

Les femmes et la ménopause : le ressenti et la prise en charge en médecine générale

Ségolène Bellanger

▶ **To cite this version:**

Ségolène Bellanger. Les femmes et la ménopause : le ressenti et la prise en charge en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03119229

HAL Id: dumas-03119229
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03119229

Submitted on 23 Jan 2021

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

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

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Année 2021 N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Ségolène Bellanger

Née le 2 avril 1991, à Bernay (27)

Soutenue le 7 janvier 2021

LES FEMMES ET LA MÉNOPAUSE : LE RESSENTI ET LA PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Président du Jury : Professeur Jean Loup HERMIL
Directeur de thèse : Docteur Jean-Luc JOSPIN
Membres du jury : Professeur Elisabeth MAUVIARD
Docteur Laëtitia BOURDON
Docteur Isabelle MOTTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY**	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(détachement)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT**	HCN	Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney **GILARD**	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien **MIRANDA**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
M. Abdellah **TEBANI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**	UFR	Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique

Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Chervin **HASSEL**	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline **LECOINTRE**	Physiologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ**	Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**	Informatique
Mme Clémence **MEAUSOONE**	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO**	Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A mon jury,

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de présider cette thèse, et de donner de votre temps. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Luc JOSPIN, merci d'avoir accepté de me suivre dans mes travaux de thèse, merci d'y avoir apporté la rigueur nécessaire. Merci de m'avoir accordé du temps, avec des échanges de nombreux mails ces dernières semaines. Je m'excuse des nombreuses phôtes.

A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD, je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Laetitia BOURDIN, merci d'avoir accepté d'intégrer jury de cette thèse. Veuillez trouver ici ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Isabelle MOTTE, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A tous ceux que j'ai croisés pendant ces années de formation,

Merci aux Urgences de Dieppe, pour un premier semestre qui a été très formateur, entre le stress des sorties SMUR et les tranches de rigolades avec les co-internes.

Au Docteur Jospin, merci Jean-Luc de m'avoir tant appris lors de mon stage de médecine générale. Ton expérience alliant rigueur et écoute du patient est une source d'inspiration pour moi.

Merci aux Urgences Pédiatrique du CHU, après ce stage intensif, la bronchiolite n'aura plus jamais aucun secret pour moi. C'est toujours un plaisir de prendre un avis auprès d'un ancien collègue.

Au service de gynécologie d'Evreux, merci pour ce semestre formateur.

Merci au service de soins palliatif-douleur d'Evreux qui a bien voulu m'accueillir au dernier moment, et qui m'a permis de voir la relation médecin-patient d'un autre angle.

A mes maitres de stages de SASPASS, merci aux tontons, les Docteurs Jamal ENNASR et Hugues LESIEUR, qui m'ont appris à être autonome. Vous me devez toujours un dej' au restaurant.

Merci aux co-internes côtoyés dans tous les stages.

A ma famille,

Mam' merci d'avoir fait le travail ingrat qui est de relire ma prose hésitante.

Momo, merci d'avoir corrigé les fautes. Heureusement que tu l'as lu plus vite qu'un roman…

Merci aux parents que vous êtes. Merci de m'avoir toujours soutenue, même dans les situations les plus saugrenues, notamment ces longues études. Merci d'avoir accepté que je colonise le salon, que j'écrive sur les miroirs… Merci de m'avoir nourrie, tant culinairement avec les « restes du dimanche », que sentimentalement avec vos attentions.

A mes sœurs et mon frère, Tiphaine, merci pour les discussions à refaire le monde, pour la confiance que tu me donnes et aussi d'avoir participé à ce travail ; Hégesippe, c'est grâce aux entrainements de foot au 2ème étage de la maison que j'ai pu avoir l'endurance d'en arriver là ; Phoebe, merci pour ton amour débordant, je ne sais pas toujours bien répondre à ta sensibilité, mais ne doute jamais de mon estime pour toi. Vous avez fait de moi ce que je suis.

A ma belle-sœur Camille, à mon beau-frère Régis, merci d'avoir rejoint notre famille de fous et d'y avoir apporter avec vous mes cinq neveux dont je suis si fière.

A Côme, mon filleul qui porte le prénom du saint patron des médecins, si ça n'était pas un signe… A Anouk, Salomé, Anatole et Mélusine, vos sourires et vos câlins sont un enchantement.

Merci à la famille Hard, Papo, Lolo, Tom et Anne, Val et Nana, merci de m'avoir fait une place dans votre famille malgré mes gros sabots. Merci d'être si attentionnés et tolérants avec nos excentricités.

A mes amis de fac, sans vous je n'aurais jamais fini !

A Emma, merci d'être là depuis la P2, d'avoir partagé tous ces moments diversifiés allant des soirées déjantées aux conseils avisés pour la thèse. Merci d'être mon amie, je suis pressée de voir ce que nous réserve la Nouvelle-Calédonie, ou plutôt ce que nous lui réservons.

A Johan, cet ami bancal irremplaçable, merci mon Jopi, pour être tout simplement toi et d'avoir trouvé une petite poire sur ton chemin. Consti, ton sourire est un bonheur qu'on a envie de serrer dans les bras. Merci à vous deux pour la conficoloc', ça n'a fait qu'accentuer notre amitié.

