducharme & Kérouac, 2017). En effet, cette étude vise ultimement l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes ménopausées atteintes par le syndrome (personne; santé). Pour se faire, il faut impérativement bonifier le soin, mettre en place les éléments nécessaires en lien avec le bien-être et l'expérience de santé de la personne soignée (Pepin et al., 2017). En améliorant les connaissances et les capacités communicationnelles sur le SUGM, les infirmières en première ligne pourront créer un espace favorable à la discussion sur la symptomatologie urogénitale (environnement). Puis, par l'amélioration de la prise en charge et par conséquent la



diminution de la progression du syndrome, il y aura moins d'infections urinaires, donc moins d'antibiotiques dans nos cours d'eau. De plus, il y aura diminution de l'incontinence urinaire et donc une diminution de l'impact des protections urinaire sur la gestion des déchets. Finalement, les retombées de cette étude pour la profession infirmière sont nombreuses, car elles pourraient permettre une réflexion visant à bonifier la formation initiale et la mise en place d'une formation continue ou la publication d'un guide de pratique clinique.

Le cadre de référence Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC (Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, & Gallagher, 2016) est utilisé dans cette étude. L'évaluation globale de la condition de la personne, la gestion des soins, la gestion de cas et la promotion de la santé sont des domaines d'activité liés à la pratique des infirmières de première ligne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019; Poitras et al., 2016).

Le prochain chapitre détaille la recension des écrits, expose les références incontournables portant sur le SUGM, met en lumière les variables de l'étude soit le profil de connaissances et le profil de confort et indique la question de recherche.

## RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension met en lumière l'état des connaissances en lien avec le SUGM. Une recherche par mots-clés (atrophie vulvovaginale/vulvovaginal atrophy (VVA); vaginite atrophique/atrophic vaginitis; syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM)/Genitourinary syndrome of menopause (GSM)) a d'abord été effectuée dans trois bases de données (Pubmed, Medline, CINAHL) et a permis d'identifier la littérature de référence. Par exemple, de grandes études quantitatives regroupant des milliers de participants en Europe et en Amérique du Nord ont eu lieu entre 2010 et 2018. Encore aujourd'hui, ces études qui seront vues plus loin dans ce chapitre sont les incontournables cités dans les récents articles (Briggs & Hapangama, 2021; Chism et al., 2022; Marino, 2021; Morris et al., 2021; Pace et al., 2020; Vesco et al., 2021).

La méthode par mots-clés utilisée s'est avérée trop large pour préciser le sujet. Ainsi, pour faire suite, une recension a été réalisée sur CINALH en utilisant la méthode PICOTS : P = population ; I = intervention ; C = comparaison ; O = outcome (résultats/effets) ; T = temps ; S = settings (contexte). Mis à part les grandes études incontournables (Ex. Nappi & Kokot-Kierepa, 2012), tous les articles publiés en dehors de la période se situant entre 2017 et 2023 ont été éliminés afin de s'assurer que la documentation de référence soit récente et à jour. La population (P) à l'étude se compose d'infirmières. Il s'agit d'une étude descriptive, par conséquent il n'y a pas d'intervention (I) ni de comparaison (C). Un premier essai a été fait en croisant *infirmi\* or nurs\** et

*menopause* ce qui a donné 526 articles. En ajoutant le mot-clé *uro\** le nombre d'articles a chuté à 15. D'autres essais ont été faits avec des mots-clés différents (tableau 1), mais le nombre d'éléments trouvés était toujours restreint et les mêmes articles se retrouvaient dans les différentes recherches. À noter que le terme *primary care* fut rapidement mis de côté, car il restreignait trop la recherche.

Tableau 1  
Nombres d'articles retrouvés avec la méthode PICOTS sur CINAHL

P	I	C	O	T	S	Nb Articles
Infirmi* Nurs*			Menopause	2017- 2023		526
Infirmi* Nurs*			Menopause Uro*	2017- 2023		15
Infirmi* Nurs*			Menopause Genito*	2017- 2023		13
Infirmi* Nurs*			Menopause Knowledge	2017- 2023	Primary care	1
Infirmi* Nurs*			Menopause Knowledge	2017- 2023		27
Infirmi* Nurs*			Menopause Role Uro*	2017- 2023		3
Infirmi* Nurs*			Menopause Dyspareunia	2013- 2023		8

Source : Recherche sur CINAHL le 27 février 2023.

Le fruit de la recension des écrits permet de débiter ce chapitre par la définition du SUGM, puis la description des manifestations cliniques est expliquée, de même que les conséquences du SUGM sur la santé des femmes. Par la suite, la prévalence de la condition est indiquée, et le chapitre se poursuit avec les incontournables études de référence (tableau 3). Puis, se succèdent différentes sections : les femmes face au SUGM, la prise en charge médicale, l'accès aux traitements et la prise en charge infirmière. Finalement, le chapitre termine avec les constats des éléments présentés à la suite de la recension réalisée.

### **Définition du SUGM**

Les différentes études effectuées en lien avec SUGM ont permis d'établir un consensus sur sa définition : le syndrome est une affectation courante de la femme ménopausée qui fut longtemps traitée en deux maux différents : l'atrophie vaginale et l'incontinence urinaire (Chism et al., 2022; Pinkerton, Bushmakin, Komm, & Abraham, 2017; Sritonchai, Manonai, Sophonsritsuk, & Cherdshewasart, 2020). Les deux problématiques découlent de la même physiopathologie, c'est-à-dire la perte hormonale œstrogénique à la ménopause (Cagnacci et al., 2019; Hersant et al., 2020; Jardin, Canlorbe, et al., 2018). Conscientes des manifestations cliniques en lien avec la perte des œstrogènes et des conséquences sur la santé urogénitale des femmes, l'International

Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH)<sup>5</sup> et la North American Menopause Society (NAMS)<sup>6</sup> s'unissent en octobre 2013 et émettent trois objectifs spécifiques qui doivent permettre une meilleure prise en charge du syndrome : 1) établir un terme approprié, 2) compléter une revue complète de la science en lien avec l'atrophie génito-urinaire et 3) créer une façon de propager l'information lorsqu'elle est finalisée. En ce qui concerne le premier objectif, ils s'entendent pour nommer le phénomène syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM). La nouvelle terminologie est plus extensive et permet d'inclure à la fois les impacts vaginaux et les impacts urinaires du SUGM sur la qualité de vie des femmes atteintes (Portman & Gass, 2014). En ce qui a trait au deuxième objectif, de plus en plus de recherches sont menées en lien avec le SUGM. Par exemple, la partie en lien avec les femmes atteintes est bien documentée, car il est possible de retrouver différentes revues de littérature sur le SUGM documentant la symptomatologie et les signes cliniques chez la femme. Par contre, c'est au niveau des professionnels de la santé que la littérature de référence est pauvre. D'ailleurs, l'étude présentée et décrite dans ce mémoire cherche à améliorer cet aspect. Elle se situe également au niveau du troisième objectif, c'est-à-dire d'améliorer les moyens pour mieux propager l'information sur le SUGM, plus précisément les infirmières de première ligne du Québec. Le SUGM est donc défini comme étant une accumulation de signes et symptômes associés à la diminution des hormones féminines qui entraînent des

---

<sup>5</sup> Organisation américaine multidisciplinaire, académique et scientifique dont les objectifs sont la communication entre les universitaires, chercheurs et praticiens sur la fonction sexuelle et l'expérience sexuelle des femmes. <https://www.isswsh.org/about/isswsh>.

<sup>6</sup> Organisme américain de renom, à but non lucratif qui fait la promotion de la santé et la qualité de vie des femmes ménopausées. <https://www.menopause.org/About-NAMS>.

changements au niveau des petites et grandes lèvres, du clitoris, du vestibule, du canal vaginal, de l'urètre, des sphincters et de la vessie (Johnston, Bouchard, Fortier, & Wolfman, 2021; Pace et al., 2020).

### **Manifestations du SUGM**

Les tissus urogénitaux (muscles du plancher pelvien, muqueuse vaginale, urètre, vessie, ovaire, utérus, col utérin, etc.) sont dépendants des œstrogènes pour assurer leurs fonctions telles que : hydratation, sécrétions vaginales, lubrification, rétention urinaire, maintien du pH, production du collagène, etc. (Dumoulin et al., 2019; Jardin, Louis-Vahdat, et al., 2018). Privés en quantité et en qualité œstrogénique, les tissus s'appauvrissent, s'atrophient et se dessèchent, la paroi vaginale devient plus fine et friable, des pétéchies, ulcérations et saignements peuvent apparaître (Hillery, 2020; Santoro & Lin, 2018). Le SUGM est une maladie chronique (MC) et dégénérative du système génito-urinaire (Marino, 2021). Pour la plupart des femmes, le syndrome commence par de la sécheresse vaginale et rend les rapports sexuels douloureux (Morris et al., 2021; Nappi et al., 2021). Il devient souvent impossible d'envisager une pénétration, car l'assèchement et l'atrophie du canal vaginal ne le permettent plus. Une sensation de douleur intense sous forme de brûlure, la déchirure des tissus cutanés et le saignement traumatique de la muqueuse qui s'en suit rendent l'acte sexuel très inconfortable pour la femme atteinte (Briggs, 2020; NAMS, 2020). De plus, l'atrophie entraîne un raccourcissement du canal vaginal, ce qui permet à la vessie de s'affaisser vers le vagin (cystocèle, prolapsus, etc.).

Cet affaissement provoque une incapacité à vidanger complètement la vessie et augmente le risque d'infection urinaire. À noter également que l'affaissement de la vessie fait pression sur le rectum et amène un trouble de l'élimination (constipation, sensation de ne pas vider, pression sur l'ampoule rectale, rectocèle, etc.) (Dumoulin et al., 2019; Marino, 2021; Nappi et al., 2021). Malheureusement, l'assèchement vaginal atteint également la vessie et s'étend à l'urètre. Cela entraîne un changement dans le pH de la muqueuse ce qui prédispose la femme ménopausée à une prolifération anarchique bactérienne ou fongique (Briggs & Hapangama, 2021; Sastre-Fullana et al., 2020). De plus, la perte des hormones féminines amène également la perte d'un probiotique naturel (*L.Bacillus*) qui est un produit de la dégradation des œstrogènes, ce qui contribue grandement à la récurrence des infections urinaires et vaginales (Marino, 2021; Mueck et al., 2018).

### **Conséquences du SUGM**

Les conséquences du SUGM sur la qualité de vie sont nombreuses et touchent à tous les aspects de la vie de la personne atteinte : sexuel, psychologique, cognitif et physique (Cagnacci et al., 2019; Chism et al., 2022; Palacios et al., 2019; Shapiro, 2019). Lorsqu'il est non traité, le SUGM évolue vers l'incontinence urinaire (Chism et al., 2022; Pace et al., 2020). Les conséquences pour la personne atteinte et la société sont aussi financières et organisationnelles. En effet, il faut compter l'achat et la gestion des produits pour l'incontinence (culotte, crème, protecteurs cutanés, etc.), mais aussi les ressources humaines pour assurer que la personne atteinte reste au sec. Il faut aussi compter l'impact



sur la santé de la personne atteinte avec la recrudescence des infections urinaires qui sont généralement traitées avec des antibiotiques (Bumphenkiatikul et al., 2020; Pace et al., 2020; Tadir et al., 2017).

### **Prévalence du SUGM**

Le SUGM touche entre 60 et 90% des femmes ménopausées (Marino, 2021; Mili et al., 2021; Shapiro, 2019). Il est estimé que les États-Unis comptent environ 50 millions de femmes âgées de plus de 51 ans (âge moyen de la ménopause) ce qui veut dire qu'il y aurait plus de 30 millions d'Américaines atteintes du SUGM (Chism et al., 2022; Santoro & Lin, 2018). En France, sur onze millions de femmes ménopausées, environ 4,5 millions sont diagnostiquées avec des troubles génito-urinaires (Jardin, Louis-Vahdat, et al., 2018). Selon Statistique Canada (2023), le pays compte environ 7,8 millions de femmes de plus de 50 ans. Il est possible d'estimer qu'entre 5 et 7 millions de Canadiennes souffrent du SUGM (Statistique Canada, 2023). La province du Québec compte près de deux millions de femmes ayant atteint l'âge de la ménopause, par conséquent, il y a entre 1,1 et 1,7 million de Québécoises atteintes par le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) (Institut de la statistique du Québec, 2021). Selon Hersant et al., (2020), il faut ajouter aux statistiques 42 à 70% des survivantes de cancer hormonal qui développeront aussi la symptomatologie du SUGM.

## **Les grandes études portant sur le SUGM : les incontournables**

Conduites entre 2010 et 2018, sept études quantitatives ont permis de décrire plusieurs aspects du SUGM. Les prochains paragraphes décrivent ces études et cette section du chapitre se conclut par un tableau (tableau 3) résumant ces études incontournables telles que le VIVA International Survey, The CLOSER Survey, The REVIVE Survey, The AGATA Study, The Women's EMPOWER Survey, The ANGEL Women Survey et The EVES Survey.

En août 2010, 3520 femmes post-ménopausées âgées entre 55 et 65 ans (Angleterre, États-Unis, Canada, Suède, Danemark, Finlande et Norvège) ont répondu au VIVA<sup>7</sup> International Survey (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012). Cette étude quantitative réalisée à partir d'un sondage administré via courriel a permis d'identifier que 45% des répondantes présentaient des symptômes vaginaux secondaires à la ménopause, mais à peine 4% d'entre elles faisaient le lien avec l'atrophie vaginale ou la ménopause : 83% ont dénoncé vivre avec de la sécheresse vaginale, 42% de la douleur lors des relations sexuelles, 30% de l'incontinence urinaire, 26% indiquent avoir des démangeaisons et 14% notent une sensation de brûlure (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012). De plus, 55% de ces femmes ont nommé vivre avec les symptômes depuis plus de trois ans et 62% ont ajouté avoir une atteinte sévère. Finalement, 44% se sentent plus vieilles, 39% signalent que cela complique les relations amoureuses, 75% affirment que cela a un impact négatif sur leur

---

<sup>7</sup> VIVA: Vaginal health : Insights, Views & Attitude.

qualité de vie et 26% rapportent une perte d'estime de soi (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012). Lors de cette étude, cinq cents (500) femmes canadiennes ont également répondu au sondage en ligne. Les données spécifiques à cette partie de l'échantillon furent rapportées brièvement dans un article séparé (Frank, Ziegler, Kokot-Kierepa, Maamari, & Nappi, 2013). Environ, la moitié d'entre elles ont affirmé vivre avec des inconforts vaginaux. De celles-ci, 88% rapportaient avoir de la sécheresse vaginale, 82% signalaient un impact négatif au niveau de la qualité de vie, 72% notaient des difficultés à avoir une intimité sexuelle et 34% n'avaient pas tenté de traitement (Frank et al., 2013). Ces données montrent que les femmes canadiennes ont une méconnaissance des effets de l'atrophie vaginale et des traitements disponibles (Frank et al., 2013) et que ceci est comparable aux données obtenues par les participantes des autres pays. Ainsi, le VIVA International Survey a démontré que les femmes, peu importe d'où elles venaient (donc sans influence socioculturelle), ont une pauvre compréhension de ce qu'est l'atrophie vaginale et par conséquent, n'en reconnaissent ni les symptômes ni les conséquences à long terme. Elles ne savent pas que des traitements existent, elles prennent en général plus de six mois avant de consulter après l'apparition des premiers symptômes, car elles sont trop embarrassées pour en discuter avec le médecin. Elles prennent par la suite plus d'un an avant d'amorcer le traitement prescrit. Les auteurs concluent en soulignant l'urgence d'éduquer la clientèle et insistent que les professionnels doivent de façon proactive discuter des options thérapeutiques avec les femmes ménopausées (Nappi & Kokot Kierepa, 2012).

Conduite de décembre 2011 à février 2012, l'étude quantitative The CLOSER<sup>8</sup> Survey a permis à 8200 participants (moitié hommes et moitié femmes) âgés de 55 à 65 ans et répartis dans sept pays (États-Unis, Angleterre, Suisse, Danemark, Finlande, Norvège et Canada) de répondre à un questionnaire structuré en ligne sur les effets de l'atrophie vaginale (questionnaire homme/femme différent): 28% des répondantes ont caché à leur partenaire lorsqu'elles ont souffert d'inconfort la première fois, 52% par crainte d'avoir l'air vieille et 21%, car elles étaient trop embarrassées pour le signaler; 35% des femmes ont mentionné éviter les relations sexuelles à cause de la douleur, 49% ont dit que les relations sexuelles étaient moins satisfaisantes et 46% expliquent avoir une perte de libido. Par conséquent, 62% des femmes et 76% des hommes ayant participé à l'étude disent s'éloigner intimement de leur conjoint en lien avec les changements urogénitaux de la femme ménopausée (Nappi, Kingsberg, Maamari, & Simon, 2013). The CLOSER Survey a rapporté que l'atrophie vaginale avait un impact majeur sur les relations amoureuses. Que l'inconfort vaginal vécu par la femme amenait un impact physique et émotionnel sur le couple. Par conséquent, autant les femmes que les hommes évitaient les relations sexuelles. Les auteurs dénoncent le manque de prise en charge médicale. Ils concluent en insistant sur l'importance d'encourager la communication, la recherche de solution et la recherche de traitements (Nappi et al., 2013).

---

<sup>8</sup> CLOSER: CLarifying vaginal atrophy's impact On SEx and Relationships.

Entre le 31 mai 2012 et le 14 juin 2012, 8081 femmes post-ménopausées ont répondu en ligne à un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative : The REVIVE<sup>9</sup> Survey. 3046 d'entre elles (38%) rapportaient faire l'expérience de symptômes vulvovaginaux. De ce nombre, à peine 25% avaient consulté un intervenant en santé à ce sujet et 50% avaient attendu plus de sept mois avant de prendre rendez-vous. Seulement 24% avaient fait le lien entre leurs symptômes et la ménopause et 62% affirmaient ne pas connaître les causes de leur inconfort. Environ 50% des répondantes ont indiqué ne pas avoir discuté des difficultés urogénitales avec leur fournisseur de soins, car elles croyaient que cela fait partie du vieillissement et qu'il n'y a pas de solution. Puis, 40% des femmes ont ajouté qu'il est embarrassant de parler de leurs symptômes et qu'elles souhaitent que ce soit le fournisseur de soin qui initie cette discussion. Finalement, dans 25% des cas, c'est la femme qui a initié la discussion, les médecins l'ont fait 13% du temps et à peine 19% des femmes ont pu parler de leur problématique avec le professionnel de la santé. En fin de compte, seulement 8% des femmes ont obtenu un diagnostic après une première consultation et 14% après de multiples consultations (Kingsberg, Wysocki, Magnus, & Krychman, 2013). Des données comparables au VIVA International Survey et au CLOSER Survey ont été obtenues dans cette étude par rapport à la perte du désir, de la difficulté d'être en intimité, sur la dyspareunie et sur la qualité de vie (Kingsberg et al., 2013). The REVIVE Survey a montré que la majorité des femmes croient que les symptômes sont temporaires et qu'elles sont trop embarrassées pour en discuter avec un professionnel de la santé. Les auteurs dénoncent la communication inadéquate entre les

---

<sup>9</sup> REVIVE: REal women's VIews of treatment options for menopausal Vaginal changEs.

femmes et les fournisseurs de soins. Ils indiquent que ceux-ci doivent se familiariser avec les signes et symptômes, le diagnostic et les traitements à prescrire afin que les femmes aient accès à de l'information juste et aidante. Ils terminent en insistant sur l'importance de développer des programmes d'éducation destinés aux femmes (Kingsberg et al., 2013).

The AGATA<sup>10</sup> Study (étude transversale) a été conduite entre décembre 2013 et mars 2014 dans 22 cliniques externes de gynécologie en Italie : 913 femmes ménopausées (arrêt des menstruations depuis minimum 12 mois) atteintes par l'atrophie vaginale (diagnostiquée d'abord par un gynécologue d'expérience) ont participé à cette étude. L'entièreté (100%) des femmes ayant participé ont déclaré souffrir de sécheresse vaginale et 78% de dyspareunie ; 65% rapportent une sensation de brûlure, 57% déclarent ressentir de la démangeaison et 41% souffre de dysurie. À l'examen physique 100% des femmes avaient un pH >5 et il fut retrouvé chez 98,5% des femmes une altération de la muqueuse vaginale (amincissement, pâleur, fragilité, pétéchie, etc.) De plus, 81% des participantes ont affirmé n'avoir jamais discuté de leurs symptômes avec leur pourvoyeur de soins ; 41% croyaient que cela faisait partie du vieillissement et 28% étaient trop embarrassées pour le faire. De ces femmes, 18% ont dit avoir tenté d'en parler, mais ont senti que le professionnel de la santé n'était pas intéressé par le sujet et ont mis fin à la discussion et 58% des femmes ont indiqué que le médecin n'avait pas fait de suggestion pour améliorer leur symptomatologie. Cette étude confirme que l'atrophie vaginale est souvent mise de

---

<sup>10</sup> AGATA: Atrophy of the vaGina in womAn in posT-menopause in ItAly.

côté par les femmes qui préfèrent passer outre la symptomatologie par embarras et est négligée par les médecins qui n'ont ni le temps ni les connaissances pour une prise en charge efficace. Conséquemment à ce problème de communication entre les clientes et les soignants, les femmes n'obtiennent ni diagnostic ni traitement et le SUGM continue d'évoluer (Palma, Della Vecchia, & Cagnacci, 2016). Les auteurs de l'AGATA Study dénoncent les nombreux diagnostics tardifs et le manque de prise en charge clinique. Ils insistent sur l'importance de la prise en charge du SUGM dès l'apparition des premiers symptômes de ménopause. Ils indiquent qu'il est important que les professionnels de la santé éduquent la clientèle sur les saines habitudes et les traitements qui peuvent aider à améliorer la qualité de vie des femmes atteintes par le SUGM. Ils espèrent que l'importante prévalence du syndrome va inciter les professionnels à améliorer les diagnostics et la prise en charge clinique (Palma, Volpe, Villa, & Cagnacci, 2016).

The Women's EMPOWER Survey, un sondage disponible en ligne réalisé aux États-Unis en 2016, a permis d'obtenir les réponses de 1858 femmes âgées de plus de 45 ans ayant des symptômes d'atrophie vaginale. Les données obtenues sont similaires à celles des études précédentes (VIVA International Survey, CLOSER Survey et REVIVE Survey). Par exemple, 77 % des répondantes ont dit vivre avec de l'irritation et des démangeaisons au niveau vaginal. Les autres symptômes déclarés incluent la douleur, une sensation de brûlure et une augmentation de la sensibilité au toucher. Moins de 44% des femmes ont pu discuter de leurs symptômes auprès de leur soignant, 47% étaient trop

embarrassées pour initier la conversation, 65% auraient souhaité que ce soit le médecin qui amorce la discussion et 46% auraient aimé obtenir de l'information en format papier ou internet. En conclusion, cette étude montre que les soignants doivent initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale et que c'est à eux d'abolir les barrières, les tabous et les préjugés. C'est aux soignants d'offrir de l'éducation et d'améliorer la prise en charge (Krychman, Graham, Bernick, Mirkin, & Kingsberg, 2017). Les auteurs expriment que les femmes continuent de manquer de connaissances et que par conséquent, elles ne reconnaissent pas les signes et symptômes du SUGM. Elles ne savent pas que le syndrome est dégénératif et chronique. Elles ont une réticence à discuter de la symptomatologie avec le soignant. Toutefois, les femmes aimeraient que ce soit le professionnel de la santé qui initie la discussion. Elles expriment un fort désir de recevoir de l'information de qualité. Les auteurs concluent en dénonçant les besoins éducatifs non satisfaits de la clientèle à risque de développer le SUGM et insistent sur l'importance d'améliorer les connaissances des soignants afin que ceux-ci soient en mesure d'initier la discussion sur la santé sexuelle et vaginale avec les femmes ménopausées (Krychman et al., 2017).

The ANGEL<sup>11</sup> Women Survey est une étude observationnelle qui a eu lieu entre mars 2015 et septembre 2017 dans 30 cliniques de gynécologie en Italie. Les 747 participantes étaient des femmes âgées de 40 à 55 ans qui se présentaient pour un examen

---

<sup>11</sup> AGELE: AN evaluation of GEnitourinary symptoms in perimenopausal women.



de routine. De ce nombre, 46,2% c'est-à-dire 345 femmes étaient post-ménopausées. L'atrophie vaginale a été diagnostiquée chez 275 femmes sur les 747 participantes (36,8%). Plus elles augmentent en âge et plus l'atrophie vaginale est présente (Cagnacci et al., 2019). Il est possible de faire la même corrélation entre l'âge et la ménopause, ainsi qu'entre la ménopause et la présence d'atrophie vaginale (tableau 2). Les symptômes rapportés sont de la sécheresse (64%), de la dyspareunie (54,5%), une sensation de brûlure 38,3%, de la démangeaison (38,5%) et des troubles urinaires (28,9%). À l'examen physique, on retrouve chez 60,3% d'entre elles une muqueuse vaginale asséchée et des tissus amincis (54,5%) et pâles (47,4%). De plus, la fragilité de la muqueuse est observée chez 15,1% des participantes et des pétéchies sont retrouvées chez 15,7% des femmes. Les résultats de cette étude ont la particularité d'inclure des femmes préménopausées. On y apprend que près de 20% d'entre elles, malgré qu'elles soient encore menstruées, ont déjà acquis les signes et symptômes du SUGM. Ce pourcentage monte à 55% pour les femmes de 55 ans. Cette étude a aussi documenté l'impact de l'atrophie vaginale sur les fonctions urinaires. En effet, les participantes rapportent de la dysurie (26,8%) et des infections urinaires (17%). De façon générale, les données obtenues sont semblables aux études comparatives (REVIVE Survey, EVES Survey, AGATA Study) (Cagnacci et al., 2019). Le ANGEL Women Survey s'est surtout démarqué des autres recherches citées dans cette section par l'inclusion de participantes préménopausées. Ainsi, il fut possible d'apprendre que 20% d'entre elles cumulaient déjà des signes et symptômes du SUGM. Les auteurs insistent sur l'importance d'éduquer systématiquement la clientèle dès l'âge

de quarante ans afin de prévenir l'impact de la progression du SUGM sur la qualité de vie des femmes (Cagnacci et al., 2019).

Tableau 2  
Confirmation SUGM en fonction de l'âge : ANGEL Survey

	Groupe d'âge			
	40-45 ans n=208	46-48 ans n=152	49-51 ans n=192	52-55 ans n=195
Ménopause	14,4%	32,9%	41,7%	53,8%
Atrophie Vaginale	19,2%	33,7%	43,3%	55,6%
Dyspareunie	8,2%	30,1%	38,0%	40,6%
Infections urinaires	13,7%	19,2%	22,5%	17,3%

Source : Cagnacci et al., 2019, p.87.

The EVES<sup>12</sup> Survey, est une étude transversale incluant un sondage fait en face à face et un examen gynécologique qui s'est déroulé dans 44 cliniques spécialisées soient en gynécologie ou en ménopause à travers l'Espagne et l'Italie en 2018. À l'examen physique, 87,3 % des participantes avaient de la sécheresse vaginale et de l'atrophie vaginale. Par contre au questionnaire, 98,2% d'entre elles identifiaient au moins un symptôme relié à l'atrophie vulvo-vaginale. Les données font ressortir que 90% des femmes ayant participé ont de la sécheresse vaginale. La dyspareunie est présente chez 72% d'entre elles et 63% disent ressentir une sensation de brûlure même en absence de

<sup>12</sup> EVES : European Vulvo-vaginal Epidemiology Survey.

rapports sexuels. Au niveau des troubles urinaires, les participantes ont nommé vivre avec l'incontinence urinaire (34,3%), avoir des urgences mictionnelles (36,2%), avoir une vessie hyperactive (46,5%), de la dysurie (14,4%) et des infections urinaires récurrentes (18,8%). Cette étude confirme la haute prévalence du syndrome dans la population. Les résultats obtenus sont similaires à ceux des études précédentes sur le même sujet. En conclusion, cette étude montre l'importance pour les pourvoyeurs de soins d'évaluer la santé urogénitale et les fonctions sexuelles lors des rencontres médicales. Les soignants doivent pouvoir détecter rapidement les signes du SUGM afin de prévenir les complications et offrir de l'éducation aux clientes dans le but d'améliorer la qualité de vie des femmes atteintes par le syndrome (Palacios et al., 2019). The Eves Survey avait la particularité de comparer la prise en charge médicale versus la prise en charge infirmière. Les auteurs remarquent que par leur approche holistique, les infirmières ont beaucoup plus de facilité à initier la discussion sur les difficultés urogénitales que leur confrère-médecin. Toutefois, les infirmières utilisent très peu le terme SUGM et manquent de connaissances pour guider les clientes aux prises avec des symptômes du syndrome. Les auteurs concluent sur l'importance de mieux éduquer les infirmières afin que celles-ci améliorent la communication avec les femmes atteintes du SUGM (Palacios et al., 2019).

Tableau 3  
Les grandes études

Études	Années	Nb de participants	Pays	Constats SUGM
VIVA International Survey	2010	3520 femmes *incluant 500 Canadiennes	Angleterre États-Unis Canada Suisse Danemark Finlande Norvège	Urgence d'éduquer la population.
CLOSER Survey	2011-2012	4100 femmes 4100 hommes *incluant 500 femmes et 500 hommes canadiens	Angleterre États-Unis Canada Suisse Danemark Finlande Norvège	Améliorer la communication et encourager les femmes dans la recherche de solutions et de traitements.
REVIVE Survey	2012	8081 femmes	États-Unis	Importance de développer des programmes d'éducation aux femmes.
AGATA Study	2013-2014	974 femmes	Italie	Inciter les professionnels à améliorer les diagnostics et la prise en charge clinique.

Women's EMPOWER Survey	2016	1858 femmes	États-Unis	Insister sur l'importance d'améliorer les connaissances des soignants.
ANGEL Women Survey	2015-2017	750 femmes	Italie	Éduquer systématiquement la clientèle dès l'âge de 40 ans.
EVES Survey	2018	1177 femmes	Espagne Italie	Mieux éduquer les infirmières afin d'améliorer la communication infirmière-cliente.

*Source:* (Cagnacci et al., 2019; Kingsberg et al., 2013; Krychman et al., 2017; Nappi et al., 2013; Nappi & Kokot Kierepa, 2012; Palacios et al., 2019; Palma, Volpe, et al., 2016)

### **Les femmes face au SUGM**

Plusieurs embuches se présentent devant la femme ménopausée et nuisent à sa capacité à recevoir de l'information pertinente sur la santé sexuelle. D'abord, par manque d'opportunité, mais aussi à cause des stigmates qui entourent le sujet : embarras, tabous, média, perception, inconfort d'amorcer la discussion, manque de connaissance, crainte d'être jugée, etc. (Kingsberg et al., 2019; Pace et al., 2020; Tufanaru, Hoga, Gonçalves, Pamela, & Pereira, 2021). Une étude prospective faite auprès de 79 femmes (âgées de 27 à 75 ans) atteintes d'un cancer gynécologique et ayant pour but de documenter l'impact du cancer sur la santé sexuelle a permis d'identifier que les femmes hésitent à répondre à des questions sur leur sexualité. En effet, 30 % des femmes ont refusé de répondre au

questionnaire sur la sexualité, 21 % d'entre elles ont refusé par « timidité » et 9% pour « désintérêt ». Les auteurs concluent en dénonçant le caractère tabou de la sexualité dans la prise en charge médicale (Ernez et al., 2022).

Pour certaines femmes, c'est une question d'image corporelle et de confiance en soi qui les empêche de répondre aux questions sur la santé urogénitale (Kagan et al., 2019; Wilson et al., 2021). Alors qu'il est déjà difficile d'aborder des problématiques sexuelles ou urinaires même lorsque la personne est jeune et en santé, avec les changements physiques de la ménopause, il devient encore plus embarrassant d'aborder une problématique liée au vieillissement (Hull & Fournace, 2017; Wilson et al., 2021). Certains auteurs confirment que plus la personne avance en âge et plus les tabous face à la sexualité augmentent (Braizaz, Toffel, & Schweizer, 2022). Ce constat est fait suite à une revue de la littérature (anglophone et francophone) qui montre que la plupart des études soulignent la grande insatisfaction et la déception ressenties par les patientes qui jugent la prise en charge du bien-être sexuel insuffisante. De façon générale, les femmes souhaitent une discussion plus ouverte avec l'équipe soignante. Elles aimeraient recevoir plus d'information sur les effets de la maladie, sur les traitements offerts, sur l'image de soi et sur les difficultés relationnelles vécues (Schweizer, Toffel, & Braizaz, 2021). Une revue des écrits (30 recherches qualitatives) sur le manque d'opportunité de communication entre les femmes atteintes d'incontinence urinaire et les soignants a permis d'établir le guide des bonnes pratiques cliniques en lien avec l'incontinence

urinaire expérimentée par les femmes adultes. Les auteurs ont répertorié huit barrières qui nuisent à la transmission de l'information entre le soignant et le soigné sur la symptomatologie urogénitale (Tufanaru et al., 2021) :

1. La culture et la religion
2. La croyance que c'est une évolution normale du vieillissement
3. Un manque de connaissances sur la nature des symptômes et leur évolution
4. Avoir expérimenté ou peur d'expérimenter de la honte
5. Avoir la crainte d'être jugée sur sa sexualité
6. Croire que c'est la conséquence d'un accouchement antérieur ou que c'est un châtiment religieux
7. Minimiser le problème ou croire qu'on peut le régler par soi-même
8. L'attitude du soignant et le type de traitement qu'il offre

### **Prise en charge médicale du SUGM**

Si les études présentées précédemment portent sur les femmes atteintes du SUGM, d'autres chercheurs se sont intéressés aux professionnels de la santé relativement à la prise en charge des problématiques liées au SUGM. En 2016, 600 médecins membres de la SMS ont complété un sondage en ligne qui avait pour but de déterminer s'ils abordaient l'aspect de la sexualité lors d'un examen de routine gynécologique ; 53,3% des répondants

ont indiqué que, bien que ce questionnaire fait partie des lignes cliniques directrices (SMS Clinical Guidelines), qu'ils passaient cette section sans en parler à leur cliente. La raison invoquée : la peur d'embarrasser leur cliente (Cuerva et al., 2018). Ces résultats ont amené les chercheurs à faire une étude analytique transversale dans les départements gynécologiques de 12 hôpitaux espagnols (Cuerva et al., 2018). Les gynécologues participants devaient simplement s'assurer de questionner les clientes sur leur sexualité et les symptômes rattachés lors d'un examen de routine. Ce simple geste, a fait passer les diagnostics de syndrome génito-urinaire de 12,1% à 51,6% (une augmentation de 39,5%), ce qui a amené les chercheurs à conclure que l'outil diagnostique le plus puissant du SUGM est d'initier la discussion de la symptomatologie urogénitale avec les clientes (Cuerva et al., 2018).

Même avec des clientes plus jeunes, il est possible de remarquer un phénomène similaire, c'est-à-dire l'absence de prise en charge médicale au niveau de la dyspareunie. Dans une étude observationnelle descriptive multicentrique par autoquestionnaire (variables qualitatives et quantitatives) portant sur l'évaluation de la santé sexuelle des femmes porteuses de l'endométriose (entre décembre 2019 et janvier 2020 en France), 71 femmes âgées de 25 à 34 ans ont répondu à l'enquête. Les résultats obtenus montrent que les gynécologues ont abordé la question du bien être sexuel avec moins d'une femme sur deux, que les sages-femmes l'ont fait avec moins d'une femme sur trois et que les généralistes le font encore moins. Toutefois, tous ces professionnels ont majoritairement



référé les clientes vers des sexologues au lieu de répondre aux questionnements. Les femmes nomment ne pas avoir compris la pertinence de cette référence, ne pas être portée à prendre rendez-vous avec un sexologue et aurait aimé obtenir rapidement de l'information au lieu d'attendre la prise en charge en sexologie. Les résultats de cette enquête montrent que les professionnels de la santé abordent peu la question de la sexualité avec les clientes, peu importe leur âge et le diagnostic de départ (Schmitt, Mézan deMalartic, Morel, & Ramseyer, 2021).

### **Accessibilité aux traitements face au SUGM**

Les femmes doivent être en mesure d'accéder aux multiples traitements préventifs qui existent : hormones, gels lubrifiants, gels hydratants, acide hyaluronique, probiotique, collagène, laser, thérapie manuelle, produits naturels, etc. (tableau 4) (Shapiro, 2019). La recherche a permis d'identifier que 52 % des femmes croient que c'est normal et qu'il n'y a rien à faire (Hull & Fournace, 2017). Moins de 25% des patientes ont la chance de discuter avec leur soignant de leurs symptomatologies, 28% attendent plus d'un an avant de débiter le traitement et 48% l'abandonnent dans la première année (Hull & Fournace, 2017). Finalement, moins de 13% d'entre elles obtiennent un diagnostic et à peine 6 à 8% des femmes bénéficient un traitement à long terme (Marino, 2021; Moral et al., 2018). Pourtant, de nombreux traitements existent et ils permettent de freiner, voir arrêter l'évolution du SUGM (Chism et al., 2022; Shapiro, 2019).

Tableau 4  
Liste des traitements préventifs en lien avec le SUGM

Traitement	Exemple de produits*	Action	Effets
Lubrifiants et hydratants <i>Local</i>	KY® Replens® Huile de coco	Remplace la lubrification jadis produite par le corps. Aide à maintenir la muqueuse humide. Aide à maintenir un pH sain.	Diminue de la friction lors des rapports sexuels. Diminution de l'irritation et de la sensation de brûlure/démangeaison.
Acide hyaluronique <i>Local</i>	Gynatroph® Repa-Gyn® Premeno Duo®	Retiens l'eau dans les muqueuses. Est un pivot dans la cicatrisation et l'esthétique du derme.	Améliore le maintien de l'humidité de la muqueuse. Améliore le pH. Favorise la cicatrisation. Augmente le volume des sécrétions vaginales.
<i>Systemique</i>	Hyalogic® AOR® Revelox® PurerHa®	Retiens l'eau dans les muqueuses. Est un pivot dans la cicatrisation et l'esthétique du derme.	Traite principalement la sécheresse systémique (yeux, bouche, peau). Peu d'action sur la muqueuse vaginale.
Hormonothérapie <i>Local</i>	Vagifem® Estragyn® DHEA PremarinMD® Estring® Levonorgestrel®	Amélioration du pH vaginal. Épaississement de la muqueuse. Reprise de la lubrification. Rééquilibre du microbiome	Améliore les fonctions sexuelles. Diminue l'incontinence urinaire et de la nycturie. Diminue l'inconfort vaginal. Diminue la récurrence des infections urinaires.

		vaginal. Production du probiotique Lactobacilli.	
<i>Systemique</i>	Prometrium® Estrace® Estradot® Estrogel® Estraderm® Premarin® Congest® Estradiol® Climara® Divigel® Provera® Megestrol® Endometrin® Premplus® Angeliq® Activelle® Estalis® Andriol® Androderm® Testim® Delatestryl®	*agit très peu sur la santé vaginale.	*très peu d'amélioration des symptômes vaginaux. Traite principalement les autres problèmes de la ménopause.
Probiotiques	Liste très longue de produits disponibles. De préférence cibler des produits conçus pour flore urogénitale.	Maintien d'un microbiome vaginal sain. Remplace la perte du Lactobacilli (créé à partir des ostéogènes).	Diminue la récurrence des infections urinaires et vaginales. Diminue les odeurs vaginales. Diminue les vaginoses.
Thérapie manuelle	Physiothérapie	Amélioration du tonus pelvien.	Diminue de la dyspareunie. Diminue

	Exercices plancher pelvien Œufs de Jade Œufs de Yoni Extenseurs Kegels	Amélioration de la souplesse périnéale/vaginale. Prendre conscience des muscles périnéaux. Rééducation vésicale.	l'incontinence urinaire. Meilleur contrôle vésical. Diminue le risque de prolapsus.
Laser fractionné	Femilift® CO2RE Intima® Aphrodite® Gynelase® IntimaLase® Juliet®	Stimulation par énergie thermique.	Stimule de la réparation tissulaire. Prolifération épithélium sain pluristratifié et riche en glycogène. Formation de collagène. Stimule la néovascularisation.

---

*Source* : Bohbot, de Belilovsky, Brami, & Mares, 2015; Bumphenkiatikul et al., 2020; Dumoulin et al., 2019; Jardin, Louis-Vahdat, et al., 2018; Mueck et al., 2018; Johnston, Bouchard, Fortier & Wolfman, 2021. \*liste non exhaustive.

### **Prise en charge infirmière face au SUGM**

The REVIVE Survey avait relevé qu'au moins 87% des soignants n'initiaient pas la discussion sur les troubles urogénitaux (Kingsberg et al., 2013). L'étude VICAN2 arrive à des statistiques encore plus alarmantes avec à peine 4% des omnipraticiens qui initient la discussion sur la santé urogénitale (Braizaz, Schweizer, & Toffel, 2021). Pace et al. (2020) ont voulu savoir si c'était la même situation avec les infirmières de première ligne. Elles ont questionné 511 infirmières américaines (>20h/semaine de soins directs auprès de la clientèle ménopausée) en avril 2018 via un sondage en ligne : 79% d'entre elles

étaient infirmières praticiennes et 78% étaient aussi certifiées en médecine familiale (*Family Nurse Practitioners*) (Pace et al., 2020). Si les infirmières répondantes affirmaient à 92,6% initier la discussion, elles étaient seulement 49% à se dire « extrêmement confortables » de le faire et 30% nommaient être seulement « un peu confortable ». Elles ont dit qu'elles initiaient habituellement la discussion lors d'un suivi (59% des cas) ou lors d'un examen de routine (40% des cas). Seulement 7,4% des répondantes ont affirmé attendre que la patiente initie la discussion et 3,1% ont ajouté qu'elles initient la discussion seulement s'il y a de l'atrophie à l'examen gynécologique. Questionnées sur leur sentiment de compétence, 49% se sentaient moyennement compétentes et 30% se décrivaient comme extrêmement compétentes. Toutefois, elles étaient 83% à n'avoir jamais entendu le terme syndrome génito-urinaire et à ne pas faire le lien entre l'atrophie, la sécheresse vaginale et les troubles urinaires (infection, cystocèle, incontinence, etc.) (Pace et al., 2020).

Une étude transversale descriptive quantitative conduite dans un département universitaire de Turquie entre décembre 2020 et mars 2021 arrive à des résultats similaires (Duman & Zengin Aydin, 2022). 109 étudiantes ayant complété le cours « Obstetrics and Gynecology Nursing » ont répondu aux différents questionnaires Sexual Attitudes and Belief Scale (SABS), Gender Roles Attitudes Scale (GRAS) et Self-Efficacy in Clinical Performance Scale (SEPC). 84,4% des participantes ont nommé faire la collecte de données reliée au système urogénital, mais 88,1% ont dit être incapables d'offrir des soins

en lien avec la santé sexuelle, et ce même si le diagnostic est déjà établi. Elles affirment avoir un manque de connaissances et un manque d'habileté pour le faire (Duman & Zengin Aydin, 2022).

Le rôle infirmier implique une prise en charge globale et holistique qui doit permettre de comprendre la personne, la famille, la communauté et son expérience de santé (Toffel, Braizaz, & Schweizer, 2021). L'évaluation de la condition de santé de la femme, incluant l'examen physique et l'examen gynécologique, est une activité faisant partie intégrante du champ d'exercice de l'infirmière (OIIQ, 2020). L'infirmière qui a un rôle central peut aider à diminuer la détresse et l'impact de la maladie. L'abord de la sexualité doit faire partie des pratiques inhérentes à la profession (Schweizer et al., 2021). Ainsi, afin de réduire les conséquences néfastes du SUGM, chaque femme doit bénéficier d'un suivi urogénital, incluant (idéalement) un examen gynécologique annuel, une discussion sur les manifestations du SUGM et sur les différents traitements existants, en plus de bénéficier d'une rencontre de suivi (si requis) afin que la femme puisse prendre elle-même en charge sa symptomatologie (Chism et al., 2022; Morris et al., 2021). Le rôle de l'infirmière est d'évaluer les facteurs de risques de la santé, identifier les besoins, initier des mesures de dépistage si requis et élaborer un plan de suivi infirmier (FMOQ, 2018). Cela implique que l'infirmière doit exercer son jugement clinique, prendre les décisions et exercer sa pratique selon les normes et les principes scientifiques reconnus (OIIQ, 2017).

L'infirmière qui applique les pratiques exemplaires doit être en mesure de distinguer la normalité de l'anormalité, détecter les complications et orienter la cliente vers la bonne ressource ou prise en charge/traitements (OIIQ, 2020). La situation souhaitable serait que les clientes soient soutenues par des infirmières qui doivent questionner systématiquement leur clientèle sur la symptomatologie urogénitale afin de répondre rapidement à toute problématique (Hillery, 2020). La pratique infirmière est reconnue pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci en plus de contribuer à la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'autogestion des maladies chroniques (AIIC, 2019; Morin, 2018). Toutefois, l'infirmière en soins primaires doit détenir les connaissances et les compétences pour établir un partenariat infirmière-cliente, le tout dans le but d'optimiser la santé de la cliente et diminuer les effets négatifs (psychologiques, physiques, et autres) sur celle-ci (AIIC, 2019; Cardinal & Roberge, 2021). Toffel et al. (2021) indique que le défi repose sur les conditions de travail (manque de temps, manque de personnel, organisation des milieux, etc.), sur le manque de connaissances du personnel infirmier et sur des compétences communicationnelles déficientes pour aborder un sujet embarrassant (Schweizer et al., 2021; Toffel et al., 2021).

### **Constats émergent de la revue des écrits sur le SUGM**

Ces résultats de recherches nous amènent à réaliser que la majorité des femmes ménopausées manquent de connaissances concernant le SUGM. Elles ignorent la source de leur inconfort, l'évolution du syndrome (dégénératif chronique), les traitements disponibles et en plus, sont trop embarrassées pour discuter de leur symptomatologie avec leur soignant. Elles attendent que le soignant initie la discussion (Chism et al., 2022; Hull & Fournace, 2017; Pace et al., 2020; Zhang et al., 2020). De l'autre côté, les médecins semblent trop embarrassés pour initier la discussion ce qui fait que le syndrome demeure sous diagnostiqué et sous-traité (Cuerva et al., 2018; Morris et al., 2021; Santoro & Lin, 2018; Zhang et al., 2020). Toutefois, des deux côtés, il est nommé que le fournisseur de soins doit être à l'aise avec cette discussion, ne doit pas être embarrassé ni offensé et doit détenir les connaissances pour le faire (Zhang et al., 2020). Pace et al. (2020) ont démontré que les infirmières en première ligne sont prêtes (92,6%) et confortables à initier la discussion (79%), mais ne possèdent pas les connaissances pour bien accompagner la femme (83%). Par conséquent, elles hésitent à le faire.

D'ailleurs, la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) a émis en novembre 2021 les dernières directives cliniques au sujet du SUGM. Ils recommandent que toutes les femmes en périménopause ou en début de ménopause soient éduquées sur les effets progressifs de la perte oestrogénique et des options disponibles pour sa prise en charge. Ils ajoutent que les femmes ménopausées doivent faire l'objet



d'un dépistage régulier et systématique, car les symptômes s'installent de façon insidieuse. Ils recommandent également une prise en charge à long terme et l'amalgame des différents traitements pour bien soulager les symptômes ressentis (Johnston et al., 2021).

L'infirmière, qui occupe une place de choix pour faciliter la discussion sur la symptomatologie urogénitale, doit être consciente du tabou (difficulté à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale) et du manque de connaissances, problématiques présentes à la fois du côté du client que du soignant (Chism et al., 2022; Kagan et al., 2019; Morris et al., 2021; Zhang et al., 2020). Ainsi, suite à cette recension, une question de recherche émerge : quel est le profil de connaissances (variable à l'étude) des infirmières québécoises en première ligne membres de l'OIIQ sur le SUGM et quel est leur profil de confort (variable à l'étude) à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale ?

Afin de répondre à cette question, le prochain chapitre présente le cadre de référence soit le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC* qui a servi à structurer cette étude. Dans ce chapitre, la description du cadre et sa pertinence dans l'étude sont expliquées.

## CADRE DE RÉFÉRENCE

Comme il a été vu dans le chapitre précédent, le SUGM est une maladie chronique (MC). De plus, il s'agit d'un syndrome qui est évolutif et qui touche un grand nombre de femmes ménopausées. L'infirmière en première ligne est bien positionnée pour dépister le syndrome, éduquer la personne atteinte et mettre en œuvre des interventions dans le but de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie de sa clientèle. Pour guider cette recherche, le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques* (2016) a été choisi, car il permet une vision globale des activités de l'infirmière qui évolue dans cette pratique.

### **Le cadre**

Ce cadre fut proposé par cinq infirmières québécoises (4 femmes et 1 homme) œuvrant en soins de première ligne auprès de personnes atteintes de maladies chroniques. À l'époque, les auteurs étaient déjà conscients que les personnes atteintes de MC étaient les principaux utilisateurs des services de première ligne lorsque différentes instances (World Health Organization, Ministère de la Santé et des Services sociaux, etc.) ont émis des recommandations en lien avec la création de structure favorisant la prise en charge des MC (Poitras et al., 2016). Les recommandations ciblaient entre autres une amélioration de l'accès aux services de santé et une amélioration de la qualité des soins. L'une des solutions avancées était de bonifier l'utilisation des infirmières en soins de première ligne, car elles étaient déjà reconnues pour améliorer ces deux aspects au niveau des soins

(accessibilités et qualité) (Poitras et al., 2016). Toutefois, les auteurs se rendent rapidement compte qu'il y a une grande disparité entre le rôle qu'effectuent les infirmières de première ligne dans les différents lieux cliniques (GMF, clinique médicale, etc.) Devant l'absence de structure de référence pouvant guider les activités cliniques des infirmières de première ligne et l'influence de leur rôle dans la prise en charge des MC, les auteurs décident de faire une revue systématique des écrits afin de proposer une solution. Ainsi, en 2016, une revue systématique de la littérature réalisée selon les principes du PRISMA<sup>13</sup> (grille de rapportage permettant de s'assurer que tous les éléments sont présents dans l'article) est amorcée par les auteurs du cadre théorique sur les bases de données Medline, CINAHL et SCOPUS avec des mots-clés tels que : primary health care, primary nursing, nursing care management, nurses practice patterns, chronic disease, etc. Une grille d'analyse est créée et la qualité des articles est jugée en fonction des critères STROBE<sup>14</sup> (score 60% nécessaire pour que l'article soit conservé). Des 855 articles répertoriés, 639 sont exclus après la lecture des titres et résumés. Sur les 216 restants, 198 sont éventuellement exclus (n'étaient pas de nature descriptive, ne permettaient pas de comprendre les activités exercées par les infirmières ou étaient de piètre qualité) et 18 articles sont conservés (Poitras et al., 2016).

---

<sup>13</sup> Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses.

<sup>14</sup> STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology.

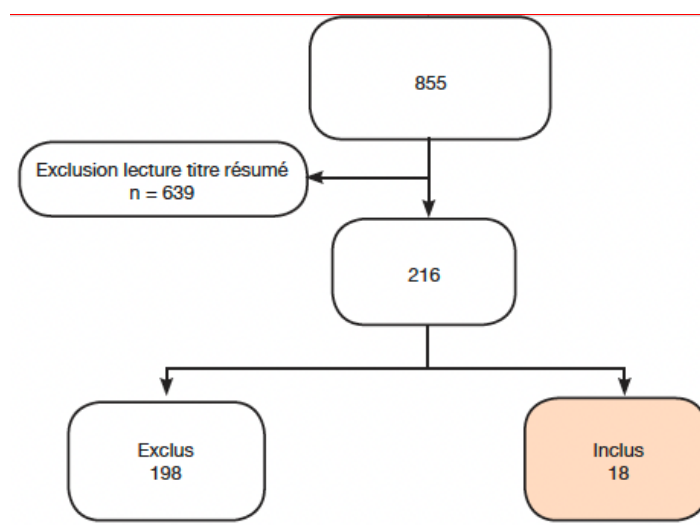


Figure 1 : Processus d'identification et sélection des articles (Poitras et al., 2016, p.27).

### ***Domaine d'activité***

Cette revue systématique de la littérature a conduit à l'élaboration du Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC, ce qui a permis la publication de trois articles (un en français [2016] et deux en anglais [2018]). Puis, le cadre a servi à l'élaboration du « Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Fondé suite à cette revue systématique de la littérature, le cadre (figure 2) permet de répondre à deux buts : « décrire les activités des infirmières en soins de première ligne auprès d'une clientèle atteintes de MC et décrire les éléments influençant ces activités » (Poitras et al., 2016, p.25). Le cadre de Poitras et al. (2016) propose quatre domaines d'activités infirmières auprès des personnes atteintes de MC : 1)

évaluation globale ; 2) gestion des soins ; 3) promotion de la santé et ; 4) collaboration infirmière-médecin. Le cadre identifie aussi trois secteurs d'influences : 1) les caractéristiques de l'environnement ; 2) les caractéristiques de l'infirmière et ; 3) les caractéristiques du patient (Poitras et al., 2016; Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018). En bref, le cadre est composé de deux buts, de quatre domaines d'activités et de trois secteurs d'influences (figure 2). Les prochaines lignes expliquent les différents domaines et secteurs d'activités en lien avec le cadre.