Aux F**F en folie, Clara, Clem', Aurore et Emma, pour ces « week-end intelligents » qu'on va devoir repenser en version 2.0, peut-être est-ce une bénédiction pour la préservation de nos neurones ?

A Clara, la 106-thérapie est loin… Je suis heureuse de vous accompagner dans votre future parentalité avec Max.

A Clémentine et Paul, merci pour tous les moments partagés et les randonnées, la prochaine fois, on prendra une brouette pour Dodo.

Aux mauvaises, Elsa, Constance, MathAngot et Biso, merci de m'avoir acceptée, alors que je suis la plus gentille d'entre vous. J'espère bien vous retrouver rapidos pour un apéro, avant d'aller rejoindre Math qui a décidé de nous fuir à l'autre bout de la planète.

A Valentin, le mousquetaire de la cardiologie, les cœurs de Montpellier n'ont qu'à bien se tenir. Bientôt on fera un Ironman ensemble, peut-être, si on parvient à traverser un lac sans faire une hypothermie.

A la team de médecine, Alex, Maudus, Brej, Doudou, Emma, Jojo, Francis, Biz, Anne-Laure, Coco, Tiph, Max, Prisc, Ninoue, Louise, Mathilde et Florine. Après votre rencontre au ski de P2, ma vie s'est transformée, j'ai découvert qu'on pouvait être amis avec des zinzins ! Que la montagne tremble, 9 ans plus tard on remet ça, le challenge va être de ne pas effrayer nos moitiés.

A Joumana, la reine du Macoumba, on ne se voit pas pendant des mois, séparées par moins de 100 km et on va se retrouver sur le même caillou à l'autre bout de la planète.

A mes amis moldus,

A Louise, ma plus ancienne amie, je te remercie pour tous les moments partagés et d'être une confidente hors pair. Je suis heureuse de vous voir vous épanouir avec Pierre et Rosalie.

A Oriane, petit oiseau toujours en train de picorer au travers du monde. Toujours un plaisir de squatter ta famille, les quelques jours que tu passes en France.

A Floriane et Nathan, faire des déjeuners le dimanche midi c'est bien beau, mais j'attends toujours que Flo chausse les baskets !

A Rémy, avec qui j'espère bien refaire une semaine de vacances sans but précis, en attendant prépares-toi avec Hélène à nous voir débarquer à Berlin.

A Elise et Jonas, en attendant un nouveau débat sur la phytothérapie, ou la prochaine partie de secret H**.

A Zazou et Delphine, qui m'ont acceptée comme squatteuse de coloc', et avec qui on a rencontré Maria la Coppa.

A Julie, Aurel' et Paco, pour les soirées partagées au 106 ou dans un des bars Rouennais.

A Vincent, merci pour l'actualité musicale, et les moments partagés en bord de mer.

A Prunier, nos chemins se poursuivent parallèlement, et c'est un plaisir quand ils se croisent.

A João, pour les discussions sur la spiritualité, et merci de me tenir informée des cycles lunaires.

Aux copains de Bernay, le mélange anarchique, on se croise peu souvent, mais c'est un plaisir de vous voir vous épanouir dans différentes directions.

A Clémence, ma coloc dans l'appartement le plus lumineux du monde, qui m'a supporté lors de mes révisions, quand je me transformais en Ségolum.

A Bubu, pour les moments partagés, tes petits messages de soutien m'ont fait du bien.

A Florent, que j'ai croisé sur les chemins écossais, et avec qui on a décidé de poursuivre ensemble. C'est avec ton aide que j'ai pu surmonter les obstacles, qu'il s'agisse d'échelles fixées à une paroi vertigineuse dans Mafate, ou bien d'embuches de la vie quotidienne. Avec toi j'ai appris qu'à deux on va moins vite, mais on va plus loin. J'espère bien encore user mes semelles au côté du compagnon de route idéal.

Merci à toutes les femmes qui ont répondu à mes questions plus ou moins intimes sur la ménopause. Merci, aux recruteurs, Clémentine, Tiphaine et Paul.

A ma Mémé, malgré le temps passé, le souvenir de la femme courageuse que tu es ne m'a pas quitté. Ce travail est pour toi, qui n'a pas pu devenir médecin du fait de la guerre.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