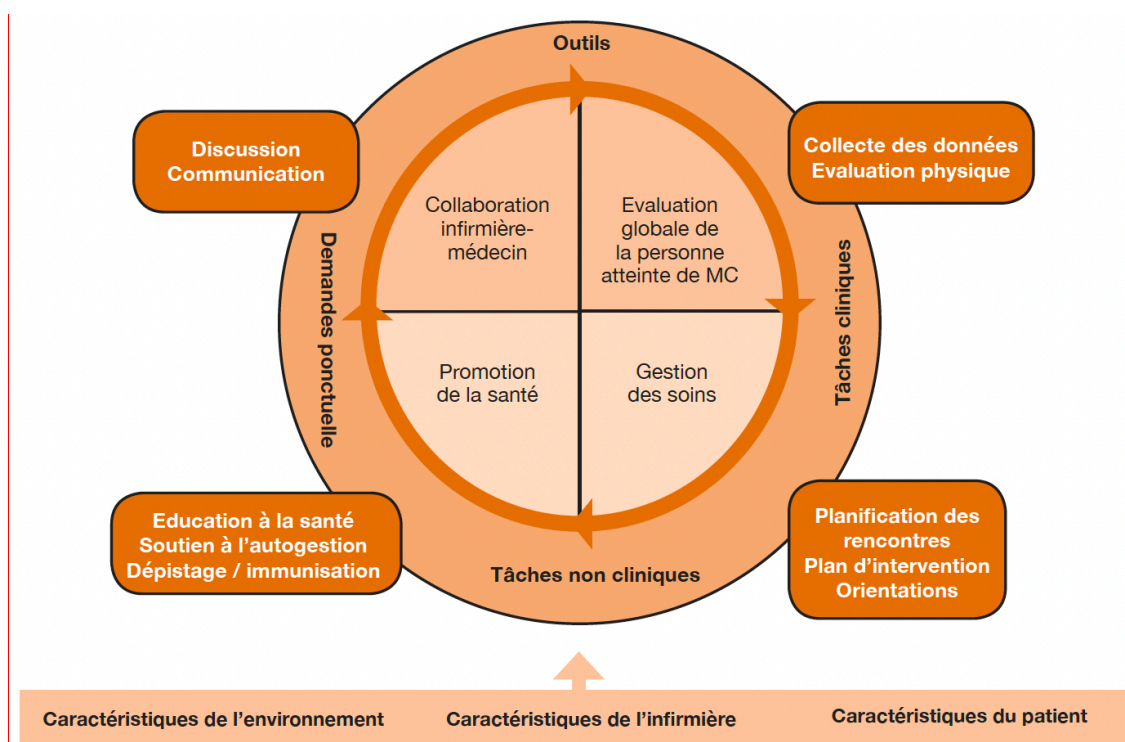


Figure 2 : Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC (Poitras et al., 2016, p.33).

**Domaine d'activité : Évaluation globale.** L'activité infirmière identifiée sous le domaine « évaluation globale » inclus la collecte de données, l'évaluation de la condition de la personne, l'examen physique, l'évaluation des problèmes/besoins prioritaires, la conduite à tenir/sélection du traitement favorable et la tenue de dossier (Poitras et al., 2016). C'est le domaine prédominant, donc celui qui ressort davantage lors de la recension systématique des écrits. Les infirmières font beaucoup d'évaluation, de collecte de données et d'examen physiques. Elles sont reconnues pour la qualité de leurs évaluations globales et pour recenser les problématiques de santé de la personne qui les consulte (Poitras et al., 2016). Toutefois, la revue systématique des écrits n'a pas réussi à identifier d'activité en lien avec l'identification d'une problématique de santé par l'infirmière et ni d'action reliée à la prise en charge (absence d'activité post-dépistage). Les auteurs remarquent que plus un sujet de santé demande des connaissances spécifiques supérieures, plus il y a d'inconforts perçus du côté des infirmières et moins il y aura d'activité infirmière (Poitras et al., 2016). Ainsi, les infirmières détectent le problème, mais n'agissent pas sur celui-ci.

**Domaine d'activité : Gestion des soins.** L'activité infirmière identifiée sous le domaine gestion des soins fait référence à la planification des rencontres, la mise au point d'un plan d'intervention et à l'orientation clinique. À ce niveau, l'infirmière doit planifier, évaluer et réviser les soins, le tout en tenant compte des besoins, objectifs et condition des

personnes impliquées (client, infirmière, médecin, etc.). Donc, elle doit travailler en collaboration avec les différentes parties. Elle joue un rôle de communicatrice. Elle doit planifier les suivis et ajuster le plan de traitement en fonction de l'évolution clinique. De plus, elle doit conseiller le client et l'aider à faire des choix (Poitras, et al., 2016 ; Poitras et al., 2018). Ce domaine d'activité est bien implanté et il en ressort que l'infirmière est experte dans le rôle de la coordination des soins à l'intérieur de son organisation. Toutefois, lorsqu'il est question de gestion de cas, c'est-à-dire la coordination des ressources internes et externes, des lacunes importantes sont retrouvées. À cet égard, considérant que les personnes atteintes de MC nécessitent souvent un amalgame de traitements, ressources et professionnels différents pour potentialiser leur état de santé, les auteurs s'inquiètent du manque d'activité infirmière dans ce domaine (gestion de cas), mais reconnaissent leur valeur inestimable dans la gestion des soins en lien avec la condition de santé (coordination des soins à l'interne) (Poitras et al., 2016).

**Domaine d'activité : Promotion de la santé.** L'activité infirmière identifiée sous le domaine promotion de la santé est divisée en trois volets : éducation à la santé, soutien à l'autogestion, dépistage et immunisation. L'éducation à la santé implique le transfert des connaissances de l'infirmière vers la personne atteinte de MC sur la maladie, la condition chronique et l'évolution, sur des conseils liés à l'adoption de saines habitudes, etc. Le soutien à l'autogestion réfère aux activités de soutien qui visent l'accompagnement de la personne à reconnaître les signes et symptômes de sa condition, à l'accepter, à sélectionner



le bon traitement et à y adhérer. Le dépistage et l'immunisation touchent la prévention des événements indésirables ainsi que le dépistage précoce. Il inclut la vaccination et les traitements préventifs s'il y en a (Poitras et al., 2016). La revue systématique des écrits a permis d'affirmer que l'éducation à la santé est l'une des plus grandes forces des infirmières de première ligne. Elles sont particulièrement performantes lorsqu'il est question d'expliquer à la personne soignée l'importance de la prise en charge dans sa condition de santé, de déterminer les objectifs de soins en partenariat avec elle et de valider sa compréhension. Par contre, le soutien à l'autogestion et les activités en lien avec le dépistage étaient manquants et ne furent pas retrouvés dans la littérature consultée. Les auteurs se désolent de cette absence et indiquent que les infirmières doivent être en mesure d'accompagner la personne soignée dans tout son processus de résolution de problème et l'aider à orienter ses choix en santé. Les infirmières doivent soutenir la clientèle et l'appuyer dans ses démarches d'autogestions (Poitras et al., 2016).

**Domaine d'activité : Collaboration infirmière-médecin.** L'activité infirmière identifiée sous le domaine collaboration infirmière-médecin comprend la communication et la transmission d'informations entre le médecin traitant et l'infirmière. Ils échangent sur la condition de la personne, le suivi effectué et mettent à profit leurs connaissances et compétences dans le bien du client. Dans ce cadre, la responsabilité est partagée entre le médecin et l'infirmière (Poitras et al., 2016). Si la relation est positive, l'autonomie de l'infirmière et le déploiement de sa pratique seront plus faciles. Il est important que

l'infirmière et le médecin deviennent des alliés avec une vision commune du rôle professionnel (Poitras et al., 2016). À noter que ce domaine d'activité n'est pas utilisé dans cette étude, car la relation infirmière-médecin ne fait pas partie du profil de connaissances du SUGM ni du profil de confort à initier la discussion à ce sujet. Par contre, la collaboration infirmière-médecin reste primordiale dans le traitement du SUGM, principalement auprès des infirmières qui ne détiennent pas de droit de prescrire. La collaboration du médecin devient alors essentielle pour que la femme atteinte puisse bénéficier des traitements qui existent et qui requièrent une prescription.

### *Secteurs d'influence*

Le cadre tient compte de trois secteurs d'influence exerçant sur les quatre domaines identifiés précédemment soit : les caractéristiques de l'environnement, les caractéristiques du client et les caractéristiques de l'infirmière (figure 2).

**Secteur d'influence : caractéristiques de l'environnement.** Les caractéristiques de l'environnement incluent l'organisation, la hiérarchie, l'offre de service et le milieu de pratique. Il appert que l'inclusion à part entière ou non à l'équipe de soins, la présence d'une équipe multidisciplinaire et les outils disponibles influencent également ce secteur. D'ailleurs, les demandes ou les attentes des collègues, les tâches administratives (ex. classement des résultats) ou les tâches non cliniques (ex. comptabilisation de statistiques, création des horaires de travail) viennent aussi influencer ce secteur. Les différents enjeux

organisationnels des milieux de soins rendent ce secteur d'influence très vaste. Dans le cadre de cette étude, ce secteur d'influence ne sera pas décrit puisqu'il ne fait pas partie intégrante du but de l'étude.

**Secteur d'influence : caractéristiques du patient.** Les caractéristiques du patient sont nombreuses : genre, âge, niveau de scolarité, valeurs, expériences passées, type de personnalité, comorbidité, littératie, revenus financiers, etc. Ces caractéristiques influencent sa compréhension de l'épisode de santé et teintent les décisions qu'il prend en lien avec celle-ci. D'ailleurs, les caractéristiques du patient viennent aussi impacter la relation infirmière-patiente et cela influence les activités de l'infirmière, par exemple, dans le choix d'un traitement ou dans la fréquence des suivis. Ce secteur d'influence, bien que pertinent, est externe à l'infirmière et par conséquent il n'est pas pris en compte dans la présente étude qui vise principalement l'infirmière au niveau de ses connaissances et de son niveau de confort en lien avec le SUGM.

**Secteur d'influence : caractéristiques de l'infirmière.** Les caractéristiques de l'infirmière incluent le niveau de formation, le leadership et les expériences antérieures ou les formations supplémentaires. Le type de personnalité, le niveau de connaissances et les capacités physiques font également partie de ce secteur d'influence (Poitras et al., 2016). Une infirmière d'expérience, qui cumule différents milieux cliniques en première ligne et ayant confiance en ses connaissances et compétences, aura une pratique beaucoup

plus autonome et variée qu'une infirmière novice ou débutante en première ligne. De plus, les valeurs et les connaissances de l'infirmière peuvent aussi venir influencer les activités, par exemple dans le choix des traitements, dans les références externes ou les habitudes de vie enseignées (Poitras et al., 2016). D'ailleurs, il fut reconnu que la caractéristique qui influence le plus ce secteur est le leadership de l'infirmière. Cela les aide à être engagées et à pousser plus loin le désir d'autonomie professionnelle. Les infirmières ayant développé un bon leadership sont habituellement reconnues par leurs pairs et font plus de suivi de personnes atteintes de MC que les autres infirmières (Poitras, Chouinard, Fortin, et al., 2018). Seulement ce secteur d'influence (caractéristiques de l'infirmière) en lien avec trois domaines d'activité (évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé) sera utilisé pour cette étude.

### **Convenance du cadre dans l'étude**

Pour soutenir cette étude, ce cadre fut sélectionné, car il possède différentes qualités le rendant intéressant et adapté au contenu de cette recherche et à ses buts. D'abord, il a été développé et mis en application par des infirmières québécoises et cette recherche vise des infirmières œuvrant dans un environnement clinique au Québec. Puis, il est conçu pour guider des infirmières de première ligne, ce qui correspond à la population à l'étude (infirmières québécoises en soins de première ligne membres de l'OIIQ). Le choix du Cadre est d'actualité puisque les infirmières en groupe de médecine familiale (GMF) font partie des infirmières les plus susceptibles d'être en contact avec la

clientèle à risque de développer le SUGM. En effet, les personnes atteintes par le syndrome sont de grandes utilisatrices du système de la santé de première ligne puisque plusieurs maux secondaires les amènent à consulter les professionnels (infections urinaires, infections vaginales, inconforts, descente de vessie, douleur, etc.) (Dumoulin et al., 2019; Hillery, 2020; Santoro & Lin, 2018). C'est une clientèle qui a de grandes chances d'être évaluée, traitée ou prise en charge par une infirmière en soins primaires (ex. groupe de médecine familiale, infirmière en pharmacie, infirmière en gynécologie, infirmière en soins à domicile, etc.) De plus, ce cadre fut créé pour accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques et lors de sa création, les auteurs souhaitaient adresser l'utilisation récurrente de service de santé par cette clientèle. Finalement, les buts du cadre (décrire les activités des infirmières en soins de première ligne auprès d'une clientèle atteinte de MC et décrire les éléments influençant ces activités) et les buts de cette recherche (décrire les profils de connaissances et de confort des infirmières québécoises en soins de première ligne) s'harmonisent bien. En effet, les profils recherchés (connaissances et confort) permettent de décrire les activités infirmières de première ligne en lien avec la SUGM (ex. suivi, conseils, prise en charge, dépistage, éducation à la santé, etc.).

### **Pertinence du cadre dans la création du sondage**

Afin de construire un questionnaire bien structuré, le sondage a été développé en tenant compte uniquement du secteur d'influence relié aux caractéristiques de l'infirmière, par conséquent, il ne contient aucune question sur les secteurs liés aux caractéristiques de

l'environnement ou liés aux patients. Puis, le sondage a été divisé en en deux grandes sections, l'une pour la variable profil de connaissances et l'autre pour la variable profil de confort. Chacune des sections reliées aux variables contenaient des questions divisées en trois parties distinctes qui correspondaient aux trois domaines d'activités à l'étude tel que présents dans le cadre de référence soit : l'évaluation globale, la gestion des soins et la promotion de la santé. Afin de mieux comprendre l'implication du cadre, les prochaines lignes expliquent plus en détail comment chacun des domaines d'activité fut questionné en lien avec chacune des variables.

En ce qui a trait à la première variable, le profil de connaissances, les premières questions du sondage visaient l'évaluation globale : nommer des signes et symptômes du SUGM, connaissances sur les manifestations secondaires à la baisse des œstrogènes, etc. Ensuite, au niveau de la gestion des soins, le sondage explorait la capacité qu'on les infirmières à conseiller la clientèle sur les traitements disponibles et sur la planification du suivi génito-urinaire suite à l'annonce du diagnostic ou à l'amorce des traitements. Par la suite, pour la promotion de la santé les questions du sondage portaient sur les termes utilisés dans l'éducation aux personnes soignées, sur la fréquence d'utilisation du terme SUGM, sur la fréquence des dépistages et sur les recommandations faites aux femmes.

Du côté de la deuxième variable (profil de confort), le même processus fut appliqué. Ainsi, au niveau de l'évaluation globale, des questions sur le confort à initier la

discussion sur la symptomatologie urogénitale, sur l'incontinence urinaire, sur la dyspareunie et sur le désir sexuel ont été formulées. Pour la gestion des soins, une question portait sur les barrières propres à l'infirmière et qui nuisent à la capacité d'initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Finalement, au niveau de la promotion de la santé, plusieurs questions visaient à connaître le niveau de confort des participantes à expliquer le rôle des œstrogènes ou de conseiller sur les divers traitements existants à la personne soignée (tableau 13 ; annexe F).

En somme, malgré ses limites (a été très peu utilisé, n'a pas été éprouvé en clinique et la revue systématique réalisée dans le but de développer le cadre n'a pas inclut exclusivement des études réalisées au Québec), le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC* est pertinent dans cette étude, car il permet de structurer l'outil de collecte de donnée (sondage), les buts du cadre et de cette étude s'harmonisent bien, il vise à accompagner les infirmières exerçant auprès d'une clientèle atteinte d'une MC et en plus il vise les infirmières de première ligne.

Le prochain chapitre visite la méthodologie, c'est-à-dire le devis de recherche, la population à l'étude, le milieu, le plan d'échantillonnage, le déroulement de l'étude ainsi que les définitions opérationnelles des variables étudiées, la description de l'instrument de mesure, le plan d'analyse et les considérations éthiques.

## MÉTHODE



Ce chapitre rapporte le processus de recherche utilisé dans cette étude. Ainsi, le choix du devis de recherche, la population à l'étude, le milieu et le plan d'échantillonnage, le déroulement de l'étude, les définitions opérationnelles des variables à l'étude, l'instrument de mesure, le plan d'analyse de données et les considérations éthiques s'y retrouvent.

### **Devis de recherche**

Étant donné que cette étude cherche à décrire le profil des connaissances et le profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale par des infirmières québécoises évoluant en soins de première ligne et membres de l'OIIQ et que ce phénomène est non documenté auprès des infirmières québécoises, le devis de recherche transversal quantitatif descriptif simple a été choisi. Le but d'une étude descriptive est d'observer et documenter un phénomène ou les aspects d'une situation (Gray, Grove, & Burns, 2021; Polit & Beck, 2022). Faire une « photo » d'une réalité qui permet de découvrir de nouvelles informations, de décrire une situation ou classer de l'information. Autrement dit, le but d'un devis de recherche quantitatif descriptif simple est de décrire un phénomène d'intérêt et ses variables dans un groupe de participants via des statistiques descriptives. Il s'agit d'une étude transversale puisque les données ont été recueillies dans un moment précis (Fortin & Gagnon, 2022).

## **Population à l'étude**

Le 31 mars 2022, à la clôture de l'inscription au Tableau de l'OIIQ, le Québec comptait 75 601 infirmières qui exerçaient dans la province. De ce nombre, 12 927 membres (17,1% des effectifs) évoluaient en soins de première ligne (Marleau, 2022). Les infirmières de première ligne se retrouvent dans de multiples lieux (hôpitaux, CLSC, clinique médicale, etc.) (OIIQ, 2019) et sont impliquées dans une gamme de soins qui est très variable : pédiatrie, suivi de grossesse, salle d'accouchement, suivi néo-natal, suivi de la petite enfance, soins palliatifs, suivi scolaire, suivi des adolescents, santé mentale, vaccination, prélèvements, contraception, triage, fertilité, services courants, soins à domicile, en communauté, de proximité, etc. Toutefois, les pratiques cliniques en première ligne ne permettent pas à toutes les infirmières en soins primaires d'être en contact avec la clientèle visée, c'est-à-dire les femmes périménopausées ou les femmes à risque de développer le SUGM.

En fait, cette étude vise principalement les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et les infirmières cliniciennes en groupe de médecine familiale (GMF) ou en groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U). Pour leur part, les IPSPL comptaient 773 membres exerçants au Québec en date du 31 mars 2023 (Marleau, 2022). Du côté des infirmières cliniciennes en GMF et GMF-U il est possible d'estimer qu'environ 850 à 900 d'entre elles évoluent professionnellement au sein de ces regroupements (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020, 2022). Ainsi, la

population totale qui représente le plus fidèlement la population visée comprend environ 1600 infirmières soit des infirmières cliniciennes et des IPSPL éparpillées dans les dix-sept régions administratives québécoises. De ce nombre, il faut retirer celles qui ne traitent pas la clientèle ménopausée, ce qui restreint encore plus la population totale. Ainsi, la population visée par l'étude, c'est-à-dire celle à laquelle il est possible d'avoir accès, devient très restreinte et difficile à rejoindre (peu de membres et grande dispersion à travers le Québec).

Le choix de l'échantillon (sous-groupe choisi pour participer à l'étude) doit être le plus représentatif possible, il doit être homogène tout en tenant compte de la diversité de la population étudiée (Fortin & Gagnon, 2022). Bien que cette recherche n'ait pas pour but de généraliser les résultats de l'étude, il est tout de même souhaité que l'échantillon représente bien les profils des infirmières de première ligne qui offrent des soins à la clientèle concernée par le SUGM. Ce serait une erreur de s'en tenir uniquement aux infirmières cliniciennes et aux IPSPL infirmières cliniciennes en GMF ou GMF-U, car cela pourrait atteindre la qualité des résultats, en particulier au niveau de la diversité des pratiques sondées. Ainsi, il est important d'inclure une certaine variété de pratique et d'étendre cette étude aux autres types d'infirmières de première ligne afin d'obtenir un portrait global. Bien qu'il soit attendu que la majorité de l'échantillon soit composé d'IPSPL ou d'infirmières pratiquant en GMF ou GMF-U, offrir l'opportunité de répondre au sondage à une plus grande population augmente les chances d'atteindre la taille de

l'échantillon souhaitée tout en assurant la représentativité. Toutefois, afin de maintenir l'homogénéité de la population les critères d'inclusion et d'exclusion seront précisés plus loin dans ce chapitre.

Il n'est jamais spécifié dans la littérature de référence exactement combien de participants doivent former un échantillon pour un devis transversal quantitatif descriptif simple. Fortin et Gagnon (2022) donnent l'exemple d'une étude à devis transversal quantitatif simple ayant pour but de décrire les caractéristiques des symptômes de patients atteints de la maladie inflammatoire de l'intestin (MII). Ils ont recruté 63 participants qui ont répondu à des questionnaires en ligne (Fortin & Gagnon, 2022).

Dans un autre exemple, la taille de l'échantillon d'une recherche quantitative descriptive simple effectuée au Saguenay-Lac-Saint-Jean entre octobre 2017 et juin 2018 comptait 30 personnes qui ont participé à cette étude en répondant à des questionnaires sociorapportés qui avaient pour but de décrire la littératie en santé chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans la région de Dolbeau-Mistassini (Fortin, Lavoie, Dufour, & Maud-Christine, 2020). La population totale n'était pas spécifiée. Par contre, les auteurs estiment que de 2 à 3% de la population québécoise est atteinte de troubles mentaux graves (Fortin et al., 2020).

Pour Gray et al. (2021), la taille d'un échantillon dans un devis transversal quantitatif descriptif simple est déterminée en fonction du nombre de variables. Selon ces auteurs, il faut compter au moins 30 participants par variable (Gray et al., 2021). Ainsi, en appliquant la méthode de Gray et al. (2021), le nombre de participants de cette étude devrait atteindre au moins 60 infirmières de première ligne (deux variables à l'étude : profil de connaissances et profil de confort). Fortin et Gagnon (2022) ajoutent qu'il faut estimer une perte potentielle de 10 à 15%, car il y a toujours des individus qui ne complètent pas le processus. Par conséquent, en appliquant ces principes, la taille de l'échantillon souhaitée se situe entre 66 et 69 participants.

### **Milieu et plan d'échantillonnage**

Afin d'assurer la représentativité de l'échantillon, des critères d'inclusion et d'exclusion doivent être émis. En effet, il est important que les participants recrutés répondent à certains critères qui permettent de s'assurer que les candidats représentent avec fidélité les caractéristiques de la population visée (Fortin & Gagnon, 2022).

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont :

- Comprendre, lire et écrire le français.
- Avoir accès à un ordinateur, téléphone, tablette.
- Être membre de l'OIIQ.
- Avoir travaillé minimum 1 an à titre d'infirmière.

- Œuvrer en soins de première ligne.
  - ex. clinique médicale, GMF, urgences, CLSC, dispensaire, pharmacie, etc.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Être étudiant en soins infirmiers ou en sciences infirmières non diplômé.
- Œuvrer en pédiatrie ou en néonatalogie.

Pour répondre à la question de recherche, le recrutement des participants vise à rejoindre les infirmières en soins de première ligne répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion via différentes plateformes en ligne. Au départ, afin de s'assurer qu'un bon nombre de participants soient invités à l'étude, il était prévu d'obtenir une liste nominative via l'OIIQ. Les invitations devaient se faire par courriel. Toutefois, l'entrée en vigueur de la Loi 25<sup>15</sup> dans les jours précédant l'octroi de l'approbation du comité d'éthique de la recherche a rendu impossible l'obtention de la liste dans des délais raisonnables. Donc, attendre la liste nominative de l'OIIQ déplaçait la collecte de données de plusieurs mois.

Afin d'éviter un délai important, la méthode de recrutement a été modifiée. L'option de passer via les réseaux sociaux et autres plateformes (p.ex. Facebook,

---

<sup>15</sup> Loi modernisant les dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels.

LinkedIn, Discord) a été privilégiée. De la sollicitation par courriel, par téléphone et en personne était aussi prévue. Par conséquent, l'échantillonnage constitué est non probabiliste par réseau, communément appelé boule de neige. Bien que ce type d'échantillonnage soit plus souvent retrouvé dans les études à devis qualitatif, Fortin et Gagnon (2022) soutiennent qu'il n'est pas rare, surtout dans les recherches dédiées au domaine médical, de retrouver cette méthode dans les études à devis quantitatif. Cette méthode de recrutement respectait les mesures sanitaires particulières présentes en cette sortie de pandémie. De plus, cette méthode de recrutement est peu coûteuse, utilise peu de temps, demande peu d'équipement et tient compte des dispositions des participants tout en tenant des comptes des considérations éthiques (Polit & Beck, 2021). Cette méthode est également reconnue pour permettre de rejoindre des participants dans des régions autant rurales qu'urbaines ou éloignées (Blumenberg et al., 2019). Cependant, une connexion internet est nécessaire pour répondre, ainsi qu'un téléphone intelligent, une tablette ou un ordinateur.

### **Déroulement de l'étude**

Comme il a été indiqué précédemment, la collecte de données s'est réalisée via un sondage en ligne hébergé sur la plateforme LimeSurvey. Les participants ont pu rejoindre la plateforme via un lien inclus dans les publications faites via les réseaux sociaux ou les invitations par courriel. Lorsqu'une personne cliquait sur le lien, la page d'accueil du sondage s'ouvrait et expliquait le but de l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion et

la façon de fournir son consentement. La personne pouvait choisir de remplir immédiatement le sondage, de le faire par section en sauvegardant ses réponses ou revenir plus tard pour le compléter. À la fin du sondage, le participant devait cliquer sur « envoyer » pour que les données soient conservées. Les données récoltées se rapportent à la partie sociodémographique et aux deux variables à l'étude. Ces données ont été conservées dans un fichier sécurisé à l'aide d'un mot de passe et seront détruites après cinq ans.

La collecte de données a débuté le 28 mars 2023 par la publication sur Facebook de l'affiche et de la lettre d'invitation à participer à l'étude (annexe A) sur des pages personnelles et sur des groupes professionnels en soins infirmiers. Les gens étaient encouragés à remplir le sondage en ligne et à partager l'invitation. Des publications sur LinkedIn et sur Discord ont aussi eu lieu pendant la collecte de données. Un courriel a été envoyé à l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec AIPSQ (AIPSQ) pour leur demander d'inviter leurs membres à participer à l'étude. Puis, environ 1500 étudiantes déjà infirmières et inscrites au premier ou au deuxième cycle en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ont reçu l'invitation par courriel à participer au sondage.

La collecte de données de cette étude devait se dérouler sur six semaines, soit du premier avril 2023 au 15 mai 2023. Dû au fait que la taille de l'échantillon n'avait pas été



atteinte dans cette période, la collecte de donnée a été étendue jusqu'au 10 juin 2023. Plusieurs republications ont eu lieu sur les divers sites utilisés au cours des neuf semaines du déroulement de la collecte de données ce qui a permis de récolter des données sur les deux variables à l'étude. Le tableau 12 (annexe D) détaille le calendrier du déroulement de l'étude.

### **Variables à l'étude**

Ces deux variables sont le profil de connaissances des infirmières de première ligne sur le SUGM et leur profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Pour la première variable, le profil de connaissances des infirmières de première ligne sur le SUGM, l'opérationnalisation fait référence aux éléments suivants : capacité à utiliser les bons termes médicaux; à établir les liens entre les symptômes urogénitaux et la baisse hormonale secondaire à la ménopause; à reconnaître les signes et symptômes; à comprendre le rôle des œstrogènes dans la prévention des infections urinaires récurrentes; à discerner les raisons qui empêchent sa prise en charge; à être en mesure de conseiller/expliciter à la clientèle les différents traitements et à savoir quand et vers où référer en cas de besoin. Cette définition de la variable est basée sur l'étude de Pace et al. (2020).

Pour la deuxième variable, le profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale, l'opérationnalisation fait référence aux éléments suivants :

raisons et fréquence à laquelle l'infirmière initie la discussion ; degrés de confort à le faire ; identification des barrières personnelles et prise en compte de l'âge de la patiente lors de cette discussion. Cette définition de la variable est en lien avec l'étude de Pace et al. (2020).

Les deux variables ont été opérationnalisées via un sondage disponible en ligne (LimeSurvey). Cet instrument de mesure est expliqué dans la section suivante.

### **Instrument de mesure**

Choisi pour ses attraits quant à sa convivialité d'utilisation, l'outil de la collecte de données est un sondage construit aux fins de l'étude et accessible via une plateforme internet (LimeSurvey). La construction de ce sondage a été largement inspirée de l'outil développé par Pace et al. (2020) : *The Nurse Practitioner Survey*. L'objectif principal du *Nurse Practitioner Survey* est de déterminer comment les infirmières praticiennes identifient le SUGM, en discutent avec les femmes ménopausées et quels traitements elles prescrivent. Cependant, celui-ci ne pouvait pas être utilisé intégralement, car la réalité professionnelle des infirmières de l'étude de Pace et al. (2020) et celles des infirmières québécoises sont très différentes. Entre autres, l'étude réalisée vise des infirmières et des infirmières cliniciennes, pas seulement des IPS.

L'outil développé dans le cadre de la présente étude compte 39 questions, dont neuf à caractère sociodémographique. La partie sociodémographique inclut les items suivants : âge, genre, année d'obtention du permis d'infirmière, type de diplômes obtenus, autre formation, secteur de soins exercé, nombres d'années en soins de première ligne, nombre d'heures travaillées par semaine et la région où l'infirmière pratique (annexe E).

Pour les 30 questions portant sur les deux variables à l'étude, le sondage a été élaboré en tenant compte du cadre de référence utilisé dans cette étude et en s'inspirant du *Nurse Practitioner Survey* (tableau 13 ; annexe F). En effet, en se basant sur trois domaines d'activités des infirmières auprès des personnes atteintes de MC : évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé, et en tenant compte des trois secteurs d'influences (les caractéristiques de l'environnement, les caractéristiques du patient et les caractéristiques de l'infirmière), l'orientation du sondage a été donnée. Ainsi, en tenant compte du secteur d'influence « éléments liés à l'infirmière elle-même ». Le sondage explore les trois des domaines cités plus haut en questionnant les participants sur leur sentiment de compétence, sur leurs connaissances et sur leur degré de confort à questionner les femmes ou à poser certaines activités cliniques. En excluant la partie sociodémographique, le sondage est divisé en trois parties, c'est-à-dire en trois domaines d'activités infirmières. Une partie de ces questions sont dichotomiques (oui/non), quelques-unes nécessitaient une réponse courte (1 à 4 mots) et certaines sont à choix multiples, mais la plupart suivent une échelle de Lickert (p.ex. pas, peu moyen, bon,

expert). Le questionnaire prend moins de 20 minutes à compléter afin d'en favoriser la complétion. En effet, plus les sondages sont longs et moins les gens sont enclins à le compléter (Gray et al., 2021). Le sondage a été révisé à plusieurs reprises, mais principalement par des infirmières détenant déjà des connaissances sur le SUGM.

### **Analyse des données**

Il est important en phase préanalytique de se doter d'un « registre de codification » qui détermine comment chaque réponse sera analysée (Gray et al., 2021). D'abord, tous les calculs et analyses ont été faits à l'aide du logiciel Excel (Microsoft® Excel pour MAC, version 16.73). Puis, chaque sondage complété s'est vu attribuer un chiffre correspondant au rang auquel le participant a activé le questionnaire. Si un participant décidait de ne pas soumettre ses réponses, son numéro et ses données étaient retirés du registre Excel. Il était possible pour le participant de soumettre seulement la section sociodémographique ou de soumettre le sondage en entier. De plus, il était possible de soumettre les réponses sans que le sondage soit complété en entier.

Une fois les données collectées, les analyses ont consisté en des statistiques descriptives comprenant : modes, moyennes, fréquences et pourcentages. L'analyse des résultats dépend en grande partie du niveau de mesure utilisé : nominal, ordinal, intervalle, ratio. Dans cette étude descriptive, deux niveaux ont été utilisés et il s'agit de variables catégorielles :

- Nominal : pouvez-vous nommer les principaux symptômes?
  - Réponse attendue : doit écrire manuellement des symptômes.
- Ordinal (type échelle de Likert): Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable d'initier la discussion sur les troubles d'atrophie vulvo-vaginale et la dyspareunie?
  - Réponse attendue/choix multiples : Très inconfortable, Un peu inconfortable, Inconfortable, Un peu confortable, Confortable, Très confortable.

Afin de ne pas alourdir la lecture des résultats des données nominales, un processus de regroupement a été fait. Par exemple, les symptômes nommés par les répondants ont été regroupés en thématique : la dyspareunie, les douleurs sexuelles et le manque de lubrification ont été regroupés sous l'appellation « dyspareunie et troubles sexuels ». Un autre exemple est relié au milieu où exercent les infirmières-répondantes. Les GMF et les GMF-U ont été regroupés sous l'appellation GMF. Les soins dispensés généralement par les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été regroupés sous l'appellation CLSC et incluent les soins à domicile, les centres de vaccination publics, les centres de prélèvement publics, les soins ambulatoires, les services courants et les cliniques de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Les cabinets médicaux hors GMF, les pratiques privées (ex. coach en santé) et les soins en pharmacie communautaire ont été mis ensemble sous l'appellation « clinique ». Puis, tous les soins en centres hospitaliers ont été regroupés sous l'appellation « centre

hospitalier ». Si les répondants omettaient cette question ou s'ils répondaient « première ligne », ils étaient regroupés sous l'appellation « première ligne ». Ainsi, des fréquences ont pu être comptabilisées.

Pour les réponses à choix multiples, un processus de numérisation a été fait. Les réponses se sont vu attribuer une valeur à partir du chiffre 1, car le chiffre 0 fut utilisé pour les réponses manquantes. Pour les questions dichotomiques, la réponse « oui » s'est vu attribuer la valeur 1 et la réponse « non » a reçu la valeur 2. Le choix « sans réponse » s'est vu attribuer la valeur 3. Des fréquences et des pourcentages ont été calculés pour ces variables.

### **Aspects éthiques**

D'abord, le projet a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CER) le 9 mars 2023 et un amendement pour permettre un recrutement via les réseaux sociaux a été obtenu le 28 mars 2023. Les participants, rejoints soit via Facebook ou autres médias sociaux (ex. Discord, LinkedIn), ont volontairement choisi de participer à l'étude. En acceptant de cliquer sur le lien fourni dans l'invitation, les participants ont été dirigés vers la page d'accueil du sondage hébergé sur LimeSurvey. Un message de bienvenue les accueillait, énumérait les critères d'inclusion et d'exclusion en plus d'expliquer le but de l'étude et la manière dont la confidentialité (fichier sécurisé nécessitant un mot de passe pour y accéder) et l'anonymat étaient respectés (caractère anonyme du questionnaire en

ligne). Il y était également indiqué que les données allaient être utilisées dans la production d'un mémoire, d'au moins un article scientifique et présenté via des congrès ou des colloques. De plus, il était spécifié que les données seraient conservées dans un fichier informatique sécurisé et détruites cinq ans après la recherche. Dans le message d'accueil, une explication était fournie pour préciser qu'en cliquant sur le lien « envoyer » à la fin du questionnaire que le participant donnait son consentement pour que ses données fassent partie de l'étude. En tout temps, le participant était libre de décider de se retirer en ne cliquant pas sur « envoyer » à la fin du sondage. Bien que le questionnaire ne comporte pas de notion de risque et aucun préjudice ne lui soit associé, le participant pouvait décider de ne pas répondre à une question et tout de même passer à la suivante.

L'inconvénient principal à la participation à cette étude est le temps requis pour compléter le sondage. Le moyen utilisé pour limiter cet inconvénient est la production d'un sondage qui ne prend qu'une vingtaine de minutes à compléter et qui est simple d'accès (lien web dans l'invitation). Les participants pourraient par contre développer par rebond de meilleures connaissances sur le SUGM (bénéfice anticipé).

Le prochain chapitre présente les résultats obtenus suite à la collecte de données et permet une appréciation descriptive du profil des participants au niveau de leurs connaissances sur le SUGM et au niveau de leur confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale avec les femmes soignées.

## RÉSULTATS



Ce chapitre a pour but de répondre à la question de recherche : « Quel est le profil de connaissances des infirmières québécoises en première ligne membres de l'OIIQ sur le SUGM et quel est leur profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale? » Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées, puis les profils de connaissances et de confort suivront. L'analyse et la présentation de résultats de l'étude sont articulées en fonction du cadre de référence de cette étude, soit le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC* (Poitras et al., 2016). Il est pertinent de rappeler que le devis de l'étude est quantitatif descriptif simple transversal et vise donc à dépeindre le portrait des caractéristiques d'un phénomène d'intérêt peu connu ou documenté. Ainsi, des statistiques descriptives (moyennes, fréquences, pourcentages) ont été calculées et les résultats obtenus sont présentés dans les prochaines pages.

### **Description du recrutement et de l'échantillon**

Au total, 99 personnes ont répondu à l'annonce de recrutement et ont consenti à participer à l'étude. De ce nombre, 32 personnes n'ont transmis aucune réponse au sondage, que ce soit pour la section sociodémographique ou sur les sections en lien avec les variables. De plus, 12 personnes ont soumis seulement leur section sociodémographique, sans compléter d'autres éléments du sondage. Par conséquent, 55

personnes ont terminé le sondage, c'est-à-dire qu'elles ont complété et soumis toutes les sections du sondage (figure 3). Ainsi, le taux de complétion est de 55,56%.

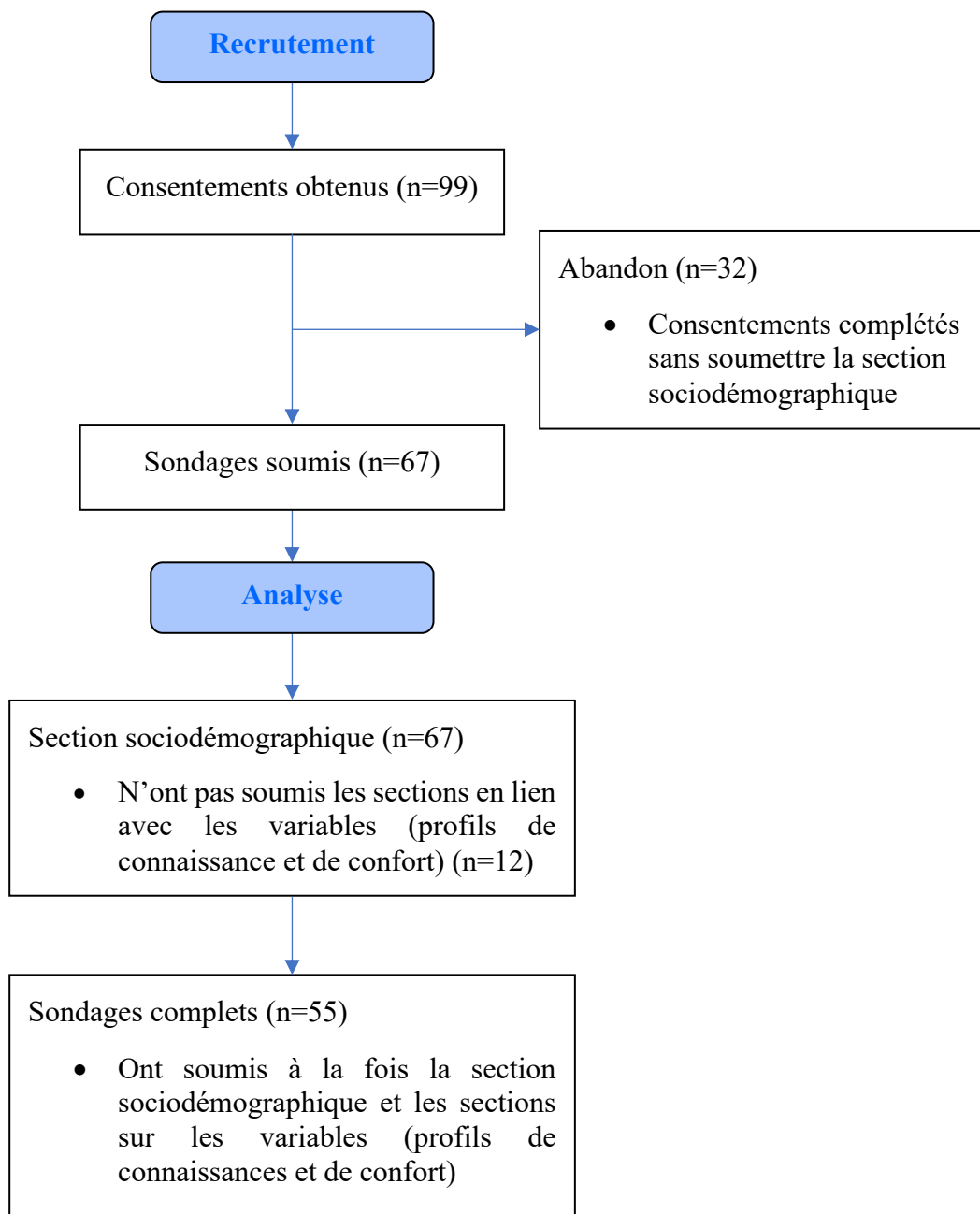


Figure 3 : Déroulement du recrutement et de la collecte de données.

En tenant compte de tous les participants incluant ceux ayant soumis leur section sociodémographique, l'ensemble de l'échantillon est composé de 64 femmes (95,52%), deux hommes (2,98%) et une personne (1,49%) ayant préféré s'abstenir de répondre. Par conséquent, les lignes qui suivent sont rédigées au féminin. Les participantes avaient entre 20 et 59 ans. La majorité d'entre elles (n=42 ; 62,69%) étaient âgées de 30 à 49 ans. Les infirmières de première ligne ayant complété le sondage sont dispersées dans l'une ou l'autre de 14 des 17 régions administratives qui composent le Québec. Mis à part les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre-du-Québec, au moins une infirmière par région a répondu à l'appel. La région la plus représentée est celle de Montréal avec 21 (31,34%) participantes, suivi par les Laurentides qui comptent 14 (n=20,90%) sondages complétés. Les données sociodémographiques sont rapportées au tableau 5 à la fin de cette section.

L'infirmière ayant participé au sondage et détenant le plus grand nombre d'années d'expérience est entrée dans la profession en 1988. Celle détenant le moins d'expérience est devenue infirmière en 2022. La moyenne d'année d'expérience des participantes s'établit à 12,55 ans. La majorité des participantes ont affirmé avoir débuté leur carrière avec un diplôme d'études collégiales (DEC) (n=55 ; 82,09%) et la plupart d'entre elles ont poursuivi des études universitaires par la suite. Lors de la complétion du sondage, 11 (16,42%) d'entre elles détenaient un DEC, 35 (52,24%) avaient obtenu un baccalauréat (BAC) et 21 (31,34%) avaient terminé des études de deuxième cycle. Cinq (7,46%)

d'entre elles avaient une maîtrise en sciences infirmières alors que 16 (23,88%) étaient IPSPL. Quarante-trois (64,18%) personnes ont affirmé avoir le droit de prescrire, alors que 22 (32,84%) autres n'avaient pas cette autorisation.

Sommairement, 20 (29,85%) participantes évoluaient en GMF et huit (11,94%) travaillaient en clinique. À cela s'ajoutent trois (4,48%) infirmières travaillant en dispensaire. Certaines participantes ont déclaré exercer à l'hôpital (n=13 ; 19,40%) dans différents départements ou cliniques par exemple huit (11,94%) d'entre elles évoluaient à l'urgence. Finalement, dix (14,93%) personnes n'ont pas spécifié le lieu de pratique. Quarante-quatre (65,67%) répondantes travaillaient plus de 30 heures par semaine. Huit (11,94%) participantes exerçaient moins de 20 heures par semaine. La plupart des participantes (n=43 ; 64,18%) ont déclaré une proportion de moins de 39% du temps auprès des femmes ménopausées. Cependant, huit (11,94%) infirmières répondantes passent plus de 60% de leur temps clinique auprès de cette clientèle.

Tableau 5  
Données sociodémographiques des participantes

	n (%)
<b>Genre</b>	
Femmes	64 (95,52%)
Hommes	2 (2,98%)
Sans réponse	1 (1,49%)
<b>Âge des participantes</b>	
20-29	15 (22,88%)
30-39	23 (34,33%)
40-49	19 (28,36%)

50-59	10 (14,96%)
60-69	0 (0%)
Plus de 70	0 (0%)
<b>Région administrative</b>	
Bas-Saint-Laurent	0 (0%)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 (4,48%)
Capitale-Nationale	2 (2,98%)
Mauricie	1 (1,49%)
Estrie	1 (1,49%)
Montréal	21 (31,34%)
Outaouais	4 (5,97%)
Abitibi-Témiscamingue	0 (0%)
Côte-Nord	1 (1,49%)
Nord-du-Québec	4 (5,97%)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 (1,49%)
Chaudière-Appalaches	1 (1,49%)
Laval	6 (8,96%)
Laurentides	14 (20,90%)
Lanaudière	3 (4,48%)
Montérégie	5 (7,46%)
Centre-du-Québec	0 (0%)
<b>Année obtention permis OIIQ</b>	
1989 et moins	2 (2,98%)
1990 à 1994	2 (2,98%)
1995 à 2009	5 (7,46%)
2000 à 2004	6 (8,96%)
2005 à 2009	17 (25,37%)
2010 à 2014	6 (8,96%)
2015 à 2019	17 (25,37%)
2020 à 2022	12 (17,91%)
<b>Diplôme d'entrée dans la profession</b>	
DEC	55 (82,09%)
BAC	12 (17,91%)
<b>Plus haut niveau d'étude atteint</b>	
DEC	11 (16,42%)
BAC	35 (52,24%)
2 <sup>e</sup> cycle	21 (31,34%)
<b>Droit de prescrire</b>	
Oui	43 (64,18%)
Non	23 (34,33%)
Sans réponse	1 (1,49%)
<b>Milieus de travail</b>	
GMF	20 (29,85%)

Clinique	8 (11,94%)
Dispensaire	3 (4,48%)
CLSC	13 (19,40%)
Centre hospitalier	13 (19,40%)
Première ligne	10 (15,20%)
<b>Nombre d'heures travaillées par semaine</b>	
Moins de 10h	5 (7,46%)
11h à 20h	3 (4,48%)
21h à 30h	10 (14,96%)
31h à 40h	32 (47,76%)
Plus à 41h	12 (17,91%)
Sans réponse	5 (7,46%)
<b>Proportion soins directs clientèle ménopausée</b>	
1 à 19%	29 (43,28%)
20 à 39%	14 (20,90%)
40 à 59%	11 (16,42%)
60 à 79%	4 (5,97%)
Plus de 80%	4 (5,97%)
Sans réponse	5 (7,46%)

Ainsi, après avoir décrit les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude, la description des résultats obtenus en lien avec les variables (profil de connaissances et profils de confort) mesurées est présentée.

### **Profil de connaissances**

La description du profil de connaissances est guidée par le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC*, c'est-à-dire qu'elle est présentée en fonction des domaines d'activités influençant le travail de l'infirmière en première ligne : l'évaluation globale, la gestion des soins et la promotion de la santé (Poitras et al, 2014). Le tableau 7 en fait la synthèse à la fin de cette section.

### *Profil de connaissances : évaluation globale*

Préalablement à l'étude, 33 (60%) répondantes connaissaient le syndrome par son appellation. Par contre, 20 (36,36%) participantes n'avaient jamais entendu l'appellation SUGM. Vingt-deux (40%) répondantes ont affirmé n'avoir aucune ou peu de connaissances sur la baisse oestrogénique et ses conséquences. Une seule participante se déclarait experte. Même constat du côté du sentiment de compétence à gérer les manifestations secondaires à la baisse des œstrogènes : 21 (38,18%) personnes affirmaient être au moins à un bon niveau et 21 (38,18%) personnes se disaient de bas niveaux. Interrogées à savoir si le SUGM peut être diagnostiqué sans examen vaginal préalable, 19 (34,55%) répondantes croyaient que c'était possible de le faire, alors que 27 (50%) croyaient l'inverse. Puis, en ce qui a trait à la capacité d'expliquer le lien entre l'incontinence et la dyspareunie : 36 (65,45%) répondantes ont affirmé ne pas pouvoir faire le lien entre les deux conditions. Cette question permettait aux participantes de faire des hypothèses. Quinze (27,77%) personnes ont tenté de le faire (tableau 6). Quatre (7,27%) d'entre elles ont identifié la baisse des œstrogènes.

Tableau 6  
Hypothèses émises par les participantes afin d'expliquer le lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire

Numéro de la participante	Hypothèses émises
8	Perte œstrogène
20	Diminution du tonus
34	Sécheresse
47	Perte d'œstrogène et autres hormones
54	Affaissement du plancher pelvien

59	Descentes des organes pelviens
60	Sécheresse et atrophie
61	Lié à la baisse des œstrogènes
62	Changement fonctionnel et structurel
63	Secondaire à la baisse oestrogénique
64	Cystite ou atrophie
67	Atrophie
74	Atrophie et perte de tonus
77	L'incontinence arrive après un rapport douloureux
84	Plus d'enfants augmentent le risque de fuite urinaire

---

Si 15 (27,27%) personnes ont affirmé être en mesure de nommer des signes et symptômes du SUGM, 40 (72,27%) répondantes se sont prêtées au jeu et ont chacune nommé plusieurs signes et symptômes du SUGM (tableau 10 ; annexe B). En tout, 157 signes ou symptômes ont été nommés, dont certains plusieurs fois par des participantes différentes. Les termes nommés ont été regroupés en quatre (4) thématiques : ménopause, dyspareunie, troubles vaginaux, troubles urinaires. Les troubles vaginaux sont ce qui est revenu le plus souvent. À 69 reprises (43,95%), des mots apparentés à cette catégorie sont ressortis. Le thème le plus récurrent est la sécheresse vaginale qui a été mentionnée à 24 reprises (15,29%), suivi par la dyspareunie qui fut nommée 18 fois (11,46%) et l'atrophie vaginale qui est revenue 16 fois (10,19%). Les troubles urinaux aussi ont été identifiés puisque la thématique est ressortie une quarantaine de fois (25,47%) sous divers termes. D'ailleurs, sept (12,73%) personnes ont parlé d'infection urinaire.



***Profil de connaissances : gestion des soins***

Concernant le sentiment de compétence perçu en lien avec la capacité à conseiller la clientèle sur l'hormonothérapie (per os, topique, transdermique, intravaginale, etc.) et sur les autres approches thérapeutiques en lien avec le SUGM, aucune des infirmières ayant participé ne s'est déclarée experte. Trois (5,45%) d'entre elles estimaient atteindre un niveau excellent pour conseiller la clientèle sur l'hormonothérapie et 36 (65,45%) indiquaient avoir un niveau moyen ou inférieur. Un constat similaire est fait au niveau des traitements autres que l'hormonothérapie puisque dix (18,18%) des répondantes se déclaraient d'excellent niveau et que 36 (65,45%) estimaient avoir un niveau moyen ou inférieur. Puis, suivant le diagnostic du SUGM, la plupart des infirmières estimaient nécessaire de faire un suivi un à six mois après le diagnostic (n=38 ; 69,10%). Quelques personnes estimaient qu'aucun suivi (n=4 ; 7,27%) n'est nécessaire, alors que d'autres reportaient (n=4 ; 7,40%) le suivi à une période dépassant 12 mois.

***Profil de connaissances : Promotion de la santé***

Questionnées sur la fréquence d'utilisation du terme SUGM, 46 (83,64%) répondantes l'utilisent occasionnellement ou encore moins fréquemment. Or, 36 (65,45%) participantes ont déclaré ne jamais utiliser l'appellation. Ainsi, six (10,91%) répondantes l'utilisaient souvent ou systématiquement. Par la suite, les participantes étaient invitées à nommer les termes qu'elles ont l'habitude d'utiliser pour discuter des changements urogénitaux avec la clientèle ménopausée. La sécheresse vaginale est revenue 34 fois

(49,28%), l'atrophie vaginale 17 fois (24,64%), le SUGM 13 fois (18,84%) et la vulvovaginite atrophique a été nommée cinq fois (7,25%). En sélectionnant « autres », les participantes pouvaient offrir une réponse personnalisée. Ainsi, le manque de lubrification, la sensation de brûlure, la perte de tonus, la baisse de libido, la baisse d'hormone et la dyspareunie ont tous été nommés à au moins une reprise. Ensuite, 11 (20%) personnes ont indiqué ne pas connaître d'autre moyen que les antibiotiques pour traiter les infections urinaires récurrentes chez la femme ménopausée. Par contre, 38 (69,09%) répondantes ont affirmé en connaître. Une question ouverte permettait aux participantes, sans être limitée par le nombre de réponses, d'indiquer des moyens de contrôle des infections urinaires ; 130 réponses ont été obtenues (tableau 11 ; annexe B). La recommandation répétée le plus souvent a été de maintenir une bonne hydratation (17 fois ; 13,08%), suivi de près par la recommandation d'uriner systématiquement en postcoïtale (14 fois ; 10,77%). Maintenir une bonne hygiène personnelle (10 fois ; 7,69%) et vidanger adéquatement la vessie (6 fois ; 4,62%) sont aussi les conseils qui sont revenus le plus fréquemment. Puis, les participantes devaient dire quand elles recommandent un examen vaginal chez les femmes ménopausées : sept (12,73%) répondantes ont indiqué que cette question ne s'appliquait pas à leur pratique, cinq (9,09 %) ont dit « une fois par an », huit (14,55%) ont dit « tous les deux ans », cinq (9,09%) ont dit tous les trois ans, sept (12,73%) ont nommé ne jamais le faire et dix (18,18%) ont indiqué le faire seulement en présence de signes ou de symptômes urogénitaux. La question suivante demandait si les participantes recommandent l'examen vaginal aux femmes post-ménopausées et ayant subi une hystérectomie par le passé : 24 (43,64%) ont affirmé que oui, alors que huit

(14,55 %) ont indiqué « seulement si le col est conservé ». Finalement, la dernière question dans la section sur la variable profil de connaissances demandait aux participantes si elles croyaient que les œstrogènes vaginaux pouvaient aider à prévenir les infections urinaires : 35 personnes (63,64%) ont dit oui et cinq (9,09%) ont dit non.