Remerciements 11

Serment d'Hippocrate 15

Introduction 23

PREMIERE PARTIE 24

I. Définitions médico-biologiques et conséquences de la ménopause 25

A. Définitions médico-scientifiques 25

B. Conséquences à court terme 29

1. Signes fonctionnels du climatère 29

2. Troubles de l'humeur 30

3. Troubles génito-urinaires 30

4. Troubles sexuels 30

C. Conséquences à long terme 31

1. Ostéoporose 31

2. Maladies cardiovasculaires 32

II. Traitements proposés 33

A. Règles hygiéno-diététiques 33

B. Techniques non médicamenteuses 34

C. Traitements locaux 34

1. Hydratants et lubrifiants vaginaux 34

2. Traitements hormonaux par voie locale 35

D. Traitements hormonaux de la ménopause (THM) 35

1. Principe des THM 35

2. Modes d'administration 36

3. Schémas d'administration 37

4. Indications 38

5. Contre-indications 38

6. Etudes et controverses 39
E. Traitements hormonaux non substitutifs 40
F. Traitements non hormonaux de la ménopause 41
G. Phytothérapie et aromathérapie 42
1. Phytothérapie stricto sensu 42
2. Aromathérapie 43
3. Base de données HEDRINE (Herbe Drug Interaction databasE) 44
H. Homéopathie 44
III. Historique et définitions sociales de la ménopause 46
A. Histoire de la ménopause en Occident 46
B. Anthropologie de la ménopause 47
C. Ménopause sociale 48
1. Perception des menstruations 48
2. Champ lexical de la ménopause 49
3. Ménopause comme sujet d'humour 49
4. Ménopause comme une pathologie 49
5. Rôle des médias 50
6. Vieillir dans la société 50
7. Commentaires sur le physique de la femme 51
8. Fin de la fertilité 52
9. Ménopause et sexualité 53
DEUXIEME PARTIE 55
I. Matériel et méthode 57
A. Type d'étude 57
B. Population étudiée 57
C. Recueil de données 57
D. Analyse des données 58

E. Protection des données 58
II. Résultats 59
A. Caractéristique de la population 59
1. Ages 59
2. Activité professionnelle 59
3. Lieu d'habitation 59
4. Situation familiale 60
5. Antécédents 60
6. Traitements 60
7. Contraception antérieure 61
B. Symptomatologie de la ménopause 61
1. Mode de découverte 61
2. Bouffées de chaleur et transpiration 62
3. Manifestations cardiaques 63
4. Troubles du sommeil 64
5. Troubles de l'humeur 64
6. Fatigue physique et mentale 65
7. Troubles de la sexualité 66
8. Manifestation génitale 67
9. Douleurs 67
10. Modification de la peau et des phanères 68
11. Modification du poids 68
C. Traitements de la ménopause 69
1. Traitements hormonaux substitutifs 69
2. Autres traitements 70
D. Communication autour la ménopause 72
1. Approche avec les professionnels de santé 72

2. Abord avec les proches 72
3. Aborder davantage 74
E. Savoir commun de la ménopause 75
1. Symptômes 75
2. Idées générales sur le vécu 77
3. Sources d'informations de la ménopause 79
F. Vécu de la ménopause 79
1. Cessation des menstruations 79
2. Accueil de la ménopause 81
3. Expérimentation du rapport social de la ménopause 82
G. Quinze définitions de la ménopause 87
III. Discussion 89
A. Caractéristiques de l'échantillon 89
1. Mode d'échantillonnage 89
2. Recueil de données 89
3. Taille de l'échantillon 90
4. Age de la ménopause 90
5. Catégories socio-professionnelles 90
6. Antécédents et traitements 91
B. Symptômes 91
1. Mode de découverte 91
2. Bouffées de chaleur 91
3. Troubles de l'humeur 92
4. Fatigue physique et mentale 93
5. Troubles de la sexualité 93
6. Modifications de la peau, des phanères et du poids 94
7. Symptômes non retrouvés au cours de l'étude 94

C. Traitements 95
1. Traitement Hormonaux de la Ménopause (THM) 95
2. Autres traitements 95
D. Communications 96
1. Abord avec les professionnels de santé 96
2. Abord avec les proches 97
3. Aborder davantage 98
E. Savoir commun de la ménopause ou culture de la ménopause 99
1. Savoirs des enquêtées 99
2. Sources d'information 99
3. Culture de la ménopause 100
F. Vécu de la ménopause 100
1. Accueil de la ménopause 100
2. Signification de la fin de la fertilité 101
3. Vieillissement 101
IV. Conclusion 103
Annexes 106
Annexe 1 : Lexique par ordre alphabétique 106
Annexe 2 : Etudes concernant le THM par ordre chronologique 110
Annexe 3 : Détails des controverses concernant le THM 113
Annexe 4 : Aromathérapie et Phytothérapie 116
Annexe 5 : Guide entretien thèse : Les femmes et la ménopause : le ressenti des patientes et leur prise en charge en médecine générale 124
Annexe 6 : Questionnaire ménopause (Version français de Menopause Rating Scale MRS) 127
Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement 128
Bibliographie 129

Abréviations et acronymes

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

AVC : Accident vasculaire cérébral

BVM : Bouffée vasomotrice

CH : Centésimale hahnemannienne

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens Français

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

COVID-19 : coronavirus disease 2019

DIU : Dispositif intra-utérin

EPS : extrait fluide glycériné de plante fraîche

ESTHER : Estrogen ans thromboembolism risk

FSH : Follicule Stimulating Hormone

GEMVI : Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement

GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL-c : High Density Lipoprotein-cholesterol

HE : Huiles essentielles

HEDRINE : Herbe Drug Interaction database

HERS : Heart and Estrogen/progestin Replacement Study

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruption volontaire de grossesse