Tableau 7  
Profil de connaissances sur le SUGM.

Domaines d'activité	Réponses possibles	n (%)
<b>Évaluation globale</b>		
Connaissance de la terminologie du SUGM	Oui	33 (60,00%)
	Non	20 (36,36%)
	Sans réponse	2 (3,64%)
Symptômes urogénitaux reliés à la baisse des œstrogènes	Aucune connaissance	4 (7,27%)
	Peu de connaissances	18 (32,73%)
	Connaissances moyennes	14 (25,45%)
	Bonnes connaissances	17 (30,91%)
	Expert	1 (1,82%)
	Sans réponse	1 (1,82%)
Accompagnement dans la gestion des manifestations urogénitales secondaires à la baisse des œstrogènes	Bas niveau de connaissances	22 (40,00%)
	Connaissances moyennes	11 (20,00%)
	Bon niveau de connaissances	20 (36,36%)
	Excellent niveau de connaissances	1 (1,82%)
	Expert	0 (0%)
	Sans réponse	1 (1,82%)
Diagnostiquer le SUGM sans faire d'examen vaginal	Oui	27 (50,00%)
	Non	19 (34,55%)
	Sans réponse	9 (16,36%)
Capable d'établir le lien entre dyspareunie et incontinence urinaire	Oui	18 (32,73%)
	Non	36 (65,45%)
	Sans réponse	1 (1,82%)

Capable de nommer des signes et des symptômes du SUGM	Oui	15 (27,27%)
	Non	40 (72,73%)
	Sans réponse	0 (0%)

---

### Gestion des soins

Conseiller sur l'hormonothérapie	Bas niveau de connaissances	28 (50,91%)
	Connaissances moyennes	8 (14,55%)
	Bon niveau de connaissances	14 (25,45%)
	Excellent niveau de connaissances	3 (5,45%)
	Expert	0 (0%)
	Sans réponse	2 (3,64%)

Conseiller sur les traitements autres que l'hormonothérapie	Bas niveau de connaissances	27 (50,00%)
	Connaissances moyennes	9 (16,36%)
	Bon niveau de connaissances	11 (20,00%)
	Excellent niveau de connaissances	6 (10,91%)
	Expert	0 (0%)
	Sans réponse	2 (3,64%)

À quel moment faire le suivi après le diagnostic	Pas besoin de suivi	4 (7,27%)
	Après 1 à 3 mois	31 (56,36%)
	Après 3 à 6 mois	7 (12,73%)
	Après 6 à 12 mois	3 (5,45%)
	Après plus d'un an	1 (1,82%)
	Sans réponse	9 (16,36%)

---

### Promotion de la santé

Fréquence d'utilisation du terme SUGM	Jamais	36 (65,45%)
	Seulement si symptômes urinaires	1 (1,82%)
	Seulement si signes physiques	5 (9,09%)
	Occasionnellement	5 (9,09%)
	Souvent	4 (7,27%)
	Systématiquement	2 (3,64%)
Sans réponse	2 (3,64%)	

Terme utilisé pour décrire les changements liés au SUGM (plus d'une réponse possible)	Sécheresse vaginale	34
	Vulvovaginite atrophique	5
	Atrophie vaginale	17
	SUGM	13
	Autre	6

Connaissances d'autres moyens que les antibiotiques dans le traitement des infections urinaires	Oui	38 (69,10%)
	Non	11 (20,00%)
	Sans réponse	6 (10,91%)
Examen vaginal chez la femme ménopausée, fréquence	1 fois par an	5 (9,09%)
	1 fois aux 2 ans	8 (14,55%)
	1 fois aux 3 ans	5 (9,09%)
	Aux 3 à 5 ans	1 (1,82%)
	Seulement si signes ou symptômes	10 (18,18%)
	Jamais	8 (14,55%)
	Ne s'applique pas	7 (12,73%)
	Sans réponse	10 (18,18%)
Examen vaginal chez la femme hystérectomisée	Oui	24 (43,64%)
	Non	5 (9,09%)
	Seulement si le col est conservé	8 (14,55%)
	Sans réponse	18 (32,73%)
Âge auquel l'examen vaginal préventif est cessé	55-60 ans	3 (5,45%)
	61-65 ans	4 (7,27%)
	66-70 ans	16 (29,09%)
	71-75 ans	2 (3,64%)
	76 ans et plus	6 (10,91%)
	Sans réponse	25 (45,45%)
Efficacité de l'œstrogène vaginal dans le contrôle des infections urinaires	Oui	35 (63,64%)
	Non	5 (9,09%)
	Sans réponse	15 (27,27%)

### Profil de confort

Concernant la variable profil de confort, elle est aussi présentée en fonction de trois des domaines d'activités de l'infirmière en première ligne : l'évaluation globale, la gestion des soins et la promotion de la santé. Le tableau 9 résume la description de la variable « profil de confort » à la fin de cette section.

### ***Profil de confort : évaluation globale***

Quinze (27%) participantes ont affirmé initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale seulement en présence de signes physiques à l'examen vaginal ou si la femme nommait des symptômes. Quinze (27%) répondantes ont affirmé ne jamais initier la discussion ou attendre que ce soit la femme qui le fasse. Cependant, 19 (34,55%) d'entre elles initient systématiquement cette discussion avec la clientèle ménopausée. Puis, au niveau de l'incontinence urinaire, neuf (16,36%) répondantes ont affirmé ne jamais questionner les clientes à ce sujet, 23 (41,42%) le font occasionnellement, 16 (39,09%) le font la plupart du temps, et quatre (7,27%) le font systématiquement. Pour le confort à initier la discussion sur l'atrophie vaginale et la dyspareunie, 34 (61,81%) participantes se sentaient confortables ou très confortables dans la discussion. Au niveau de la libido et du désir sexuel, le degré de confort était réduit à 28 (50,91%) d'entre elles. Dix (18,18%) participantes ont déclaré être inconfortables, un peu inconfortables ou très inconfortables avec la discussion sur l'atrophie vaginale, alors que ce chiffre monte à 11 (20%) avec le thème du désir sexuel et de la libido.

### ***Profil de confort : gestion des soins***

Questionnées sur l'identification des barrières personnelles propres à l'infirmière, 28 (50,91%) ont répondu ne pas être en mesure d'en identifier. Par contre, 22 (40%) participantes ont nommé plusieurs barrières qui ont été regroupées sous différents thèmes (tabou, manque de connaissances, manque de temps, pas en lien avec la pratique, relation

avec la patiente, manque de moyens) et sont présentées dans le tableau 8. La gêne est l'item qui a été nommé le plus souvent (8 fois; 23,53%), suivi par le manque de connaissances (7 fois; 20,59%) et le manque de temps (3 fois; 8,82%).

Tableau 8  
Nommer des barrières personnelles qui nuisent à la capacité d'initier la discussion sur la sexualité et les troubles vaginaux.

Regroupement en thématique	Catégories	
	Mots nommés	Nb de fois nommés
Tabou	Gêne (embarras, honte, tabou)	8
	Malaise ou inconfort	3
	Peur d'offenser ou de peiner	3
	Limite générationnelle	1
Manque de connaissances	Manque de connaissances	7
	Méconnaissances des traitements	1
Manque de temps	Horaires contraignants	1
	Manque de temps	3
Relation avec la patiente	Lien thérapeutique	1
	Infirmière vs infirmier	1
	Ouverture de la patiente	1
	Proximité avec la cliente	1
Manque de moyen	Manque d'outils	1
	Manque de moyen	1
	Manque de soutien technique	1

### ***Profil de confort : promotion de la santé***

Il a été demandé aux participantes de s'exprimer sur leur sentiment de confort à expliquer le rôle des œstrogènes dans l'évolution de l'atrophie vaginale. Vingt-cinq (45,45%) d'entre elles nomment être au minimum confortable avec cette discussion. Puis, 12 (21,82%) se disent inconfortables à très inconfortables de le faire. Au niveau de

conseiller les clientes sur la prise d'antibiotiques dans le traitement des infections urinaires récurrentes chez les femmes ménopausées, dix (18,18%) participantes se disaient être très inconfortables et inconfortables. Ce chiffre augmentait à 20 (36,36%) en lien avec la prise d'œstrogènes vaginaux et 27 (49,09%) lorsqu'il était question de conseiller sur la prise de produits naturels. À l'inverse, elles étaient 20 (36,36%) à mentionner être un peu confortables à très confortables de conseiller les femmes sur la prise de produits naturels, 26 (47,27%) sur la prise d'œstrogène vaginale et 36 (65,45%) sur l'antibiothérapie. Les participantes ont été questionnées en lien avec leur niveau de confort à expliquer le rôle des œstrogènes dans la perte de tonicité du plancher pelvien : 18 (32,73%) ont déclaré être inconfortables à très inconfortables de le faire ; 17 (30,91%) participantes se disent confortables ou très confortables dans cette discussion. Puis, les participantes devaient se prononcer sur leur confort à conseiller les femmes en lien avec exercices permettant d'améliorer cette tonicité : 34 (61,82%) répondantes indiquaient être au moins confortables dans l'explication des exercices de plancher pelvien et sept (12,73%) nommaient un inconfort. Finalement, il était demandé vers quel âge il était pertinent d'initier la discussion sur les effets de la ménopause et du SUGM. La plupart des répondantes (n=31 ; 56,36%) s'entendaient pour dire qu'il faut initier sur les effets de la ménopause avant l'âge de 50 ans, six (10,91%) personnes attendraient après cet âge et sept (12,73%) le font seulement en présence de signes ou de symptômes.



Tableau 9  
Profil de confort à initier la discussion sur le SUGM.

Domaines d'activité	Réponses possibles	n (%)
<b>Évaluation globale</b>		
Initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale	Jamais	8 (14,55%)
	Si cliente initie la discussion	7 (12,73%)
	Cliente nomme des symptômes	12 (21,82%)
	Signes physiques à l'examen	3 (5,45%)
	Suivi symptômes ou traitements	2 (3,64%)
	Systématiquement	19 (34,55%)
	Sans réponse	4 (7,27%)
Initier la discussion sur l'incontinence urinaire	Jamais	9 (16,36%)
	Occasionnellement	23 (41,42%)
	La plupart du temps	16 (29,09%)
	Systématiquement	4 (7,27%)
	Sans réponse	3 (5,45%)
Initier la discussion sur l'atrophie et la dyspareunie	Très inconfortable	2 (3,64%)
	Un peu inconfortable	6 (10,91%)
	Inconfortable	2 (3,64%)
	Un peu confortable	8 (14,55%)
	Confortable	18 (32,73%)
	Très confortable	16 (29,09%)
	Sans réponse	3 (5,45%)
Initier la discussion sur la libido et le désir sexuel.	Très inconfortable	3 (5,45%)
	Un peu inconfortable	4 (7,27%)
	Inconfortable	4 (7,27%)
	Un peu confortable	11 (20,00%)
	Confortable	19 (34,55%)
	Très confortable	10 (18,18%)
	Sans réponse	4 (7,27%)
<b>Gestion des soins</b>		
Nommer des barrières personnelles	Oui	21 (38,18%)
	Non	28 (50,91%)
	Sans réponse	16 (10,91%)
<b>Promotion de la santé</b>		

Expliquer le rôle des œstrogènes dans l'évolution de l'atrophie vaginale	Très inconfortable	6 (10,91%)
	Un peu inconfortable	3 (5,45%)
	Inconfortable	3 (5,45%)
	Un peu confortable	8 (14,55%)
	Confortable	20 (36,36%)
	Très confortable	5 (9,09%)
	Sans réponse	10 (18,18%)
Conseiller la gestion des infections urinaires récurrentes avec des antibiotiques	Très inconfortable	4 (7,27%)
	Un peu inconfortable	3 (5,45%)
	Inconfortable	3 (5,45%)
	Un peu confortable	11 (20,00%)
	Confortable	19 (18,18%)
	Très confortable	6 (10,91%)
	Sans réponse	9 (16,36%)
Conseiller la gestion des infections urinaires récurrentes avec des œstrogènes vaginales	Très inconfortable	10 (18,18%)
	Un peu inconfortable	4 (7,27%)
	Inconfortable	6 (10,91%)
	Un peu confortable	6 (10,91%)
	Confortable	14 (25,45%)
	Très confortable	6 (10,91%)
	Sans réponse	9 (16,36%)
Conseiller la gestion des infections urinaires récurrentes avec des produits naturels	Très inconfortable	14 (25,45%)
	Un peu inconfortable	6 (10,91%)
	Inconfortable	7 (12,73%)
	Un peu confortable	11 (20,00%)
	Confortable	7 (12,73%)
	Très confortable	2 (3,64%)
	Sans réponse	8 (14,55%)
Expliquer le rôle des œstrogènes dans la perte de tonicité du plancher pelvien	Très inconfortable	9 (16,36%)
	Un peu inconfortable	5 (9,09%)
	Inconfortable	4 (7,27%)
	Un peu confortable	9 (16,36%)
	Confortable	12 (21,82%)
	Très confortable	5 (9,09%)
	Sans réponse	11 (20,00%)
Conseiller sur les exercices de plancher pelvien	Très inconfortable	3 (5,45%)
	Un peu inconfortable	1 (1,82%)
	Inconfortable	3 (5,45%)
	Un peu confortable	8 (14,55%)

	Confortable	25 (45,45%)
	Très confortable	2 (3,64%)
	Sans réponse	6 (10,91)
Âge auquel il est pertinent d'initier la discussion sur le SUGM	Avant 40 ans	6 (10,91%)
	Entre 40 et 45 ans	11 (20,00%)
	Entre 46 et 50 ans	14 (25,45%)
	Entre 51 et 55 ans	6 (10,91%)
	Entre 56 et 60 ans	0 (0%)
	Entre 61 et 65 ans	0 (0%)
	Entre 66 et 70 ans	0 (0%)
	Entre 71 et 75 ans	0 (0%)
	Si signes ou symptômes	7 (12,73%)
	Autres	2 (21,82%)
	Sans réponse	9 (16,36%)

---

En somme, les résultats démontrent que 67 personnes ont soumis la section sociodémographique et 55 personnes ont soumis les sections en lien avec les variables. L'échantillon était principalement composé de femmes qui provenaient des diverses régions du Québec. L'expérience de travail des participantes variait de 1 à 35 ans avec une moyenne avoisinant les 12 ans. Environ, la moitié des infirmières-répondantes travaillaient en GMF ou dans un milieu similaire. Un bon nombre d'entre elles (36,36%) n'avaient jamais entendu le terme SUGM préalablement à cette étude et 40% déclaraient ne pas avoir les connaissances suffisantes pour accompagner les patientes atteintes par cette affection. Plusieurs participantes (65%) étaient incapables de faire le lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire. Elles étaient seulement quelques-unes (12,73%) à identifier le risque accru d'infection urinaire. Plus du quart des participantes ont indiqué ne jamais initier elles-mêmes la discussion sur la santé urogénitale et attendre que la patiente le fasse, et moins de la moitié se disaient confortables de la faire. D'ailleurs,

plusieurs participantes ont identifié des barrières personnelles qui viennent nuire à la discussion sur la symptomatologie urogénitale : les tabous, le manque de connaissances et le manque de temps. Ainsi, les résultats montrent que les infirmières ayant répondu ont peu de connaissances sur le SUGM, qu'elles initient peu la discussion sur la symptomatologie urogénitale et seulement la moitié d'entre elles se sentent confortables dans cette discussion.

Afin d'approfondir la réflexion entourant ces résultats, le prochain chapitre présente la discussion. Pour ce faire, les résultats de l'étude seront revisités à la lumière des grandes études réalisées antérieurement sur le SUGM.

## DISCUSSION

Les prochaines lignes de ce chapitre débutent par un bref retour sur le but de l'étude, puis les caractéristiques sociodémographiques des participants sont discutées suivi des profils de connaissances et de confort (variables à l'étude). Par la suite, les résultats sont mis en relation avec le cadre théorique qui a guidé l'étude. En terminant, les forces et les limites de l'étude sont identifiées, de même que les retombées dans les cinq axes de la pratique infirmière (pratique clinique, gestion, recherche, formation, politique) (Pepin et al., 2017).

### **Bref retour sur le but de l'étude**

Cette étude quantitative descriptive simple transversale avait pour but de décrire le profil de connaissances des infirmières québécoises œuvrant en soins de première ligne sur le SUGM et le profil de confort à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale avec les femmes ménopausées. Pour obtenir la description des profils, les participantes devaient compléter un sondage en ligne. Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière un manque de connaissances des répondantes sur le SUGM. Le même constat est réalisé au niveau du profil de confort, c'est-à-dire que les résultats montrent que les répondantes ont de la difficulté à initier la discussion sur le SUGM. Comme il sera vu plus loin dans la section sur les retombées de l'étude, les résultats de celle-ci font émerger les besoins éducationnels des infirmières œuvrant en première ligne et qui sont en contact avec la clientèle ménopausée sur le SUGM.

### **Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon**

Bien que cette étude n'ait pas pour but de généraliser les résultats par la suite, il est tout de même souhaitable que l'échantillon soit représentatif de la population à l'étude (Fortin & Gagnon, 2022). Les prochaines lignes décrivent de quelle façon l'échantillon est représentatif de la population visée, c'est-à-dire les infirmières de première ligne. D'abord, mis à part pour deux hommes et une personne ayant préféré ne pas déclarer son genre, l'échantillon est essentiellement composé de femmes. À la clôture du tableau de l'OIIQ le 31 mars 2022, la présence des hommes infirmiers s'établissait à 11,7% au Québec. Toutefois, la majorité d'entre eux travaillaient principalement en santé mentale ou en soins critiques et peu d'entre eux exerçaient en soins de première ligne (Marleau, 2022). Il était donc attendu qu'il y ait davantage d'infirmières-répondantes que d'infirmiers-répondants au sondage. La majorité des participantes (n=42 ; 62,69%) étaient âgées de 30 à 49 ans, ce qui correspond à l'âge moyen (41,3 ans) des infirmières québécoises inscrites à l'OIIQ (Marleau, 2022).

Des infirmières de 14 des 17 régions administratives du Québec ont répondu au sondage. La région de Montréal est la plus représentée (n=21 ; 31,34%) suivie par celle des Laurentides (n=14 ; 20,90%). Bien que la région de Montréal soit adéquatement représentée (l'OIIQ déclare 32,7% de ses effectifs dans cette ville), la région des Laurentides est sur représentée (l'OIIQ déclare 4% de ses effectifs dans cette région). L'explication de ce phénomène tient probablement au fait que l'échantillonnage s'est fait

par réseau et que les domiciles professionnels de l'étudiante-chercheuse et de son équipe de direction sont dans la région des Laurentides. Néanmoins, il est intéressant de constater que la plupart des régions ont répondu à l'appel dans des proportions qui se rapprochent la plupart du temps des effectifs déclarés par l'OIIQ (Marleau, 2022). Par exemple, trois (4,48%) répondantes provenaient de la région de Lanaudière, alors que l'OIIQ y déclare 5,2% de ses effectifs. Au niveau du Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'OIIQ compte 3,6% de ses effectifs et le sondage a obtenu trois (4,48%) participantes. Du côté de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le sondage a obtenu une (1,49%) participante (n=1) alors que l'OIIQ déclare respectivement 1,2% et 1,3% de ses effectifs dans ses régions.

Au moment de compléter le sondage, 57 (85,07%) répondantes détenaient un diplôme universitaire. Ce taux dépasse largement celui de l'OIIQ qui se chiffre à 51,8% (Marleau, 2022). Toutefois, il faut rappeler que les connaissances et les compétences requises pour effectuer un rôle en première ligne sont habituellement acquises lors de la formation universitaire de premier cycle (Marleau, 2022), il était donc attendu que l'échantillon soit principalement composé de détentrices d'un diplôme universitaire.

Environ 50% des participantes travaillaient en GMF ou dans un milieu similaire. Cela aussi était attendu puisque la population visée dès le départ était principalement les infirmières de première ligne évoluant en GMF ou en cabinet médical. Plus de 65% (n=44) d'entre elles ont signifié travailler au moins 30 heures par semaine. De nouveau, ce chiffre



correspond à la cartographie que l'OIIQ fait de ses membres puisque dans le dernier rapport, il est statué que 68,14% des infirmières québécoises travaillent à temps complet. Ainsi, bien que l'échantillon sociodémographique soit de 67 infirmières de première ligne, sa représentativité correspond généralement à la population infirmière québécoise telle que définie par l'OIIQ (Marleau, 2022).

### **Profil de connaissances sur le SUGM**

Dans le cadre de cette étude, une vingtaine de participantes (36,36%) n'avaient jamais entendu le terme SUGM, et 22 (40%) d'entre elles indiquaient ne pas détenir les connaissances suffisantes sur les conséquences de la perte oestrogénique pour accompagner les patientes. Parmi les répondantes, 36 (65,45%) situaient leur niveau de connaissances sur les traitements disponibles pour traiter le SUGM à moyen ou inférieur et 47 (85,45%) d'entre elles n'utilisaient qu'occasionnellement ou encore moins fréquemment le terme SUGM. En comparaison, Pace et al. (2020) lors du *Nurse Practitioner Survey*, montraient que 51% participantes situaient leur niveau de connaissances sur les effets secondaires de la baisse des œstrogènes de moyennes à très basses, ce qui est légèrement moins élevé que le taux obtenu dans l'étude présentée. Toutefois, elles étaient 83% à ne pas connaître ou ne pas utiliser le terme SUGM, ce qui est très similaire à ce qui a été trouvé dans la présente étude (85,45%). De plus, la forte majorité d'entre elles étaient incapables d'expliquer le lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire. Même constat au niveau de notre étude, 65,45% (n=36) des

répondantes étaient dans l'incapacité d'expliquer ce lien. Cependant, 40 (72,73%) personnes ont été en mesure de nommer des signes et symptômes du SUGM : sécheresse vaginale, dyspareunie, atrophie vaginale, troubles urinaux. Les termes choisis par les participantes étaient similaires à ceux des répondantes du *Nurse Practitioner Survey* : sécheresse, vulvovaginite atrophique, douleur aux relations sexuelles (Pace et al., 2020). Néanmoins, il est important de noter, que les répondantes de l'étude américaine n'avaient pas identifié les troubles urinaux, alors que dans l'étude présentée, sept (12,73%) personnes avaient même identifié les risques accrus d'infection urinaire. Lorsque questionnés sur les meilleures pratiques pour prévenir les infections urinaires récurrentes chez les femmes ménopausées, la plupart des conseils énumérés par les répondantes étaient d'ordre général (avoir bonne hydratation, uriner postcoït, prendre des canneberges<sup>16</sup>, maintenir une bonne hygiène) et n'étaient pas en lien avec la perte oestrogénique. Aucune des répondantes n'a émis de réponses en lien avec les traitements préventifs disponibles (ex. hydratants, hormonothérapie, physiothérapie, laser). Les études précédentes n'ont pas exploré cet item, par conséquent il n'est pas possible de faire le constat de ces résultats par rapport à ce qui aurait été obtenu dans d'autres recherches. Par contre, ces nouvelles données permettent de mieux comprendre la variable à l'étude.

Ces données confirment que le manque de connaissances des infirmières québécoises en soins de première ligne est comparable à celui des répondantes

---

<sup>16</sup> Soit sous forme de jus, de comprimés, de capsules ou de concentré.

américaines du *Nurse Practitioner Survey* (Pace et al., 2020). L'implication du manque de connaissances des professionnels de la santé sur le SUGM et son impact négatif secondaire sur la prise en charge du syndrome sont dénoncés depuis les *grandes études incontournables* réalisées entre 2010 et 2018. À titre d'exemple, le REVIVE Survey avait fait ressortir que le manque de prise en charge du SUGM par les professionnels de la santé reposait sur leurs incapacités à en reconnaître les signes et symptômes. Par conséquent, ils étaient incapables de diagnostiquer le syndrome et de prescrire les traitements appropriés (Kingsberg et al., 2013). Le AGATA Survey en ajoutait en indiquant que les soignants négligeaient le traitement du SUGM par manque de connaissances et incitaient les professionnels à s'améliorer au niveau des diagnostics, des traitements et de la prise en charge (Palma, Volpe et al., 2016). Finalement, le EVES Survey identifiait les infirmières de première ligne comme étant les professionnelles de la santé les mieux positionnées pour faciliter les échanges avec la personne atteinte du SUGM. Selon eux, la présence des infirmières dans des lieux multiples et l'approche holistique propre à la profession les plaçaient en première place pour assumer la prise en charge des personnes atteintes du SUGM. Malheureusement, tel que constaté en 2020 par Pace et al, et aujourd'hui par l'étude présentée, force est de constater qu'il n'y a pas eu de changement depuis les *grandes études incontournables* (2010-2018), les infirmières en soins de première ligne manquent toujours de connaissances et de capacité communicationnelle pour effectuer la prise en charge du SUGM.

D'ailleurs, les auteurs des *grandes études incontournables* (2010-2018) insistaient sur la nécessité de mieux éduquer les infirmières pour qu'elles obtiennent les connaissances nécessaires pour bien accompagner les personnes atteintes (Palacios et al., 2019). Dans le cadre de la présente étude, un exemple flagrant de manque de connaissances des répondantes vient confirmer ce qu'il engendre sur la prise en charge du SUGM. En effet, 19 (34,55%) répondantes ont affirmé que sans examen physique il était impossible de dépister le SUGM. Il s'agit d'un triste constat puisque l'outil diagnostique le plus puissant du SUGM est simplement de poser quelques questions à la cliente ménopausée : Dyspareunie ? Nycturie ? Infection urinaire ? Sensation de brûlure ? Vessie hyperactive ? Fuite urinaire ? Un simple oui à l'une de ces questions devrait amener au questionnement sur la santé urogénitale et permettre d'initier la discussion sur le SUGM et ses conséquences (Cuerva et al., 2018). Ainsi, la présente étude montre que les infirmières de première ligne du Québec, manquent de connaissances sur le SUGM, les manifestations cliniques et les traitements disponibles. Par conséquent, elles sont dans l'incapacité d'effectuer une prise en charge efficace de cette clientèle, ce qui, tel que démontré par le Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC (Poitras et al., 2016), contribue au cycle des consultations répétitives des femmes et à la progression du SUGM.

### **Profil de confort à initier la discussion sur le SUGM**

Lorsque questionnées sur le moment d'initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale, 15 (27,27%) participantes de l'étude ont affirmé attendre que ce soit la cliente qui initie la discussion. Seulement 19 (34,55%) le faisaient systématiquement. D'ailleurs, un constat similaire est fait au niveau de l'incontinence urinaire puisque seulement quatre (7,27%) des répondantes questionnent systématiquement la clientèle à ce sujet et que neuf (16,36%) ne le font jamais. Si 34 (61,82%) participantes déclaraient un bon niveau de confort à discuter d'atrophie vaginale, elles étaient seulement 29 (52,73%) à être confortables de parler de désir sexuel et de libido. Au niveau de l'étude de Pace et al. (2020), 10,5% des infirmières attendaient que la patiente initie la discussion, mais 59% d'entre elles le faisaient systématiquement lors de suivi ou de rendez-vous planifiés. Ainsi, les infirmières de l'étude américaine sont moins nombreuses à attendre que ce soit la femme ménopausée qui initie la discussion et elles sont plus nombreuses à l'initier de façon systématique que les infirmières ayant répondu à l'étude en cours. Cet écart peut s'expliquer entre autres par la constitution de l'échantillon. En effet, dans l'étude de Pace et al. (2020), les participantes exerçaient dans des cliniques médicales où il est normal de suivre une clientèle présentant des problèmes de santé chronique, alors que dans l'étude présentée environ 50% des participantes venaient d'autres milieux cliniques (ex. urgence, soins à domicile, etc.) où il est moins courant de faire ce type de suivi. Un autre facteur qui permet d'expliquer l'écart entre les deux études vient de la moyenne d'expérience des participantes. En effet, l'étude de Pace et al. (2020), a démontré que plus les infirmières ont d'années d'expérience, plus il y a de chance qu'elles initient la discussion. Selon leur

constat, sous les 15 années d'expérience, il y a peu de chance que l'infirmière initie la discussion sur la santé urogénitale (Pace et al., 2020). La moyenne de l'expérience de participantes de la présente étude était de 12,55 ans. Par conséquent, il n'est pas surprenant qu'elles initient moins la discussion que leurs pairs comptant plus d'années d'expérience.

Lors du sondage de la présente étude, les répondantes devaient identifier les barrières qui nuisaient à la possibilité qu'elles initient la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Les thèmes qui sont revenus le plus souvent sont les tabous (gêne, embarras et inconfort), le manque de connaissances et le manque de temps. Ces thèmes sont les mêmes qui avaient été identifiés lors des *grandes études incontournables* (2010-2018). En effet, lors de leur participation au AGATA Survey, 18% des répondantes affirmaient avoir tenté de discuter avec leurs soignants de leur symptomatologie urogénitale, mais que ceux-ci étaient tellement inconfortables qu'elles avaient mis fin à la discussion. Les raisons avancées pour cet inconfort étaient le manque de temps, l'embarras et le manque de connaissances (Palma Della Vecchia et al., 2016). La Women's EMPOWER Survey arrivait au même résultat et ajoutait que c'est au soignant d'abolir les barrières, les tabous et les préjugés. Les auteurs dénonçaient que les contraintes reliées aux tabous, au manque de temps et au manque de connaissances impactent la clientèle qui reste prise avec des besoins éducatifs non satisfaits (Krychman et al., 2017). Toffel et al. (2021) répondent que pour dépasser la gêne, l'embarras ou les tabous, il faut améliorer à la fois les connaissances et les compétences communicationnelles des soignants. Ils

dénoncent également les contraintes organisationnelles qui règlementent le temps alloué à chaque patient. Selon Toffel et al. (2021), ce temps est trop court et nuit à la capacité des infirmières à initier la discussion sur un sujet délicat. D'ailleurs, c'est ce qui ressort dans l'étude réalisée : certaines infirmières répondantes sont trop embarrassées pour initier la discussion sur la santé urogénitale. De plus, elle manque de connaissances et de temps pour le faire.

### **Les résultats de l'étude et le cadre théorique**

Fondé par des infirmières québécoises, le Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC fait suite au constat que les personnes atteintes de MC consultent les services de première ligne de façon récurrente (Poitras et al., 2016). À l'époque, des recommandations, provenant entre autres du Ministère de la Santé et des Services sociaux, indiquaient que pour améliorer l'accès et la qualité des soins, en plus de diminuer l'achalandage des services de première ligne, il fallait bonifier la présence des infirmières en première ligne pour prendre en charge cette clientèle (Poitras et al., 2016). Ainsi, Poitras et al. (2016) ont voulu décrire les secteurs d'activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne (évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé et collaboration infirmière-patiente) et décrire les éléments qui influencent ces activités. Dans l'étude réalisée, les domaines de l'évaluation globale, la gestion des soins et la promotion de la santé en lien avec le secteur

d'influence propre à l'infirmière elle-même ont été utilisés afin de construire le sondage et de guider l'analyse des résultats.

D'ailleurs, des points communs entre le cadre et les résultats de l'étude réalisée peuvent être mis en évidence. En effet, Poitras et al. (2016) affirment que si les infirmières sont excellentes pour procéder à des évaluations et collecter des données, elles interviennent peu par la suite pour remédier à la problématique ou accompagner la personne soignée dans une démarche d'amélioration de sa condition. Du côté de l'étude réalisée, les résultats démontrent que les participantes n'avaient pas de difficulté à nommer des manifestations du SUGM (plus de 75 réponses avaient été obtenues), mais qu'elles étaient incapables d'expliquer par la suite le syndrome aux personnes soignées. En effet, seulement 15 (27,27%) personnes avaient essayé de répondre à la question demandant d'établir le lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire. Pire encore, seulement quatre (7,27%) d'entre elles avaient nommé la bonne réponse (perte des œstrogènes). Ce manque de participation est aussi retrouvé par les auteurs du cadre, qui notent que plus un sujet demande des connaissances précises, moins il y a d'activité qui y sont reliées (Poitras et al., 2016). Les infirmières évitent les activités si elles ne se sentent pas aptes à les faire. D'ailleurs, d'autres questions du sondage ont obtenu un faible taux de participation, notamment celles qui demandaient des connaissances en lien avec le suivi clinique. Par exemple en ce qui a trait à l'âge auquel l'examen préventif gynécologique doit être cessé, 25 (45,45%) répondantes ont préféré s'abstenir de répondre et 18 (32,73%) d'entre elles



se sont abstenues de répondre à la question sur l'examen vaginal chez la femme hystérectomisée.

Il est également possible de soulever des différences entre le cadre de référence portant sur les MC et les résultats de l'étude réalisée. Par exemple, les auteurs expliquent que l'une des grandes forces des infirmières de première ligne est l'éducation à la santé. Toutefois, dans la présente étude, seulement 20 (36,36%) personnes se sentaient confortables de conseiller les personnes soignées en lien avec les traitements préventifs disponibles et à peine trois (5,45%) déclaraient un excellent niveau de connaissances pour le faire. Ainsi, le même constat que celui établi préalablement peut se faire : les infirmières ayant répondu au sondage n'ont, majoritairement, pas les connaissances et ne sont pas confortables pour répondre aux besoins des personnes atteintes par le SUGM et procéder à leur éducation sur cette condition de santé.

Ainsi, tel que décrit par les auteurs du cadre, les porteurs d'une MC sont les principaux utilisateurs des services de première ligne. Le SUGM est une MC et il est possible de tracer l'impact de son manque de prise en charge sur les consultations en première ligne des personnes atteintes (figure 4 ; annexe C). En effet, en tant que MC, le SUGM crée différents problèmes de santé (dyspareunie, infections vaginales, infections urinaires, prolapsus, etc.) chez la personne atteinte, ce qui augmente le nombre de consultations médicales en première ligne. Étant donné qu'une solution temporaire est

habituellement obtenue lors de cette consultation (ex. infection urinaire traitée avec une antibiothérapie), le SUGM reste sous diagnostiqué et par conséquent, sous-traité ce qui lui permet de progresser (Cuerva et al., 2018; Morris et al., 2021; Santoro & Lin, 2018; Zhang et al., 2020). Comme il a été vu précédemment, la longévité des femmes progresse également (Kontis et al., 2017) ce qui fait en sorte que la période symptomatique est de plus en plus longue et demande de plus en plus de soins. Par conséquent, cela augmente encore plus le nombre de consultations médicales en première ligne, ce qui impacte grandement sur notre système de soins de santé au niveau des ressources humaines et financières. Ainsi, tel qu'indiqué par Poitras et al. (2016), le manque de prise en charge des répercussions sur la santé vécue par les personnes atteintes d'une MC augmente le nombre de consultations en service de première ligne (figure 4 ; annexe C). La prochaine section du texte expose les forces et les limites de l'étude.

### **Forces et limites de l'étude**

Une des forces de cette étude est le choix du devis descriptif quantitatif simple transversal, car il permet de décrire les caractéristiques d'une population ou d'un phénomène d'intérêt peu connu (Fortin & Gagnon, 2022), tels que les connaissances et le confort des infirmières de première ligne sur le SUGM. Une autre force de cette étude est le fait qu'elle soit la première réalisée au Québec sur le sujet. Ceci a donc permis de générer des résultats probants issus du contexte de soins québécois et ainsi mieux comprendre la pratique clinique actuelle au Québec et donc, mieux cibler les besoins des

infirmières québécoises en matière d'éducation et de directives cliniques. De plus, la correspondance entre les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et la cartographie que l'OIIQ fait de ses membres est une autre force de l'étude réalisée. En effet, la comparaison entre les deux permet d'affirmer que l'échantillon est représentatif de la population visée. D'ailleurs, l'utilisation des médias sociaux comme mode de recrutement des participantes a permis de rejoindre des infirmières de partout au Québec. Par exemple, des infirmières de la Gaspésie, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec ont pu participer, ce qui constitue une force de l'étude.

Par contre, une des limites de cette étude est reliée au haut taux d'abandon des participants. Fortin et Gagnon (2022) avancent qu'une perte de l'échantillon entre 10 et 15% est habituelle, alors que nos données démontrent un abandon dépassant 45% (n= 54). Il est impossible dû à la nature anonyme du sondage en ligne de connaître les raisons des abandons des participantes ayant consenti à participer à l'étude. Toutefois, il est possible que les publications en ligne aient attiré des personnes ne répondant pas exactement aux critères recherchés. En effet, les réseaux sociaux ne permettent pas de trier les participants. Afin de s'assurer d'être réellement en présence d'infirmières de première ligne, plusieurs questions sondaient les caractéristiques sociodémographiques recherchées : années d'obtention du permis de l'OIIQ, milieux de pratique, diplôme(s) obtenu(s), soins directs auprès de la femme ménopausée, etc. Il est possible que des gens aient débuté la

complétion du sondage pour se rendre compte par la suite qu'ils ne détenaient pas le profil recherché.

De plus, des 12 participantes qui ont choisi de ne pas soumettre les sections du sondage en lien avec les variables (profil de connaissances et de confort), mais qui avaient répondu aux questions sociodémographiques, six (50%) d'entre elles étaient dans la tranche d'âge entre 20 et 29 ans. Comme l'invitation à la recherche a été largement distribuée dans la communauté universitaire (UQO) auprès des étudiantes de premier et de deuxième cycle et que, selon Marleau (2022), l'âge moyen des infirmières inscrites à la formation universitaire de premier cycle se situait autour de 25 ans, il est possible que plusieurs des abandons (n=32) qui se sont produits entre l'obtention du consentement et la complétion de la section sociodémographique étaient aussi des participantes de cette même tranche d'âge (20-29 ans). Deux phénomènes pourraient expliquer ces abandons. Le premier est proposé par Pace et al. (2020) qui affirment que plus les infirmières sont inexpérimentées moins il y a de chance pour qu'elles soient confortables dans les sujets orientés autour de la santé urogénitale. Ainsi, étant inexpérimentées et n'étant pas encore dans la tranche d'âge les mettant à risque de développer le SUGM, il est possible que les participantes plus jeunes étaient inconfortables ou qu'elles ne se soient pas senties concernées par le sujet. Ou encore, la longueur et la difficulté reliées à la complétion du sondage en ligne les ont découragés. En effet, les valeurs de la génération Z, c'est-à-dire l'importance de ménager leur temps pour eux-mêmes et leurs besoins d'immédiateté,

allaient à l'encontre du temps à investir pour compléter le sondage (Jauffrit, 2022). Il est donc possible que les raisons d'abandon soient le manque d'intérêt et le temps nécessaire pour la complétion du sondage.

De plus, l'outil de collecte de données, c'est-à-dire le sondage présentait quelques limites. En effet, force est de constater qu'il prenait trop de temps à compléter. Si une vingtaine de minutes étaient prévues pour sa complétion, certaines personnes ont affirmé (il était possible de joindre un commentaire à la fin ou de contacter l'étudiante-chercheuse par courriel) avoir pris beaucoup plus de temps à le compléter. De plus, un autre commentaire émis était sur sa difficulté. La participante avait eu l'impression de faire un examen. Le sondage avait été révisé à plusieurs reprises, mais principalement par des infirmières détenant déjà des connaissances sur le SUGM. Il est probable que la difficulté a été sous-estimée. D'ailleurs, le nombre de réponses manquantes est plus élevé dans les questions ciblant une connaissance précise. Par exemple, 25 (45,45%) personnes ont omis de répondre à la question demandant à quel âge l'examen préventif devait être cessé et 18 personnes (32,73%) n'ont pas répondu à la question à propos de l'examen vaginal sur la femme hystérectomisée. Il est possible que plusieurs participantes n'aient pas répondu à ces questions puisqu'elles les trouvaient trop difficiles.

Du côté du sondage, il est possible d'identifier d'autres limites. En commençant par la structure des questions et des réponses. Ainsi, la plupart des items du sondage utilisé

dans le cadre de la présente étude étaient mesurés selon une échelle de Likert. Ce type d'échelle est facile à construire, est précis et permet d'obtenir des scores, ce qui est une force. Par contre, il y a un risque d'obtenir des réponses neutres (le participant choisit l'option du milieu) (Fortin & Gagnon, 2022). Pour contrer cet aspect, l'échelle utilisée le plus souvent contenait six réponses. Ainsi, l'absence de neutralité obligeait le participant à se positionner quant à sa perception de niveau de connaissances ou de confort ce qui neutralisait ce risque. Toutefois, lorsque le sondage a été créé pour cette étude, cinq questions avaient une échelle de Likert différente et permettaient la neutralité. Ces questions avec ce type de réponses ont compliqué l'analyse des résultats puisque leur échelle ne correspondait pas à celle des autres. Par conséquent, il était impossible de les décrire de la même façon et cela a induit un manque d'uniformité dans la façon de rapporter les résultats.

Une autre limite est identifiée au niveau du devis qui ne permet pas de généraliser les résultats. D'abord, l'utilisation d'un sondage au lieu d'un questionnaire validé avec un score établi est une limite, car il n'est pas possible de faire des corrélations pour explorer si le niveau de connaissance est corrélé avec le niveau de confort. De plus, le choix du mode de recrutement (réseaux sociaux) qui ne permet pas de rejoindre certaines infirmières, par exemple celles ne détenant pas de profil Facebook, nuit à la généralisation des résultats. Il est possible de penser, par exemple, que les infirmières plus expérimentées n'ont pas été rejointes par la méthode choisie et que si l'utilisation d'une liste nominative

fournie par l'OIIQ avait été utilisée que les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon auraient été différentes.

Toutefois, malgré les limites nommées, les résultats obtenus répondent au but de l'étude, c'est-à-dire de décrire les profils de connaissances et de confort des infirmières de première ligne œuvrant au Québec en regard du SUGM.

### **Recommandations et retombées**

Les constats réalisés suite à cette étude permettent d'affirmer qu'il y a urgence d'agir afin de mieux préparer les infirmières à faire face au SUGM. La prochaine section contient les recommandations et les retombées de cette étude qui permettront d'identifier certaines solutions. La présentation repose sur les cinq axes de la profession infirmière selon Pepin et al. (2017), soit la pratique clinique, la gestion, la recherche, la formation et la politique.

#### ***Pratique clinique***

Cette étude n'a pas la prétention de changer les pratiques infirmières actuelles. Toutefois, un espoir de susciter la réflexion et la pensée infirmière anime ses lignes. En effet, l'infirmière doit être consciente des enjeux et difficultés qui empêchent les femmes ménopausées d'obtenir un diagnostic et un traitement. Déjà, si l'infirmière est consciente

des difficultés communicationnelles et des tabous brouillant les échanges entre les personnes soignées et les soignants, cette étude aura marqué un point. Néanmoins, le SUGM commence de plus en plus à retenir l'attention, à cet effet, la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a émis en novembre 2021 les dernières directives cliniques en lien avec le SUGM. Les changements recommandés sont de « porter attention aux symptômes et signes cliniques du SUGM qui nuisent considérablement à la qualité de vie des femmes » et « d'aborder toutes les options thérapeutiques disponibles au Canada » (Johnston et al., 2021, p.1308). Du côté de l'OIIQ, il est précisé qu'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique est une activité réservée aux infirmières et que cela inclut l'évaluation de la condition de la femme (OIIQ, 2020). Cette évaluation doit lui permettre de distinguer la normalité de l'anormalité, de détecter les complications et conseiller la clientèle sur les différentes options de prise en charge qui s'offrent à elle (OIIQ, 2020). Les infirmières ont un rôle à jouer dans la prévention des manifestations du SUGM. D'abord en évaluant, en informant et en éduquant la clientèle. Rappelons-nous que déjà en 2017, la conclusion du ANGEL Women Survey était que toutes les femmes de plus de 40 ans doivent être informées des effets de la perte des œstrogènes et des conséquences à long terme sur la santé et la qualité de vie (Cagnacci et al., 2019).

Ainsi, Cagnacci et al (2019) suggéraient d'inclure l'éducation systématique lors des rendez-vous de suivi sur les troubles reliés au SUGM. En informant les femmes avant



l'apparition des symptômes, celles-ci seraient en mesure de les reconnaître et d'agir immédiatement. Selon la littérature actuelle, les femmes prennent entre six mois et un an avant de consulter après l'apparition des premiers symptômes. Pire encore, elles attendent près d'un an avant d'amorcer les traitements (Krychman et al., 2017). Pendant ce temps, le syndrome progresse. Il est donc important de maintenir les suivis préventifs, d'offrir de l'éducation systématiquement et de s'assurer de revoir la cliente dans les trois mois suivant le diagnostic et l'amorce du traitement (Cagnacci et al., 2019).

L'infirmière doit s'intéresser à cette clientèle et développer ses connaissances et ses compétences en lien avec les manifestations secondaires à la perte des œstrogènes. Elle doit s'informer sur les différents traitements et leurs effets. Elle doit être une pionnière et profiter des occasions qui s'offrent à elle pour promouvoir le sujet et faire connaître le syndrome. Tel que mentionné par plusieurs auteurs, l'infirmière est très bien placée pour s'occuper professionnellement de la prise en charge de cette clientèle et elle occupe une place de choix pour faciliter la discussion, mais à condition qu'elle soit outillée pour le faire (Chism et al., 2022; Kagan et al., 2019; Morris et al., 2021; Zhang et al., 2020).

### ***Gestion***

Pour outiller les infirmières, cela nécessite une implication au niveau de la gestion. Les employeurs doivent, malgré un contexte de contraintes économiques, budgétaires et anémiques en ressources humaines, développer des milieux de travail soutenant. Entre

autres, cela implique de soutenir les infirmières dans leur recherche de formation et d'amélioration des pratiques cliniques. Par exemple, la SOGC offre périodiquement des formations pour ses membres, mais elles ne sont pas accessibles à la population infirmière en général. Un gestionnaire pourrait faire le pont entre son équipe et la SOGC afin de bénéficier de leur expertise. Les gestionnaires ont le pouvoir et le leadership pour implanter des programmes venant répondre aux nécessités de la population. Ils ont le devoir de comprendre la clientèle, leurs besoins et ceux du personnel qui les prennent en charge comme les infirmières par exemple. Ils doivent comprendre que la prévention et la promotion de la santé nécessitent du temps et que cela est un investissement dans l'avenir. Ils doivent favoriser une structure organisationnelle qui permet à l'infirmière de développer son approche en éducation à la santé et lui octroyer le temps nécessaire pour le faire.

### ***Recherche***

Afin d'améliorer les interventions et les programmes à mettre en place, il est important de favoriser la recherche portant sur le SUGM. À notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser aux infirmières québécoises qui interviennent auprès des femmes pouvant être affectées par le SUGM. Même dans la littérature internationale, il est rare de trouver un article couvrant le sujet. Il est donc primordial de multiplier les études et ainsi identifier les pistes d'action à poser pour favoriser l'acquisition de connaissances infirmières au sujet du SUGM et l'amélioration de leur confort

communicationnel pour aborder le sujet avec la clientèle. Il serait intéressant de faire une étude à essai randomisé auprès de deux groupes différents d'infirmières. Les participants seraient divisés en deux groupes de façon aléatoire. Un groupe recevrait une formation visant à améliorer à la fois les connaissances et les capacités communicationnelles au sujet du SUGM alors que l'autre groupe ne recevrait pas de formation. Il serait alors possible de comparer les connaissances et le confort des deux groupes et d'identifier les bienfaits de recevoir la formation sur les interventions cliniques auprès des femmes. D'ailleurs, une étude corrélationnelle avec un échantillon plus vaste serait aussi intéressante, car elle pourrait permettre d'identifier les corrélations entre les caractéristiques des infirmières, par exemple leur lieu de travail ou leur niveau d'expériences et leur niveau de connaissances et de confort, ou encore d'explorer la corrélation entre les connaissances et le confort.

De plus, si cette recherche était à refaire, une révision des questions et des réponses possibles au sondage devrait être entreprise afin d'en faciliter l'usage pour les participants et de faciliter l'analyse des résultats par la suite. Finalement, si l'étude était reproduite, afin d'assurer un plus grand échantillonnage et une représentabilité de participants dans chaque région du Québec, l'obtention d'une liste nominative en provenance de l'OIIQ serait à privilégier.

### ***Formation***

Dans l'étude réalisée, plusieurs résultats mettent en évidence le besoin criant de formation autant au niveau des connaissances sur les signes et symptômes du SUGM, que sur les capacités communicationnelles des infirmières. Les profils de connaissances et de confort dénotent un déficit éducationnel important chez les infirmières ayant répondu, ce qui nuit à leur capacité de prendre en charge la clientèle.

Ainsi, il serait approprié de s'assurer que la formation universitaire de premier cycle aborde les effets de la ménopause sur la santé des femmes. Un volet de ce cursus devrait précisément aborder le SUGM, la prévention, l'évaluation de la condition de santé (incluant l'examen gynécologique), les conséquences et un volet sur les nombreuses approches thérapeutiques. De plus, il serait pertinent d'offrir de la formation continue sur le SUGM. Une formation disponible via le site internet de l'OIIQ (dans l'onglet formation) pourrait faciliter l'accès à l'information pour les infirmières. Au moment d'écrire ces lignes, une formation en ligne de cinq heures était offerte sur la ménopause via le site de l'OIIQ. Cette formation permet un survol des différentes problématiques physiques et mentales sur les manifestations que peut amener la ménopause, mais sans rentrer spécifiquement dans chacune d'entre elles. Idéalement, la formation devrait comporter d'autres volets afin de discuter des signes et symptômes spécifiques au SUGM et non à la ménopause en général et devrait inclure un volet sur la prévention, sur le suivi systématique et sur l'examen physique, en plus de développer sur les différents traitements

disponibles. De plus, la formation sur le SUGM devrait être offerte à un prix abordable pour en favoriser l'adhésion.

Il serait aussi important que les employeurs, les centres de soins ou autres milieux qui traitent la clientèle à risque de développer le SUGM mettent sur pied une motion visant à conscientiser les professionnels de la santé sur la difficulté pour les femmes de discuter de symptomatologie urogénitale, d'obtenir un traitement efficace et un suivi pour leurs inconforts. Dans ce même ordre d'idée, il faut faire preuve de créativité dans la mise en place de formation ou d'accompagnement pour aider les infirmières à développer leurs aptitudes à discuter de sujets sensibles ou tabous. D'ailleurs, le Modèle intersubjectif de la rencontre infirmière/soigné (MIRIS) propose aux infirmières de s'interroger sur le concept de l'intersubjectivité, c'est-à-dire de s'investir dans la découverte de soi, des motivations intrinsèques, des émotions et expériences vécues, car cela influence la relation professionnelle et éducative entre l'infirmière et la personne soignée (Verdon, 2014). Le MIRIS insiste sur l'importance de la prise de conscience de soi : mieux se connaître pour mieux comprendre la personne soignée et il pourrait soutenir les infirmières, car il permet de comprendre l'impact de soi sur la personne soignée (Verdon, 2014). Ainsi, les infirmières doivent apprendre à reconnaître leurs limites personnelles et leurs biais afin de les dépasser et d'améliorer la relation infirmière/soigné.

Les résultats de cette étude doivent constituer une prise de conscience sur les défis reliés à la formation infirmière et sur les besoins éducationnels à combler pour permettre le plein déploiement du rôle infirmier en lien avec le SUGM. Nos résultats, quoique modestes, nous permettent d'encourager les établissements d'enseignement et les décideurs politiques à promouvoir l'acquisition de connaissances et compétences des infirmières sur la santé des femmes.

D'ailleurs, la mise au point d'un guide de pratique permettrait aux infirmières de développer leurs connaissances et leurs compétences en plus de standardiser les pratiques. Aussi, le guide de pratique pourrait aider à organiser les services cliniques et la mise au point du suivi systématique de cette clientèle.

### *Politique*

Il est grand temps que les décideurs politiques prennent conscience des besoins populationnels en santé des femmes et que des actions soient prises en ce sens. Les besoins en soins reliés aux effets de la ménopause sont en forte croissance au Québec et au Canada. Le documentaire Loto-Méno produit par Véronique Cloutier (2021), a permis de lever le voile de l'embarras et des tabous relié aux signes, aux symptômes et conséquences de la ménopause pour les femmes du Québec. Cette série montre l'importance d'ouvrir le dialogue sur la ménopause et qu'il s'agit d'un enjeu sociétal d'envergure. Bien que cette étude ne visait pas à mettre en lumière des enjeux politiques, il n'en demeure pas moins

que la santé des femmes, surtout en ce qui a trait à la sexualité ou l'appareil génito-urinaire, est souvent tabou et mise de côté par les soignants (Braizaz et al., 2022). Les organismes de défenses des droits des femmes ou les associations s'impliquant à améliorer la qualité de vie des femmes doivent se mobiliser et faire connaître les besoins populationnels. Il est essentiel de trouver une façon pour diffuser l'information, pour informer les femmes des effets du SUGM et de ses conséquences. Bien sûr, la présence à des colloques et des congrès professionnels afin de présenter les résultats de l'étude demeure essentielle dans la diffusion aux infirmières en première ligne. De même que la publication d'articles autant dans des revues professionnelles que celles destinées au grand public. Il y a urgence de conscientiser le personnel soignant, mais il ne faut pas oublier de faire de même au niveau populationnel. La littératie en santé doit être améliorée à tous les niveaux.

Tels que mentionnés dans l'introduction de ce mémoire, les effets de la ménopause touchent toutes les femmes et cela est pourtant peu discuté dans la sphère publique. Faut-il de nouveau faire appel à nos artistes pour informer la population? Où serons-nous aptes à prendre en charge l'éducation de nos patients à titre de professionnelles de la santé? C'est à nous d'utiliser notre pouvoir, notre voix pour faire connaître le SUGM. Prenons en main notre développement professionnel et n'hésitons pas à prendre notre place, à montrer ce que nous sommes capables de faire. Le SUGM peut très bien être pris en charge

par les infirmières québécoises, il suffit de croire en nous et de poser les actions nécessaires pour faire reconnaître notre pleine autonomie.