JAMA : Journal of the American Medical Association

LDL-c : Ligh Density Lipoprotein-cholesterol

LH : Luteinizing hormone

MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale

MQ6 : Menopause Quick 6

MRS : Menopause Rating Scale

MWS : Million Women Study

NAMS : North American Menopause Society

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RR : risque relatif

SERMs : Selection Estrogen Receptor Modulators

SIPF : Suspension intégrale de plante fraîche

TDM : Tomodensitométrie

THM : traitement hormonal substitutif de la ménopause

UI : Unité internationale

WHI : Women's Healt Initiative

Introduction

Les recherches effectuées sur les primates ont révélé que la plupart des femelles décèdent une fois qu'elles ne sont plus fécondes. L'espèce humaine est une exception. La durée de vie après la ménopause représente presque un tiers de la vie d'une femme. (1)

L'espérance de vie des femmes après 60 ans a augmenté de presque 10 ans depuis 1950. Une femme qui avait 60 ans en 1950 pouvait espérer vivre encore18,2 années. Aujourd'hui, une femme de 60 ans a une espérance de vie de 27,6 années. (2)

Malgré l'allongement de la vie, l'âge de la survenue de la ménopause n'a pas changé, il reste aux alentours des 50-51 ans de la femme.

D'après l'OMS, la période de procréation d'une femme est située entre 15 et 50 ans. En 2020, les femmes en âge de procréer représentent 41,2% de la population féminine et les femmes « en âge d'être ménopausées » 41,7%. On remarque que les proportions sont équivalentes pour ces deux populations. (2)

« Vous savez docteur, ce n'est pas beau de vieillir. », une phrase régulièrement entendue par le médecin généraliste. Pourtant, le vieillissement débute dès le premier jour de vie tout en passant par différents processus biologiques tels que, notamment, la ménopause.

Le choix ce sujet d'étude est né de l'envie de mieux comprendre la ménopause et de mieux appréhender cet épisode de vie qui concerne toutes les femmes ; d'autant que le nombre de femmes ménopausées est important et qu'on observe une augmentation de la durée de vie post-ménopause.

Ce travail a pour sujet l'étude du ressenti des femmes qui vivent leur ménopause et l'analyse de la prise en charge par la médecine générale. Une étude qualitative a été menée en réalisant des entretiens individuels semi-dirigés avec 15 patientes. Ces entretiens ont pour objectif de connaître le vécu des patientes lors de leur ménopause, ainsi que la façon dont elles ont été écoutées, et éventuellement traitées par leurs médecins.

Ce travail est divisé en deux parties. La première partie se décomposera elle-même en trois chapitres :

I. Définitions médico-biologique et conséquences de la ménopause
II. Traitements proposés
II. Historique et définitions sociales de la ménopause

La seconde partie comportera une étude descriptive et une présentation des résultats de celle-ci.

Pour faciliter la lecture un lexique est disponible en annexe 1 où sont définis les mots marqués d'un astérisque (*).

PREMIERE PARTIE

I. Définitions médico-biologiques et conséquences de la ménopause

A. Définitions médico-scientifiques

*« La **ménopause** est l'arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne »* (définition OMS, 1996) ; il s'agit d'une définition rétrospective, puisqu'il faut constater une aménorrhée* de 12 mois, sans autre cause pathologique ou physiologique. La ménopause est qualifiée de précoce si elle survient avant 40 ans et tardive si elle advient après 55 ans. L'âge médian de la survenue est compris entre 50 ans et 51,5 ans.

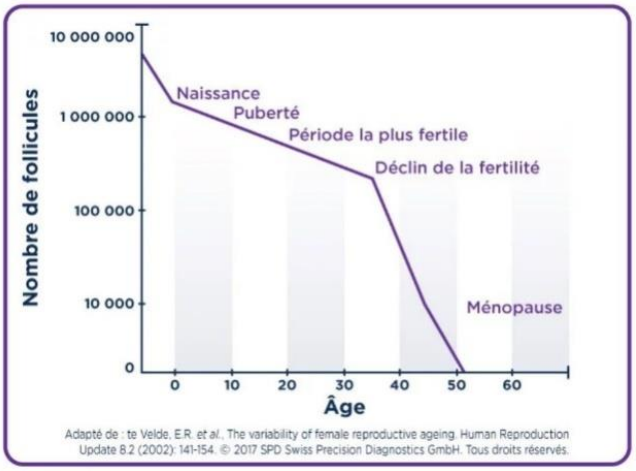
Les causes d'une ménopause précoce sont multiples :

- Causes génétiques (anomalie chromosomique exemple syndrome de Turner*, syndrome de l'X fragile* ; syndrome des ovaires résistants aux gonadotrophines*),
- Causes auto-immunes (coexistence avec une maladie auto-immune),
- Causes iatrogènes* (ovariectomie* bilatérale, radiothérapie pelvienne*, certaines chimiothérapies),
- Causes infectieuses (oreillons, rubéole, varicelle) (3).

La **péri-ménopause** est une phase durant laquelle des symptômes de ménopause sont observés et qui précède la période entrant dans la définition de ménopause d'un an d'aménorrhée. Cela peut débuter 5 ans avant les dernières règles.