## CONCLUSION

Le SUGM touche 60 à 90% des femmes ménopausées (Shapiro, 2019). Il s'agit d'un syndrome qui est sous diagnostiqué, sous-traité et qui progresse en absence de traitement. Une communication inefficace entre la personne soignée et le soignant empêche l'identification des signes et des symptômes et par conséquent, la personne ne reçoit ni traitement ni éducation à la santé lui permettant d'améliorer son état de santé. La recension des écrits a permis d'identifier un embarras autant du côté de la personne atteinte que du professionnel de la santé pour justifier le manque d'échange entre soignants/soignée sur la santé urogénitale. De plus, le manque de connaissances et le manque de temps du côté des soignantes font en sorte qu'elles préfèrent éviter d'initier la conversation sur la symptomatologie urogénitale.

Cette étude quantitative descriptive simple transversale, guidée par le *Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC* (Poitras et al, 2016), avait pour but de décrire les profils de connaissances et de confort des infirmières québécoises exerçant en première ligne en lien avec le SUGM. Cette étude et le sondage qui en découle ont été grandement inspirés de l'étude de Pace et al. (2020), *The Nurse Practitioner Survey*. À l'époque, l'étude américaine avait montré que les infirmières de première ligne étaient prêtes et confortables d'initier la discussion sur la santé génito-urinaire, mais qu'elles manquaient de connaissances pour le faire. Par conséquent, elles étaient nombreuses à ne pas le faire. Les résultats en lien

avec les profils de connaissances et de confort obtenus dans le cadre de la présente étude permettent le même constat : majoritairement les participantes ne possèdent pas les connaissances pour guider ou accompagner la clientèle dans l'amélioration de leur condition de santé en lien avec le SUGM. Par conséquent, majoritairement elles ne se sentent pas confortables d'initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale et s'abstiennent donc de le faire. Sachant que l'outil diagnostic le plus puissant en lien avec le SUGM est de simplement questionner la personne soignée avec quelques questions simples (dyspareunie? sécheresse? incontinence?), il est désolant de faire ce constat.

En somme, les retombées de cette étude doivent servir à identifier des solutions pour combler le manque de connaissances des infirmières et à améliorer leur confort à initier la discussion sur la santé urogénitale. Ainsi, la mise au point d'un guide pratique pourrait grandement aider les infirmières à développer leurs connaissances et leurs compétences en ce qui a trait au SUGM. Ce même guide pourrait aider à standardiser les pratiques, organiser les services cliniques et créer un outil de suivi systématique de la clientèle à risque de développer le SUGM. Les gestionnaires doivent être interpellés afin d'être avisés des besoins éducationnels à la fois de la clientèle desservie que des infirmières qui les prennent en charge. Ils sont des alliés de choix dans la mise en place de changements organisationnels. D'ailleurs, la recherche doit se poursuivre et venir appuyer les démarches à entreprendre auprès des gestionnaires pour que des changements soient possibles (ex. modification des horaires pour donner suffisamment de temps aux

infirmières, organisation de formation, etc.) La recherche doit aussi servir à orienter la formation et enrichir celle-ci. D'ailleurs, bien que le calibre de cette étude soit modeste, elle permet tout de même d'encourager les milieux d'enseignement à améliorer et à bonifier leur offre de formation en incluant des cours adressant spécifiquement la ménopause et le SUGM. Finalement, cette étude espère conscientiser les infirmières québécoises sur l'importance de développer la littératie en santé, et ce, dans un but d'améliorer notre qualité de vie à tous.

## RÉFÉRENCES

- AIIC. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée: un cadre pancadien. Repéré à : <https://cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>.
- Blumenberg, C., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., Assunção, M. C. I. F., Wehrmeister, F. C., Barros, F. C., & Barros, A. J. D. (2019). The role of questionnaire length and reminders frequency on response rates to a web-based epidemiologic study: a randomised trial. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(6), 625-635. <https://doi.org/10.1080/13645579.2019.1629755>.
- Bohbot, J. M., de Belilovsky, C., Bami, G., & Mares, P. (2015). Efficacité d'un dispositif médical à base d'acide hyaluronique liposome contre la sécheresse vulvo-vaginale. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 43(6), 437-442.
- Braizaz, M., Schweizer, A., & Toffel, K. (2021). L'abord de la sexualité par les infirmier·es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge. *Genre, sexualité et société*. doi:10.4000/gss.6754. Repéré à : <https://journals.openedition.org/gss/6444>.
- Braizaz, M., Toffel, K., & Schweizer, A. (2022). Vieillir face au cancer : invisible sexualité des femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 41(1), 32-47. doi:10.3917/nqf.411.
- Briggs, P. (2020). Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reproductive Health*, 26(2), 111-114. doi:10.1177/2053369119884144.
- Briggs, P., & Hapangama, D. K. (2021). Urogenital atrophy: The “unknown factors” challenging current practice. *Post Reproductive Health*, 27(2), 109-120. doi:10.1177/2053369121997673.
- Bumphentiatikul, T., Panyakhamlerd, K., Chatsuwan, T., Ariyasriwatana, C., Suwan, A., Taweeapolcharoen, C., & Taechakraichana, N. (2020). Effects of vaginal administration of conjugated estrogens tablet on sexual function in postmenopausal women with sexual dysfunction: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-10. doi:10.1186/s12905-020-01031-4.

- Cagnacci, A., Xholli, A., Sclauzero, M., Venier, M., Palma, F., & Gambacciani, M. (2019). Vaginal atrophy across the menopausal age: results from the ANGEL study. *Climacteric*, 22(1), 85-89. doi:10.1080/13697137.2018.1529748.
- Cardinal, E., & Roberge, J. A. (2021). *Mémoire: Au coeur de l'expertise infirmière - Contribuer pleinement, pour la santé des Québécois. La contribution des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2021*. Direction des soins infirmiers et Conseil des infirmiers et infirmières du CISSS de Laval. Laval. Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/11.pdf/734e5d65-be4a-7787-8274-5f9f789f33ae>.
- Chism, L., Pace, D. T., Reed, L. K., Moore, A., & Khanna, P. (2022). Genitourinary syndrome of menopause and the role of nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. doi:10.1016/j.nurpra.2022.01.017.
- Cuerva, M. J., Gonzalez, D., Canals, M., Otero, B., Espinosa, J. A., Molero, F., Stenturk, L. M., & Mendoza, N. (2018). The sexual health approach in postmenopause: The five-minutes study. *Maturitas*, 108, 31-36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.11.009>.
- Duman, M., & Zengin Aydin, L. (2022). The relationship between the sexual care attitudes, beliefs and self-efficacy of nursing students and gender roles: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1983-1990. doi:10.1111/ppc.1302.
- Dumoulin, C., Pazzoto Cacciari, L., & Mercier, J. (2019). Keeping the pelvic floor healthy. *Climacteric*, 22(3), 257-262. doi:10.1080/13697137.2018.1552934.
- Ernez, S., Menjli, S., Kammoun, A., Karray, I., Chanoufi, B., & Abouda, H. (2022). Cancers gynécologiques et sexualité. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(5), 449-450.
- FMOQ. (2018). *Travailler en équipe avec une infirmière: outils et ressources pour le partage des rôles et des responsabilités*: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Québec. 37 pages.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition. ed.). Montréal (Québec) Canada: Chenelière éducation. 496 pages.
- Fortin, M.-P., Lavoie, M., Dufour, I., & Maud-Christine, C. (2020). La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves. *Sante mentale au Quebec*, 45(1), 105-126.
- Frank, S. M., Ziegler, C., Kokot-Kierepa, M., Maamari, R., & Nappi, R. E. (2013). Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) survey - Canadian cohort. *Menopause international*, 19(1), 20-27.
- Geukes, M., Oosterhof, H., van Aalst, M. P., & Anema, J. R. (2020). Attitude, confidence and social norm of Dutch occupational physicians regarding menopause in a work context. *Maturitas*, 139, 27-32. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.015.
- Gozyuesil, E., Gokyildiz Surucu, S., & Alan, S. (2017). Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1769-1780. doi:10.1177/1359105317742194.
- Gray, J., Grove, S. K., & Burns, N. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th edition. ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier. 880 pages.
- Guy, C. (2021). Véro et les hormones. *LaPresse*. Repéré à : <https://www.lapresse.ca/arts/chroniques/2021-06-17/loto-meno/vero-et-les-hormones.php>.
- Hamoda, H. (2022). Menopause practice standards. *Post Reproductive Health*, 28(3), 127.
- Hersant, B., Werkoff, G., Sawan, D., Sidahmed-Mezi, M., Bosc, R., La Padula, S., Kalsoum, S., Ouidir, N., Meningaud, J-P., & Belkacemi, Y. (2020). Carbon dioxide laser treatment for vulvovaginal atrophy in women treated for breast cancer: Preliminary results of the feasibility EPIONE trial. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 65(4), e23-e31. doi:10.1016/j.anplas.2020.05.002.



- Hillery, S. (2020). The impact of genitourinary syndrome of menopause on continence. *British Journal of Nursing*, 29(6), 342-344. doi:10.12968/bjon.2020.29.6.34.
- Hull, A., & Fournace, L. (2017). The Impact of Genitourinary Syndrome of Menopause on Quality Of Life. *Urologic nursing.*, 37(6), 310-318.
- Institut de la statistique du Québec. (2021). Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2021. Repéré à : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-et-a-65-ans-selon-le-sexe-quebec>.
- Institut de la statistique du Québec. (2022). Estimations de la population (septembre 2022). Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Repéré à: [https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri\\_pop=10](https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri_pop=10).
- Jardin, I., Canlorbe, G., Mergui, J. L., Nikpayam, M., Belghiti, J., Uzan, C., & Azaïs, H. (2018). Place du LASER au CO2 pour le traitement des symptômes vaginaux du syndrome génito-urinaire de la ménopause. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(10-11), 729-734. doi:10.1016/j.gofs.2018.09.001.
- Jardin, I., Louis-Vahdat, C., Canlorbe, G., Mergui, J. L., Uzan, C., & Azaïs, H. (2018). Comment je fais... un traitement de l'atrophie vulvo-vaginale induite par la ménopause par LASER vaginal fractionné au CO2. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(10-11), 735-739. doi:10.1016/j.gofs.2018.09.002.
- Jauffrit, M. (2022). Passerons-nous aussi à côté de la génération z ? Le pentagone de formation et le système entrepreneurial. *Projectics, Proyéctica, Projectique*, 33(3), 21-41. <https://doi.org/10.3917/proj.033.0021>.
- Johnston, S., Bouchard, C., Fortier, M., & Wolfman, W. (2021). Directive clinique no 422b: Ménopause et santé génito-urinaire. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(11), 1308-1315.e1301. doi:10.1016/j.jogc.2021.09.006.
- Kagan, R., Kellogg-Spadt, S., & Parish, S. J. (2019). Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Drugs & Aging*, 36(10), 897-908. doi:10.1007/s40266-019-00700-w.

- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., Gudeman, J., Krop, J., & Simon, J. A. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient–Clinician Communications. *Journal of Women's Health (15409996)*, 28(4), 432-443. doi:10.1089/jwh.2018.7352.
- Kingsberg, S. A., Wysocki, S., Magnus, L., & Krychman, M. L. (2013). Vulvar and Vaginal Atrophy in Postmenopausal Women: Findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) Survey. *Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1790-1799.
- Kontis, V., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet (London, England)*, 389(10076), 1323-1335. doi:10.1016/S0140-6736(16)32381-9.
- Krychman, M., Graham, S., Bernick, B., Mirkin, S., & Kingsberg, S. A. (2017). The Women's EMPOWER Survey: Women's Knowledge and Awareness of Treatment Options for Vulvar and Vaginal Atrophy Remains Inadequate. *J Sex Med*, 14(3), 425-433. doi:10.1016/j.jsxm.2017.01.011.
- Lambrinoudaki, I., Armeni, E., Goulis, D., Bretz, S., Ceausu, I., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Fistonc, I., Gambacciani, M., Geukes, M., Hamoda, H., Hartley, C., Hirschberg, A.L., Meczekalski, B., Mendoza, N., Mueck A., Smetnik, A., Stute, P., Trotsenburg, M.V., & Rees, M. (2022). Menopause, well-being and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*, 163, 1-14. doi:10.1016/j.maturitas.2022.04.008.
- Malbos, D. (2021). Des symptômes évocateurs de la ménopause. *Actualités pharmaceutiques: Supplement*, 60(611 Supplement), 27-29. doi:10.1016/j.actpha.2021.11.008.
- Marino, J. M. (2021). Genitourinary Syndrome of Menopause. *Journal of midwifery & women's health*, 66(6), 729-739. doi:10.1111/jmwh.13277.

- Marleau, D. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2021-2022*: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à : [https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport\\_statistique\\_2021-2022-1.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf).
- Mili, N., Paschou, S. A., Armeni, A., Georgopoulos, N., Goulis, D. G., & Lambrinouadaki, I. (2021). Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. *Menopause*, 28(6), 706-716. doi:10.1097/gme.0000000000001752.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire : dans une perspective de collaboration interprofessionnelle* [1 ressource en ligne (66 pages)]. Repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4000312>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2020). Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF. Repéré à : <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000211/?&date=DESC&source=fipa&critere=source>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)* (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux ed.). Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-920-01W.pdf>.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199-215. doi:10.1038/nrendo.2017.180.
- Moral, E., Delgado, J. L., Carmona, F., Caballero, B., Guillán, C., González, P. M., Suárez-Almarza, J., Velasco-Ortega, S., & Nieto, C. (2018). Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*, 21(2), 167-173. doi:10.1080/13697137.2017.1421921.
- Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée*: Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). Montreal. 88 pages.

- Morris, J., Clark, C., Reed, L., Pace, D., Cao, X., & Khanna, P. (2021). Healthcare provider knowledge, attitudes, and preferences in management of genitourinary syndrome of menopause in the Mid-South. *The journal of the North American Menopause Society*, 28(11), 1239-1246. doi:10.1097/GME.0000000000001847.
- Mueck, A. O., Ruan, X., Prasauskas, V., Grob, P., & Ortmann, O. (2018). Treatment of vaginal atrophy with estriol and lactobacilli combination: a clinical review. *Climacteric*, 21(2), 140-147. doi:10.1080/13697137.2017.1421923.
- NAMS. (2020). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 27(9), 976-992. doi:10.1097/gme.0000000000001609.
- Nappi, R. E., Cucinella, L., Martini, E., & Cassani, C. (2021). The role of hormone therapy in urogenital health after menopause. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 35(6). doi:10.1016/j.beem.2021.101595
- Nappi, R.E., Kingsberg, S., Maamari, R., & Simon, J. (2013). The CLOSER (CLarifying Vaginal Atrophy's Impact On SEx and Relationships) Survey: Implications of Vaginal Discomfort in Postmenopausal Women and in Male Partners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2232-2241. doi:10.1111/jsm.12235.
- Nappi, R. E., & Kokot Kierepa, M. (2012). Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA): Résultats from an international Survey. *Climacteric*, 15(1).
- OIIQ. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession infirmière. Bibliothèque et Archives nationales Québec, 2e édition, Montreal.Qc. 28 pages.
- OIIQ. (2017). *Pratique infirmière dans le secteur privé*. Montréal: Bibliothèque et Archives nationales Québec. 18 pages.
- OIIQ. (2019). La profession infirmière au Québec. Repéré à: <https://www.oiq.org/acceder-profession/exercer-au-quebec/la-profession-infirmiere-au-quebec>.

- OIIQ. (2020). *Examen gynécologique effectué par une infirmière*. Rapport du groupe de travail. Bibliothèque et Archives nationales Québec, Qc. 16 pages. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/6520-examen-gynecologique-inf.pdf>.
- Pace, D. T., Chism, L. A., Graham, S., & Amadio, J. (2020). How Nurse Practitioners Approach Treatment of Genitourinary Syndrome of Menopause. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(2), 136-142. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.11.019>.
- Palacios, S., González, S. P., Fernández-Abellán, M., Manubens, M., & García-Alfaro, P. (2019). Impact Of Vulvovaginal Atrophy Of Menopause In Spanish Women: Prevalence And Symptoms According To The EVES Study. *Sexual Medicine*, 7(2), 207-216. doi:10.1016/j.esxm.2019.01.00.
- Palma, F., Della Vecchia, E., & Cagnacci, A. (2016). Medical and patient attitude towards vaginal atrophy: the AGATA study. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 19(6), 553-557. doi:10.1080/13697137.2016.1240770.
- Palma, F., Volpe, A., Villa, P., & Cagnacci, A. (2016). Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas*, 83, 40-44. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.001>.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (C. Éducation Ed. 4e ed.). Montreal, Canada: TC Média Livres inc. 216 pages.
- Pinkerton, J. V. (2021). Ménopause. *Le manuel Merk version pour professionnels de la santé*. Repéré à : <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gynecologie-et-obstetrique/menopause/menopause>.
- Pinkerton, J. V., Bushmakin, A. G., Komm, B. S., & Abraham, L. (2017). Relationship between changes in vulvar-vaginal atrophy and changes in sexual functioning. *Maturitas*, 100, 57-63. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.315>.
- Poitras, M.-È., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A., Crossman, S., & Gallagher, F. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: a multiple-case study. *Nursing Inquiry*, 25,4. doi:10.1111/nin.1225.

- Poitras, M.-È., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A., & Gallagher, F. (2016). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 24-37. doi:10.3917/rsi.126.0024.
- Poitras, M.-È., Chouinard, M.-C., Gallagher, F., & Fortin, M. (2018). Nursing Activities for Patients with chronic disease in primary care settings. A practice analysis. *Nursing Research*, 67, 1, 35-42. doi:10.1097/NNR.0000000000000253.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. 814 pages.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (10th edition. ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. 448 pages.
- Portman, D. J., & Gass, M. L. S. (2014). 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*, 79(3), 349-354. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.07.013>.
- Santen, R. J., Heitjan, D. F., Gompel, A., Lumsden, M. A., Pinkerton, J. V., Davis, S. R., & Stuenkel, C. A. (2020). Approach to Managing a Postmenopausal Patient. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), 3792-3806. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa623>.
- Santoro, N., & Lin, I. (2018). Genitourinary syndrome of menopause: Underdiagnosed and undertreated. *Contemporary OB/GYN*, 63(7), 10-23. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=130763242&lang=fr&site=ehost-live>.
- Sastre-Fullana, P., Gray, D. C., Cashin, A., Bryant-Lukosius, D., Schumann, L., Geese, F., Rae, B., Duff, E., & Bird, B. (2020). Visual analysis of global comparative mapping of the practice domains of the nurse practitioner/advanced practice nursing role in respondent countries. *Journal American Association of Nurse Practitioners*, 33(7), 496-505. doi:10.1097/jxx.0000000000000458.

- Schmitt, C., Mézan deMalartic, C., Morel, O., & Ramseyer, F. (2021). L'évaluation de la santé sexuelle des femmes porteuses d'endométriose. *Sexologies*, 30(3), 180-188.
- Schweizer, A., Toffel, K., & Braizaz, M. (2021). L'abord de la sexualité par les professionnel·le·s de santé en oncologie : une revue de la littérature. *Psychologie française*, 66(4), 413-428. doi:10.1016/j.psfr.2021.03.001.
- Shapiro, M. (2019). What should guide our patient management of vulvovaginal atrophy? *Climacteric*, 22(1), 38-43. doi:10.1080/13697137.2018.1527306.
- Simon, J. A., Davis, S. R., Althof, S. E., Chedraui, P., Clayton, A. H., Kingsberg, S. A., Nappi, R.E., Parish, S.J., & Wolfman, W. (2018). Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper. *Climacteric*, 21(5), 415-427. doi:10.1080/13697137.2018.1482647.
- SOGC. (2019). Chapitre 6 : Agents thérapeutiques d'ordonnance. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41, S82-S92. doi:10.1016/j.jogc.2019.02.145.
- Sritonchai, C., Manonai, J., Sophonsritsuk, A., & Cherdshewasart, W. (2020). Comparison of the effects of Pueraria mirifica gel and of placebo gel on the vaginal microenvironment of postmenopausal women with Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM). *Maturitas*, 140, 49-54. doi:10.1016/j.maturitas.2020.06.005.
- Statistique Canada. (2023). Tableau 17-10-0005-01. Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe. doi:<https://doi.org/10.25318/1710000501-fra>.
- Tadir, Y., Gaspar, A., Lev-Sagie, A., Alexiades, M., Alinsod, R., Bader, A., Calligaro, A., Elias, J.A., Gambaciani, M., Gaviria, J.E., Iglesia, C.B., Selih-Martinec, K., Mwesigwa, P.L., Ogrine, U.B., Salvatore, S., Scollo, P., Zerbinati, N., & Nelson, J. S. (2017). Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: Consensus and controversies. *Lasers in Surgery & Medicine*, 49(2), 137-159. doi:10.1002/lsm.22637.
- Toffel, K., Braizaz, M., & Schweizer, A. (2021). Mais où est donc passée l'éthique du care ? Les infirmier·es et la question de l'abord de la sexualité en oncologie. *Travail et emploi*, 164-165(1), 7-31. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2021-1-page-7.htm>.

- Tufanaru, C., Hoga, L., Gonçalves, B., Pamela, S., & Pereira, P. (2021). Adult women's experiences of urinary incontinence. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 288-292. doi:10.1111/nhs.12800.
- Verdon, C. (2014). Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel. *Aporia*, 6, 30-40.
- Vesco, K. K., Leo, M. C., Bulkley, J. E., Beadle, K. R., Stoneburner, A. B., Francisco, M., & Clark, A. L. (2021). Improving management of the genitourinary syndrome of menopause: evaluation of a health system-based, cluster-randomized intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(1), 1-62. doi:10.1016/j.ajog.2020.07.029.
- Wilson, C. M., McGuire, D. B., & Rodgers, B. L. (2021). Body Image Related to Sexual Health: Development of the Concept. *Journal of midwifery & women's health*, 66(4), 503-511. doi:10.1111/jmwh.13226.
- Zhang, X., Sherman, L., & Foster, M. (2020). Patients and providers perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Education and Counselling*, 103(11), 2205-2213. doi:10.1016/j.pec.2020.06.019.



ANNEXE A

RECRUTEMENT ET COLLECTE DE DONNÉES



## Syndrome génito-urinaire de la ménopause : profils de connaissances et de confort des infirmières à discuter de la symptomatologie

Êtes-vous un(e) infirmier.ère du Québec oeuvrant en soins primaires?

Êtes-vous membre de l'OIIQ?



Questionnaire en ligne  
(20 minutes)

Intéressé(e)s à participer?

Cliquer ou rejoindre le lien suivant :  
<https://questionnaires.uqo.ca/index.php/281385?lang=fr>

### Nous aimerions:

Décrire les profils de connaissances et de confort des infirmiers.ères à initier des discussion sur les troubles urogénitaux reliés à la ménopause.

### Pour participer, il faut aussi :

- Vouloir participer à la recherche
- Etre infirmier.ère
- Etre membre de l'OIIQ
- Avoir travaillé un minimum d'un an et en soins primaires
- Comprendre, lire et écrire le français



1ier avril au 15 mai 2023 Sondage disponible jusqu'au 5 juin 2023



Information: Karine Lavallée |  
lavk04@uqo.ca



Projet approuvé par le comité d'éthique :  
UQO#2023-2373



Bonjour,

Nous sommes présentement à la recherche de participants pour prendre part à un projet de recherche s'intitulant « Profil de connaissances sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) et profil de confort à discuter de la symptomatologie urogénitale des infirmières québécoises, membres de l'OIIQ et évoluant en soins primaires ».

Les participants que nous recherchons doivent :

- Critères d'inclusions
  - Comprendre, lire et écrire le français
  - Adresse courriel valide et accès à un ordinateur, téléphone, tablette.
  - Être membre de l'OIIQ
  - Être infirmières
  - Avoir travaillé minimum 1 an à titre d'infirmière
  - Avoir accepté d'être sollicité lors de l'inscription au Tableau
  - Œuvrer en soins de première ligne
- Critères d'exclusions
  - CEPI et étudiantes exclues
  - Infirmières évoluant en soins pédiatrique et néonatalogie.

Ce projet est mené par Karine Lavallée, étudiante à la maîtrise, département des sciences infirmières, sous la direction de Lucie Lemelin, professeure au département de sciences infirmières et Valérie Lebel, professeure au département de sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Le but du projet est d'établir le profil de connaissance et le profil de confort des infirmières québécoises de soins de premières lignes sur le SUGM.

Votre participation implique de répondre à un sondage en ligne d'une vingtaine de minutes.

Pour en savoir plus, veuillez contacter Karine Lavallée, étudiante à la maîtrise :

lavk04@uqo.ca  
 T (450) 995-8005  
 M(450) 430-6850  
 C(514) 655-0344

\*Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.  
 #CER 2023-2373

De: Cycle supérieur, sc. inf cscinf@uqo.ca 3  
 Objet: Projet de recherche - sondage sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause.

Date: 18 mai 2023 à 14:08

À: EluActif-2299 EluActif-2299@uqo.ca, EluActif-2250 EluActif-2250@uqo.ca, EluActif-2261 EluActif-2261@uqo.ca, EluActif-2260 EluActif-2260@uqo.ca, EluActif-7455 EluActif-7455@uqo.ca, EluActif-1906 EluActif-1906@uqo.ca, EluActif-1402 EluActif-1402@uqo.ca

Cc: Lemelin, Lucie Lucie.Lemelin@uqo.ca, Lavoie, Karine lavk04@uqo.ca

SC

Bonjour

Je suis étudiante à la maîtrise, sous la direction de Lucie Lemelin professeure et Valérie Lebel professeure département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais

Je vous invite à participer au sondage sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause. Il n'est pas nécessaire d'avoir des connaissances sur le sujet pour participer. Le but de la recherche est de mettre en lumière les lacunes sur les connaissances et le manque d'aisance des infirmières à discuter de ce sujet.

voici les critères d'inclusion et d'exclusion:

- Critères d'inclusions
  - Comprendre, lire et écrire le français
  - Adresse courriel valide et accès à un ordinateur, téléphone, tablette.
  - Être membre de l'OIIQ
  - Être infirmières
  - Avoir travaillé minimum 1 an à titre d'infirmière\*
  - Œuvrer en soins de première ligne
  -
- Critères d'exclusions
  - CEPI et étudiantes exclues
  - Infirmières évoluant en soins pédiatrique et néonatalogie.

\*Les services de soins de santé en première ligne sont de plus en plus complets et peuvent comprendre la prévention et le traitement de blessures et de maladies courantes, les services d'urgence de base, la coordination avec d'autres niveaux de soins comme les hôpitaux et les soins d'un spécialiste, les soins primaires en santé mentale, les soins palliatifs et de fin de vie, la promotion de la santé, le développement en santé des enfants, les soins de maternité primaires et les services de réadaptation ainsi que l'orientation des patients vers ces services (tiré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a9>). Par conséquent, on retrouve des infirmières de première ligne dans les cabinets médicaux, les GMF, les hôpitaux, les CLSC, dans certaines cliniques spécialisées, en soins de proximité, clinique-réseau, etc.

Le critère d'exclusion « étudiantes exclues » ne concerne pas les étudiants détenant déjà un permis de l'OIIQ, au contraire, ils sont les bienvenus.

Afin de favoriser le plus de participation possible, l'accès au sondage est disponible jusqu'au 5

ANNEXE B

TABLEAUX

Tableau 10  
Signes et symptômes du SUGM nommés par 40 participantes

Regroupement en thématique	Catégories			
	Mots nommés	Nb de fois nommés	Total de fois que la thématique revient	
Ménopause	Risque ostéoporose	1		
	Changement a/n peau	1		
	Prise de poids	1		
	Bouffées de chaleur	2		
	Dépression	3		
	Trouble de l'humeur	3		
	Humeur labile	3		
	Insomnie	2		
	Fatigue	1		
	Irritabilité	1		
			Total	18
Dyspareunie ou troubles sexuels	Dyspareunie	18		
	Diminution libido	4		
	Manque lubrification	1		
	Douleurs aux relations sexuelles	5		
	Troubles sexuels	1		
	Difficulté à atteindre l'orgasme	1		
				Total
Troubles vaginaux	Sécheresse vaginale	24		
	Atrophie vaginale	16		
	Leucorrhée	1		
	Perte vaginale	2		
	Sécrétion	2		
	Pertes sanguines	2		
	Saignement	2		

	Irritation	4		
	Érythème	1		
	Brûlure vaginale	1		
	Inconfort vaginal	3		
	Fissure	1		
	Prurit	8		
	Sténose du col	1		
	Descente des organes	1		
			Total	69
Troubles urinaires				
	Incontinence urinaire	8		
	Fuite urinaire	6		
	Urgence mictionnelle	2		
	Brûlure mictionnelle	5		
	Mictions impérieuses	3		
	Pollakiurie	1		
	Urine fréquemment	1		
	Nycturie	1		
	Infection urinaire	7		
			Total	40

---

Tableau 11  
 Outre les antibiotiques, comment prévenir les infections urinaires chez les femmes  
 ménopausées ; réponses des participantes.

Regroupement en thématique	Catégorie		Total de fois que la thématique revient
	Mots nommés	Nb de fois nommés	
Habitudes de vie	Bonne hydratation	17	
	Éviter les vêtements serrés	2	
	Éviter les savons parfumés	7	
	Uriner postcoït	14	
	Éviter les douches vaginales	1	
	Essuyer avant vers l'arrière	3	
	Bonne hygiène personnelle	10	
	Vidanger adéquatement la vessie	6	
	Éviter certains aliments (sucre, acide)	2	
	Éviter le tabac	3	
	Maintien du poids santé	1	
	Éviter les stimulants	1	
	Se laver les mains	1	
	Faire de l'exercice	1	
	Réduire le stress	2	
	Limiter le café	1	
	Réduire l'alcool	1	
			Total 74
Hormonothérapie	Œstrogènes	2	
	Œstrogènes vaginaux	5	



	Hormones topiques vaginales	2		
	Hormonothérapie locale	2		
	Hormonothérapie	4		
	Œstrogènes topiques vaginaux	1		
	Crème œstrogènes	2		
			Total	18
Produits naturels				
	Dmannose	2		
	Canneberges	12		
	Urimix <sup>®</sup>	1		
	Probiotiques	3		
	Acide hyaluronique	2		
	Intrarose <sup>®</sup> (DHEA)	1		
			Total	21
Lubrifiants et hydratants				
	Lubrifiant à base d'eau	5		
	Hydratant vaginal	1		
	Replens <sup>®</sup>	2		
	Hydratation de la muqueuse	1		
	Lubrifiant sans hormone	1		
			Total	10
Thérapie manuelle				
	Physiothérapie périnéale	3		
	Exercice de Kegel	3		
	Sexualité active	1		
			Total	7

---

ANNEXE C

FIGURE 4

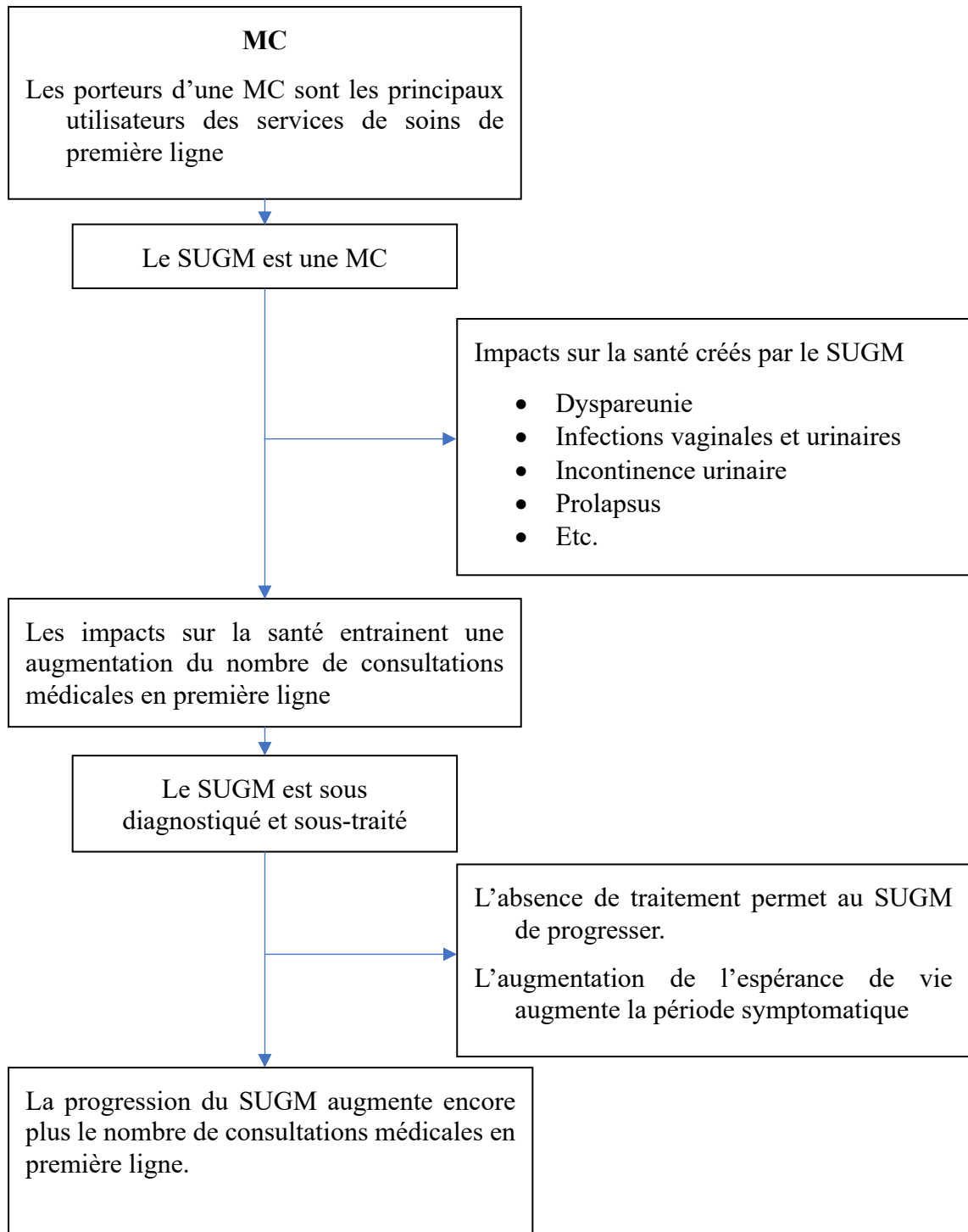


Figure 4 : L'utilisation des services de première ligne en lien avec la progression du SUGM

ANNEXE D

CALENDRIER DU DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Tableau 12  
Déroutement de la collecte de données

<b>Déroutement</b>	<b>Date</b>
Demande du certificat d'éthique	2022-11-18
Corrections demandées au certificat d'éthique	2023-02-16
Entrée en vigueur de la L25	2023-03-03
Obtention du certificat d'éthique	2023-03-09
Demande de la liste nominative à l'OIIQ	2023-03-10
Notification de l'OIIQ (délais d'obtention liste)	2023-03-13
Amendement demandé au certificat d'éthique	2023-03-21
Obtention du certificat d'éthique amendé	2023-03-27
Affichage sur réseaux sociaux, courriels et autres	2023-03-28
Courriel d'invitation à l'AIPSQ	2023-03-28
Début officiel de l'étude	2023-04-01
Invitation par courriel aux étudiants de l'UQO	2023-04-18
CISSSLAU SAD Piedmont invitation par courriel	2023-04-26
Rappel courriel aux étudiants de l'UQO	2023-05-10
Taille de l'échantillon non atteint/prolongation	2023-05-15
Rappel par courriel CISSSLAU SAD Piedmont	2023-05-15
CIUSSS Centre Sud services courants Facebook	2023-05-16
Rappel courriel étudiant UQO	2023-05-18
CIUSSS Centre Sud services courants courriel	2023-05-21
Présence en classe étudiant IPSPL	2023-06-05
Fin de la période de recrutement	2023-06-10

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire sociodémographique

*SVP, Répondre à chaque question avec seulement une réponse*

-Quel est votre groupe d'âge ?

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- >70

2-À quel genre vous identifiez-vous ?

- Homme
- Femme
- Autre \_\_\_\_\_

3-Quelle est l'année d'obtention de votre permis d'exercice à titre d'infirmière ? \_\_\_\_\_

- Dernier diplôme obtenu et son année d'obtention ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous le droit de prescrire ? \_\_\_\_\_

4-Dans quel secteur de première ligne exercez-vous? \_\_\_\_\_

5-Depuis quand œuvrez-vous en première ligne ? \_\_\_\_\_

6-Combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne?

- <10h/semaine
- Entre 11h et 20h/semaine
- Entre 21h et 30h/semaine
- Entre 31h et 40h/semaine
- >41h/semaine

7- Les soins directs à la clientèle ménopausée sont présents dans quelle proportion de votre travail total?

- 1 à 19 %
- 20 à 39%
- 40 à 59%
- 60 à 79%
- 80 % et plus

8- Dans votre pratique, devez-vous accompagner, conseiller, etc. des patients par rapport à la prise d'antibiotiques ?

- Oui
- Non

9- Dans quelle région sociosanitaire exercez-vous votre profession d'infirmière ?

- Bas-Saint-Laurent
- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Capitale-Nationale
- Mauricie
- Estrie
- Montréal
- Outaouais
- Abitibi-Témiscamingue
- Côte-Nord
- Nord du Québec
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Chaudière-Appalaches
- Laval
- Laurentides
- Lanaudière
- Montérégie
- Centre-du-Québec



ANNEXE F

RÉPARTITION DES QUESTIONS DU SONDAGE

Tableau 13  
Répartition des questions du sondage en fonction du domaine d'activité de l'infirmière  
en première ligne et des variables à l'étude.

Variables		
Domaine d'activité	Profil de connaissances	Profil de confort
<b>Évaluation globale</b>	<p>Dans quelle mesure croyez-vous détenir de connaissances sur les symptômes urogénitaux ou sur les manifestations secondaires à la baisse œstrogénique de la ménopause?</p> <p>Dans quelle mesure détenez-vous un sentiment de compétence sur la gestion des symptômes urogénitaux ou les manifestations secondaires à la baisse œstrogénique de la ménopause?</p> <p>Préalablement à votre participation ce jour, aviez-vous déjà entendu le terme syndrome génito-urinaire de la ménopause?</p> <p>Pouvez-vous nommer plusieurs signes (examen physique) ou symptômes (rapporté par la cliente) du syndrome génito-urinaire de la ménopause?</p>	<p>Quand initiez-vous une discussion sur la symptomatologie génito-urinaire avec votre patiente?</p> <p>Dans quelle mesure questionnez-vous votre clientèle sur les problèmes reliés à l'incontinence urinaire (toux/fuite urinaire, vessie hyperactive, nycturie, etc.)?</p> <p>Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable d'initier la discussion sur les troubles d'atrophie vulvo-vaginale et la dyspareunie (douleur lors des relations sexuelles)?</p> <p>Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable de questionner les clientes post-ménopausées sur leur libido ou leur désir sexuel?</p>

Êtes-vous en mesure d'établir un lien entre la dyspareunie et l'incontinence urinaire?

Selon vous est-il possible de diagnostiquer une atrophie vaginale chez une patiente qui refuse l'examen vaginal?

### **Gestion des soins**

Dans quelle mesure détenez-vous un sentiment de compétence sur votre capacité à conseiller la clientèle sur l'hormonothérapie (per os, topique, intravaginale)?

Êtes-vous en mesure de nommer des barrières personnelles nuisant à votre capacité d'initier la discussion sur la sexualité ou les troubles urogénitaux ?

Dans quelle mesure détenez-vous un sentiment de compétence sur votre capacité à conseiller la clientèle sur les traitements autre que l'hormonothérapie?

À quel moment trouvez-vous important de faire un suivi auprès des femmes ménopausées ayant reçu un diagnostic de syndrome génito-urinaire?

### **Promotion de la santé**

#### *Éducation à la santé*

Quels termes avez-vous l'habitude d'utiliser pour discuter des changements urogénitaux de la ménopause ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable d'expliquer aux clientes post-ménopausées le rôle des œstrogènes dans l'évolution de l'atrophie vaginale ?

À quelle fréquence utilisez-vous le terme syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) pour décrire les

changements associés à la ménopause

*Soutien à l'autogestion*

En excluant les antibiotiques, connaissez-vous des moyens de prévenir ou traiter les infections urinaires récurrentes chez les femmes post-ménopausées ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable à conseiller les clientes par rapport à la prise de produits naturels pour le traitement des infections urinaires récurrentes chez les patientes post-ménopausées ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable à conseiller les clientes par rapport à la prise d'œstrogènes intravaginales pour le traitement des infections urinaires récurrentes chez les patientes post-ménopausées ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable à conseiller les clientes par rapport à la prise d'antibiotique pour le traitement des infections urinaires récurrentes chez les patientes post-ménopausées ?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable de conseiller les clientes post-ménopausées sur les exercices pour le plancher pelvien?

Dans quelle mesure vous sentez-vous confortable d'expliquer aux clientes post-ménopausées le rôle des œstrogènes dans la perte de tonicité du plancher pelvien ?

*Dépistage et traitements*

À quelle fréquence conduisez-vous un examen vaginal sur une femme post-ménopausée ?

Vers quel âge croyez-vous qu'il est pertinent d'initier la discussion sur les effets de la ménopause, dont le SUGM?

À quel âge cessez-vous de procéder à l'examen vaginal

préventif d'une femme post-ménopausée ?

Quels sont les facteurs qui vous amènent à recommander un examen vaginal chez une femme post-ménopausée

Est-ce que vous recommandez l'examen vaginal aux femmes post-ménopausées qui ont subi une hystérectomie ?

D'après vous, est-ce que l'œstrogène intravaginal peut aider à prévenir et traiter les infections urinaires récurrentes ?

Si vous avez le droit de prescrire, à quelle fréquence prescrivez-vous des œstrogènes intravaginales aux femmes post-ménopausées qui ont des infections urinaires récurrentes ?

Si vous n'avez pas le droit de prescrire, à quelle fréquence suggérez-vous aux femmes post-ménopausées d'avoir recours aux œstrogènes intravaginales pour traiter les infections urinaires récurrentes ?

---

ANNEXE G

PERMISSION D'UTILISER LE CADRE

De: Marie-Eve Poitras Marie-Eve.Poitras@USherbrooke.ca  
Objet: RE: Modèle  
Date: 16 octobre 2022 à 08:14  
À: Lavallée, Karine lavk04@uqo.ca  
Cc: Lamelin, Lucie lucie.lamelin@uqo.ca

MP

[Externe UOO\*]

Bonjour Mme Lavallée,

Je vous remercie pour votre travail pertinent pour les femmes et la prise en charge des maladies chroniques. Il me fait plaisir d'accepter l'utilisation du cadre dans le cadre de vos travaux. Dois-je signer un formulaire ou autre ?

Pour le cadre je n'ai pas d'autre informations que ce qui a été publié. CE cadre a également permis à la rédaction du Guide pratique pour les infirmières en GMF : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002376/>, du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Peut-être que cela pourra vous être utile.

Je suis également à la SIDIIEF cette semaine. J'y serai jusqu'à mercredi midi. Il me fera plaisir d'échanger en présence avec vous. Peut-être pourriez vous me dire à quel moment vous présenter ?

Je loge au novotel pour ma part,

Au plaisir,

Marie-Eve Poitras inf PhD  
Professeure – Chercheure Junior 1 FRQ-S  
Département de médecine de famille  
Et médecine d'urgence  
FMSS-Université de Sherbrooke  
Campus Saguenay  
418-541-1234 poste 3249  
<https://www.poitraslab.com/>



CHAIRE DE RECHERCHE  
SUR LES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES OPTIMALES  
EN SOINS PRIMAIRE

*Je tiens à reconnaître que les terres sur lesquelles je vis et je travaille font partie du territoire traditionnel non cédé de la Première Nation des Pékouakamiunatsh (Nation Innu).*

De : Lavallée, Karine <lavk04@uqo.ca>  
Envoyé : 14 octobre 2022 11:02  
À : Marie-Eve Poitras <marie-eve.poitras@usherbrooke.ca>; Chouinard Maud-Christine <maud.christine.chouinard@umontreal.ca>

ANNEXE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT





Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/outaouais](http://www.uqo.ca/outaouais)  
Comité d'éthique de la recherche

### Formulaire de consentement

#### Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) et les infirmières de première ligne québécoises membres de l'OIIQ.

**Chercheuse : Karine Lavallée, B.Sc., Étudiante à la maîtrise Sc. Infirmières**  
**Direction : Lucie Lemelin, Ph.D., Sc. Infirmières**  
**Co-direction : Valérie Lebel, Ph.D. Sc. Infirmières**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à décrire le profil de connaissances des infirmières québécoises évoluant en première ligne sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause ainsi que le profil de confort de ses infirmières à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Ce projet n'est pas subventionné par aucun tiers. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui consiste à compléter un sondage en ligne. La participation volontaire implique à cliquer sur le lien fourni dans le courriel pour vous rendre au sondage. Une durée de 20 à 30 minutes est à prévoir pour la complétion du questionnaire.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Le sondage en ligne est anonyme.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés via la complétion de mémoire et d'au moins un article scientifique par la suite. Il est également prévu de participer à des congrès ou des colloques. Les données recueillies seront conservées dans un fichier informatique sécurisé dans un ordinateur muni d'un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse et l'équipe de direction. Elles seront détruites 5 ans après la complétion du projet à l'aide d'un logiciel spécialisé dans la destruction de données numériques.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Il n'y a pas de risque associé à la participation de ce projet de recherche. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du syndrome génito-urinaire sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Il est possible de se retirer du projet de recherche en tout temps, mais veuillez noter qu'une fois le questionnaire envoyé, par sa nature anonyme il sera impossible d'éliminer le formulaire.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Karine Lavallée (514-655-0344 ou lavk04@uqo.ca). Si

vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au 819-595-3900, poste 1781 ou [andre.durivage@uqo.ca](mailto:andre.durivage@uqo.ca).

*\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.*

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

- J'accepte de participer à ce sondage.
- Je refuse de participer à ce sondage.

9%

## Syndrome génito-urinaire de la ménopause : profils de connaissances et de confort des infirmières à discuter de la symptomatologie

Bonjour,

Nous sommes présentement à la recherche de participants pour prendre part à un projet de recherche s'intitulant « Profil de connaissances sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SUGM) et profil de confort à discuter de la symptomatologie urogénitale des infirmières québécoises, membres de l'IQIQ et évoluant en soins primaires ».

Les participants que nous recherchons doivent :

- **Critères d'inclusions**
  - Comprendre, lire et écrire le français
  - Accès à un ordinateur, téléphone, tablette.
  - Être membre de l'IQIQ
  - Être infirmière
  - Avoir travaillé minimum 1 an à titre d'infirmière
  - Être en soins de première ligne
- **Critères d'exclusions**
  - CEPI et étudiantes exclues
  - Infirmières évoluant en soins pédiatrique et néonatalogie.

Ce projet est mené par Karine Lavalée, étudiante à la maîtrise, département des sciences infirmières, sous la direction de Lucie Lemelin, professeure au département de sciences infirmières et Valérie Lebel, professeure au département de sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

Le but du projet est d'établir le profil de connaissance et le profil de confort des infirmières québécoises de soins de premières lignes sur le SUGM.

Votre participation implique de répondre à un sondage en ligne d'une vingtaine de minutes.

Pour en savoir plus, veuillez contacter Karine Lavalée, étudiante à la maîtrise :

lavk04@uqo.ca  
T (450) 995-8005  
M(450) 430-6860  
C(514) 655-0344

\*Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

#CER 2023-2373

### Syndrome génito-urinaire de la ménopause : profils de connaissances et de confort des infirmières à discuter de la symptomatologie.

Chercheuse : Karine Lavalée, B.Sc., Étudiante à la maîtrise Sc. Infirmières

Direction : Lucie Lemelin, Ph.D., Sc. Infirmières

Co-direction : Valérie Lebel, Ph.D., Sc. Infirmières

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à décrire le profil de connaissances des infirmières québécoises évoluant en première ligne sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause ainsi que le profil de confort de ses infirmières à initier la discussion sur la symptomatologie urogénitale. Ce projet n'est pas subventionné par aucun tiers.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui consiste à compléter un sondage en ligne. La participation volontaire implique de poursuivre la complétion du sondage et cliquer sur "envoyer" lorsque terminé. Une durée de 10 à 20 minutes est à prévoir pour la complétion du questionnaire.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Le sondage en ligne est anonyme.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés via la complétion d'un mémoire et d'au moins un article scientifique par la suite. Il est également prévu de participer à des congrès ou des colloques. Les données recueillies seront conservées dans un fichier informatique sécurisé. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse et l'équipe de direction. Elles seront détruites 5 ans après la complétion du projet.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux, voire inexistant et le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du syndrome génito-urinaire sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Karine Lavalée (514-655-0344 ou lavk04@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Cliquer sur "envoyer" à la fin du questionnaire atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indiquez que vous acceptez d'y participer. Cela ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, je consens à participer en poursuivant et en complétant mon questionnaire. Un questionnaire non complété et non envoyé ne serait pas utilisé.

Il y a 40 questions dans ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code d'accès avec vos réponses à ce questionnaire.

Suivant

ANNEXE I

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Le 09 mars 2023

À l'attention de :  
Karine Lavallée  
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche**

**Projet #:** 2023-2373

**Titre du projet de recherche :** Profil de connaissances sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause et profil de confort à discuter de la symptomatologie urogénitale des infirmières québécoises, membres de l'OIIQ et évoluant en soins primaires.

---

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 09 mars 2023. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

**09 mars 2024.**

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



### Formulaire de demande de modification de projet

Titre du protocole : **Profil de connaissances sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause et profil de confort à discuter de la symptomatologie urogénitale des infirmières québécoises, membres de l'OIIQ et évoluant en soins primaires.**

Numéro(s) de projet : **2023-2373**

Formulaire : **F8a-10735**

Identifiant Nagano : **lavk04**

Date de dépôt initial du formulaire :  
**2023-03-21**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Karine Lavallée**

Date de dépôt final du formulaire : **2023-03-21**

Date d'approbation du projet par le CER : **2023-03-09**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

#### Suivi du BCER

#### 1. **Objet: Demande de modification**

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**Le comité d'éthique de la recherche de l'UQO à pris connaissance de votre formulaire de demande de modification. Après examen de la demande, nous désirons vous informer que le CER vous autorise à poursuivre vos activités de recherche.**

*Date d'approbation de la demande de modification:*

2023-03-27

**Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance.**

*Date d'échéance du certificat:*

2024-03-09

#### Sujet de la modification

ANNEXE J

ATTESTATION SCIENTIFIQUE



**FORMULAIRE D'ATTESTATION D'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE**

<b>Titre du projet</b>	Profil de connaissances sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause et profil de confort à discuter de la symptomatologie urogénitale des infirmières québécoises, membres de l'OIIQ et évoluant en soins de proximité.	
<b>Chercheur(e) principal(e)</b>	Karine Lavalée	
<b>Ce projet de recherche a été évalué par un comité ?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui :</b>  <b>Nom du comité :</b> Cours MS16223 : Séminaire préparatoire au mémoire (H2022).  <b>Prénom et nom des membres du comité :</b> Les membres du comité sont les professeurs qui ont donné le cours, ainsi que les professeurs qui se sont portés volontaires pour entendre les projets et commenter sur ceux-ci. Il s'agit de : - Jacques-Bernard Gauthier (prof. du cours) - Isabelle St-Pierre (prof. du cours) - Isabelle A. St-Pierre (prof. invitée) - Louise Bélanger (prof. invitée) - Evy Nazou (prof. invitée)	<b>Fonction du comité :</b> Cours préparatoire au mémoire (suivant le cours, les étudiants sont souvent prêts pour soumettre leur protocole de recherche au comité d'éthique).  <b>Courriel d'un des membres du comité (pour correspondance) :</b> Isabelle.St-Pierre@uqo.ca
	<b>Ce projet de recherche a été évalué par une seule personne ?</b>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui :</b>  <b>Prénom et nom de l'évaluateur :</b> Cliquez ici pour entrer du texte.  <b>Fonction :</b> Cliquez ici pour entrer du texte.

	Oui	Non	S.O.	Commentaires (justifications)
<b>La problématique est :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définie et claire;</li> <li>• Appuyée scientifiquement et/ou théoriquement.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description de la problématique était un peu brève  Les propos étaient soutenus par des références (littérature grise et scientifique). Il avait été suggéré à l'étudiante de préciser sa stratégie de recherche (stratégie de recherche très vaste alors que le but était très précis). Le lien entre le but de l'étude et la recension des écrits devait être resserré.
<b>Les objectifs et les hypothèses sont :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clairement identifiées;</li> <li>• Découlent des écrits scientifiques;</li> <li>• Sont réalisables / réalistes.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étant donné le type de recherche, il n'y avait pas d'hypothèse. Les objectifs spécifiques devaient être un peu mieux précisés à la lueur du but.  Il avait été suggéré à l'étudiante de s'assurer que les principaux concepts ou mots clés retrouvés dans son but se retrouvaient aussi sous la recension des écrits  Les objectifs étaient réalistes (tant dans le temps que dans la faisabilité)
<b>La méthodologie de la recherche est clairement définie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La population cible, la taille de l'échantillon ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion sont identifiés et permettent de répondre aux objectifs et hypothèses.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description de la population cible était claire. Il avait été suggéré à l'étudiante de bien distinguer les critères d'inclusion des critères d'exclusion.