<u>Biologiquement :</u>

Le capital folliculaire, correspondant au stock d'ovocytes* de la femme en devenir, est défini dès le stade de fœtus. Les follicules sont 6 à 7 millions à la 20ème semaine de vie intra-utéro ; à la naissance 80% sont perdus, aboutissant au chiffre de 2 millions. La décroissance se poursuit durant l'enfance, à la puberté le stock est de 300 000. A chaque ovulation c'est environ 1000 ovocytes qui disparaissent par apoptose*. La ménopause survient quand le stock arrive à environ 1000 follicules. (Voir schéma ci-dessous)



Nombre de follicules selon l'âge (4)

La diminution du nombre de follicules est génétiquement définie, donc l'âge de la ménopause n'est pas influencé par la prise d'une pilule contraceptive, ni la stimulation ovarienne, ni l'âge des premières règles ou le nombre de grossesses. En revanche, il a été observé que la consommation de tabac avance l'âge de la ménopause d'un ou deux ans. (5)

Rappel du déroulement d'un cycle ovulatoire, chez la femme en âge de procréer :

La commande de départ provient de l'hypothalamus*, partie du cerveau permettant de lien entre le système nerveux et le système endocrinien. L'hypothalamus libère la GnRH*, qui provoque la sécrétion par l'hypophyse* des deux hormones gonadotropes : la LH* et la FSH*. La LH et la FSH régulent le fonctionnement ovarien. L'ovaire, quant à lui, sécrète des stéroïdes* sexuels : l'œstrogène et la progestérone dont les sécrétions varient au cours du cycle menstruel. Les stéroïdes réalisent un rétrocontrôle négatif sur la FSH et la LH. (6)

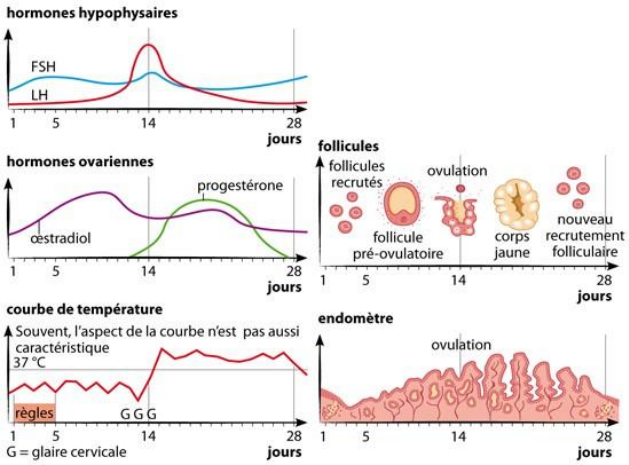
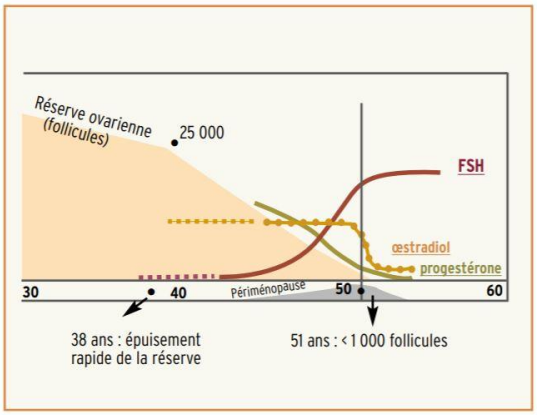


Schéma du cycle menstruel issue de l'encyclopédie Larousse en ligne (7)

La **péri-ménopause** se caractérise par l'augmentation de la FSH qui va être responsable d'un pic d'œstradiol précoce et d'une chute plus rapide de l'œstradiol* en fin de cycle. L'augmentation du nombre de cycles anovulatoire* amènera des périodes d'hypoestrogénie*.



Evolution de l'axe gonadotrope chez la femme, issue de la Revue du Praticien, 2005 (1)

A la ménopause, la LH et la FSH sont élevées, la concentration d'œstradiol est très basse. Il persiste une production d'œstradiol par transformation des androgènes surrénaliens*. En post-ménopause l'imprégnation œstrogénique est variable en fonction de la corpulence de la femme : l'œstrogène disponible provient d'une aromatisation des androgènes du tissu adipeux.

Cliniquement :

La phase de péri-ménopause se traduit par une modification de la longueur des cycles menstruels : notamment un raccourcissement, et une alternance entre hyperoestrogénie* et hypoestrogénie.
Les signes cliniques sont variables selon les femmes et aussi pour une même femme, il peut exister des périodes dites « normales » :

- Signes évocateurs d'hyperoestrogénie : irritabilité, sensations de gonflement et ballonnements, prise de poids et mastodynies* ; signes pouvant être présents lors de la période prémenstruelle.
- Signes évocateurs d'hypoestrogénie : manifestations fonctionnelles similaires à celle de la post-ménopause : bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes, troubles thymiques, sécheresses vaginales. Des modifications biologiques peuvent se manifester : augmentation du cholestérol total et du LDL-c*, répartition des graisses plutôt au niveau abdominal, augmentation de la résorption osseuse et perte osseuse.

La prise en charge thérapeutique est complexe du fait de l'alternance entre période d'hyperoestrogénie ou hypoestrogénie et des périodes de physiologie normale.

La ménopause est un diagnostic clinique : la constatation d'une aménorrhée de plus de 12mois pouvant s'accompagner de symptômes du climatère* (ci-dessous). Il n'est pas nécessaire de réaliser des prélèvements biologiques pour confirmer la ménopause.

Symptômes du climatère

SIGNES PHYSIQUES	**SIGNES MENTAUX**
Bouffées vasomotrices*	Troubles du sommeil
Sueurs nocturnes	Insomnies
Sécheresse vulvo-vaginale	Asthénie*
Prise de poids	Perte d'attention
Céphalées*	Manque de motivation
Etourdissements, vertiges	Irritabilité
Constipation	Syndrome dépressif
Arthralgies, myalgies*	Perte de mémoire
Prurit*	

Un test à la progestérone* peut être réalisé pour confirmer la ménopause, même avant les 12 mois d'aménorrhée, lorsque les symptômes du climatère sont présents et que la question d'un traitement hormonal substitutif se pose.

Le test à la progestérone se réalise de la façon suivante : pendant 10 jours la patiente devra prendre de façon quotidienne un progestatif*. A l'arrêt de la prise, si des règles réapparaissent, le diagnostic de la ménopause est écarté. En revanche, en l'absence d'hémorragie de privation le test est dit « négatif » et la ménopause est confirmée.

Un autre examen paraclinique pourra confirmer la ménopause en cas de doute diagnostique (ménopause précoce, ou femme sous contraception hormonale) : le dosage de FSH et œstradiol après 7 jours d'arrêt de contraception hormonale : un taux de FSH > 30 UI/L associé à un taux d'œstradiol < 20 pg/mL sont en faveur de la ménopause. (1) (8)

B. Conséquences à court terme

La carence œstrogénique, dans un premier temps, provoque les signes fonctionnels du climatère, des troubles de l'humeur et des troubles génito-urinaires.

Ces signes ne sont pas systématiques : environ 40% des femmes n'en présenteront aucun ; mais ces signes peuvent au contraire pour certaines atteindre un niveau élevé et altérer la qualité de leur vie personnelle, professionnelle ou familiale de façon intense.

1. Signes fonctionnels du climatère

Par ordre d'incidence :

- 67% bouffées de chaleur,
- 38% état dépressif,
- 31% transpiration excessive,
- 26% insomnie,
- 20% sécheresse vulvo-vaginale,
- 18.5% asthénie*. (9)

Quelques précisions sur les symptômes :

Les **bouffées vaso-motrices** (BVM) ou bouffées de chaleur sont le symptôme le plus caractéristique de la ménopause. Elles se déroulent en trois phases :

- Prodrome* / aura* pouvant se traduire de différentes manières : frissons, vertiges, malaises, tremblements.
- Sensation de chaleur de la face et du cou, se propageant vers le thorax et pouvant se généraliser, associée à une hypersudation et des palpitations.
- Phase de résolution : tremblements et frissons.

Elles seront classées en fonction de leur intensité : légère s'il n'y a pas de sueurs, modérée en cas de sueurs, et sévère si la bouffée de chaleur oblige la patiente à arrêter son activité habituelle. La durée de ces symptômes est de 4 à 10 minutes. Les BVM sont dues à la rupture de l'équilibre des neurotransmetteurs cérébraux, liée à la baisse de sécrétion hormonales de l'ovaire. (9)

Les **variations pondérales** : il n'y a pas de modification notable de poids entre l'avant et l'après ménopause. Chez certaines femmes, la masse corporelle augmente de plus de 1,5 kg par an à partir de la ménopause. Cela est en partie attribuable à une modification de l'alimentation et une baisse de l'activité physique. La carence œstrogénique est cependant responsable d'une nouvelle répartition des

masses adipeuses, plutôt androïde*, c'est-à-dire au niveau de la ceinture abdominale, tandis qu'avant la ménopause, les graisses se stockent plutôt dans la partie inférieure du corps (répartition gynoïde*). On note aussi une diminution de la masse musculaire. (3)

2. Troubles de l'humeur

Pendant la ménopause, il est parfois observé une tendance dépressive. La responsabilité biologique de la ménopause n'est pas établie. Le professeur Lopès et le professeur Trémollières classent l'ensemble des troubles de l'humeur (troubles du sommeil, asthénie, troubles de l'attention, tendance dépressive, perte de la mémoire, troubles de l'humeur, caractère irritable) comme étant des effets imputables aux bouffées vasomotrices, ainsi que les éventuels réveils nocturnes qu'elles peuvent provoquer. (8)

Pour certaines femmes, la ménopause se situe dans une période de transition, tant sur le plan professionnel que sur le plan social. C'est en effet dans cette même phase de vie que les enfants peuvent quitter le domicile, changeant ainsi l'équilibre d'un couple.

3. Troubles génito-urinaires

La sphère uro-génitale va subir quelques changements :

Les petites et grandes lèvres peuvent s'atrophier et les muqueuses s'assécher, devenant plus fragiles et pouvant saigner plus facilement en raison d'une diminution de l'imprégnation œstrogénique.

La sphère génitale possède un microbiote qui lui est propre, composé principalement de lactobacillus*, appelé flore de Doderlein, et de bactéries provenant de la flore digestive et oropharyngée. Ce microbiote ou flore vaginale voit sa composition modifiée lors de la ménopause entraînant une sensibilité accrue aux infections telles que les infections urinaires et mycoses vaginales. (10)

Les répercussions sur la continence s'expliquent par le fait que la vessie soit dotée de récepteurs œstrogéniques dans la zone sphinctérienne*. Ainsi, la carence œstrogénique semble provoquer l'incontinence urinaire d'effort. (1)

4. Troubles sexuels

La sécheresse vulvo-vaginale et la fragilité des tissus, comme vu précédemment, sont la cause de dyspareunie*, douleur à l'intromission* vaginale, lors des rapports sexuels, pouvant avoir comme conséquence une diminution du plaisir, engendrant par conséquent une baisse du désir. (1) (10)

La baisse du désir n'est pas imputable à la baisse des œstrogènes. Le GEMVI, groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement, explique plutôt les troubles sexuels comme une conséquence d'évènements concomitants à cette période : perte de la fertilité, départ des enfants du domicile, arrivée des petits enfants, difficultés dans le couple, difficultés au travail, départ à la retraite. (11)

Il faut bien noter l'importance des facteurs non biologiques qui entrent en jeu et qui ont un impact sur la sexualité : notamment la présence ou non d'un(e) partenaire sexuel(le), l'activité sexuelle antérieure à la ménopause, la perception de la sexualité qu'elle soit individuelle ou sociétale, voire l'appréhension du déclin du désir sexuel. (12)

Il s'agit d'une approche globale qui rappelle le rôle majeur du cerveau, qui est au demeurant le premier organe sexuel. (13)

La baisse de la libido est souvent perçue comme une fatalité à l'approche de la ménopause, alors qu'il s'agit d'une idée fausse et préconçue. En préservant son activité sexuelle, on se protège de la fragilité vaginale et de l'atrophie, donc on maintient le confort sexuel. (12)

Il convient de noter que l'ensemble des symptômes de la ménopause varie d'une femme à l'autre. La durée des symptômes du climatère peut s'étaler sur une période de quelques mois à 10 ans. En majorité, elle a une durée de 2 ou 3 ans. (11)(14)

Il existe des échelles quantifiant les symptômes de la ménopause : l'échelle de Kupperman et l'échelle MRS (*Menopause Rating Scale*). Ces échelles sont connues et validées comme marqueurs de suivi au cours du traitement des symptômes de la ménopause (15). Ces échelles ont servi lors de la conception du guide d'entretien, et ont été utilisées au cours des entretiens présentés en deuxième partie de cette thèse.

C. Conséquences à long terme

Les conséquences à long termes ne seront pas développées ni traitées dans cette thèse, qui a pour objet le ressenti, et la prise en charge des patientes.

1. Ostéoporose

L'activité du remodelage osseux, modifiée par l'insuffisance œstrogénique, est caractérisée par une hyperactivité ostéoclastique*, qui entraine une accélération de la perte osseuse en début de ménopause.

La perte osseuse ralentit avec l'avancement de la ménopause. Le risque de présenter une fracture ostéoporotique pour une femme de 50 ans est estimé à 40% jusqu'à la fin de sa vie. La carence œstrogénique atteint principalement l'os trabéculaire (vertèbres, poignets) ; ensuite l'ostéoporose induite par l'âge vient impacter l'os cortical (os long : typiquement le fémur).

La surveillance de l'ostéoporose se fait par l'ostéodensitométrie, qui permet d'évaluer le risque fracturaire. Cet examen est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) chez certaines femmes seulement : si elles présentent un antécédent personnel ou familial de fracture vertébrale ou du col du fémur sans traumatisme, si elles sont en état de maigreur (IMC < 19), si elles ont présenté une ménopause précoce (avant 40 ans) ou si elles ont eu un traitement corticoïde prolongé (pendant plus de 3 mois). Uniquement dans ces cas, l'ostéodensitométrie est remboursée par l'assurance maladie. (5)

2. Maladies cardiovasculaires

Le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire chez les femmes ménopausées est équivalent à celui des hommes à âge égal. Chez la femme en âge de procréer, les œstrogènes sont protecteurs des risques cardiovasculaires.
La carence œstrogénique entraîne des perturbations métaboliques :

- Augmentation des triglycérides et du LDL-c, le « mauvais cholestérol »,
- Chute du HDL-c*, le « bon cholestérol »,
- Apparition d'une résistance à l'insuline et donc d'un risque de diabète.
- Altérations directes de la paroi vasculaire avec une diminution de la vasodilatation artérielle.

II. Traitements proposés

A. Règles hygiéno-diététiques

La ménopause n'est pas une maladie. Les traitements sont nécessaires uniquement en cas de symptômes gênants, impactant 40% des femmes.

Dans un premier temps, il est rappelé les règles hygiéno-diététiques, qui sont valables pour l'ensemble de la population :

- Arrêter le tabac, pour lequel on pourra proposer des traitements substitutifs nicotiniques, ou encore l'intervention d'une infirmière ASALEE*.
- Avoir une bonne hygiène alimentaire : rappel de la pyramide alimentaire, avec limitation des graisses, du sucre, de l'alcool et du café.
- Majorer l'apport de calcium de 1200mg à 1500 mg par jour, ce qui correspond à environ trois produits laitiers par jour, pour contrecarrer l'augmentation du risque ostéoporotique. Pour une meilleure absorption du calcium il faut un bon apport de vitamine D : obtenu par une exposition au soleil de 15 à 30 minutes par jour. Dans les régions peu ensoleillées, en hiver, il sera préférable de donner une ampoule de vitamine D 100 000 UI par trimestre. A noter que la vitamine D est liposoluble, et sera donc mieux absorbée avec un repas gras ou dans une cuillère d'huile que dans un jus de fruits. (16)

  Exemple d'apport calcique dans l'alimentation :
  1 bol de lait de 250mL : 300mg de calcium
  1 yaourt : 150mg de calcium
  1 fromage blanc : 100mg de calcium
  1 part de fromage à pâte dure : 400mg de calcium
  1 part de fromage à pâte molle : 120mg de calcium
  Eau Hépar : 555mg de calcium par litre
  Eau Contrex 486mg de calcium par litre

- Pratiquer une activité physique régulière, environ 30 à 45 minutes de marche rapide par jour. Il est possible de prescrire du sport sur ordonnance, avec une association sport santé, pour un accès à une activité physique adaptée ; car débuter une activité physique seule est parfois décourageant. (10) (17)

B. Techniques non médicamenteuses

La revue *Prescrire* a réalisé une synthèse des techniques non médicamenteuses évaluées pour le traitement des bouffées de chaleur de la ménopause :

- Le yoga a une efficacité modérée, probablement due à un effet placebo.
- Les approches psychocorporelles (hypnose, thérapie cognitivo-comportementale et relaxation) soulagent, au moins en partie, les symptômes.
- L'acupuncture soulage certaines femmes, peut-être par un effet de type placebo.

Les effets de ces techniques sont souvent proches de l'effet placebo, qui peut être parfois important. Ces thérapies sont à envisager en premier recours lors de symptômes gênants, étant donné l'absence d'effets indésirables. (18)

C. Traitements locaux

1. Hydratants et lubrifiants vaginaux

Les gels hydratants sont à base d'acide hyaluronique*.

Gels hydratants	
AINARA MUCOGYNE REPLENS GYNOFIT	appliquer 3 à 4 fois par semaine, avant les rapports sexuels en tant que lubrifiant longue durée d'action, de 3 jours, à appliquer en dehors des rapports sexuel

Les gels lubrifiants sont à appliquer sur la muqueuse externe et à l'entrée du vagin pour prévenir les dyspareunies d'intromission. (11)

Gels lubrifiants
OXENS
SAFORELLE lubrifiant
SAUGELLA gel lubrifiant
SENSILUBE
SERELYS gel vaginal
TAÏDO gel intime

2. Traitements hormonaux par voie locale

Les traitements hormonaux locaux, au niveau vulvaire et vaginal, agissent sur les troubles trophiques et sur les troubles urinaires. L'administration par voie locale limite les effets secondaires imputables aux œstrogènes compte tenu du passage très faible dans la circulation sanguine, contrairement à la voie générale (orale, transcutanée). Même par voie locale, les traitements hormonaux restent déconseillés aux femmes ayant eu un cancer hormono-dépendant, ou avec antécédent de maladie thrombo-embolique. (3) (11)

Gel	
Estriol	BLISSEL

Crème	
Oestriol	GYDRELLE PHYSIOGYNE crème TROPHICREME

Ovule	
Promiestriène	COLPOTROPHINE
Estriol, Progesterone, et bacilles de Doderleïn	FLORGYNAL TROPHIGIL
Oestriol	PHYSIOGYNE ovule

Anneau vaginal		
Estradiol	ESTRING	durée d'action 3 mois : 7,5g/24h pendant 90 jours

D. Traitements hormonaux de la ménopause (THM)

1. Principe des THM

Les symptômes de la ménopause sont imputables à la baisse des œstrogènes dans la circulation sanguine. Le principe du THM est d'administrer des œstrogènes, dans le but d'être le plus proche de la physiologie ovarienne antérieure à la ménopause. Les doses sont différentes des doses administrées dans le cadre d'une contraception œstro-progestative* utilisant des stéroïdes de synthèse bien plus puissants avec pour but de bloquer les cycles menstruels.

Aux œstrogènes, sont associés des progestatifs car les œstrogènes seuls provoqueraient une hypertrophie de l'endomètre et une majoration des risques de cancer de l'endomètre. Chez les femmes hystérectomisées*, cette précaution n'est pas nécessaire. (14)

Le traitement hormonal de la ménopause a une efficacité à court terme : diminution des bouffées vasomotrices, diminution de l'atrophie de la muqueuse vaginale et donc amélioration de la sexualité.

Après 5 ans de traitement, la supplémentation en œstrogènes limite la perte osseuse donc le risque de fractures. La prévention de l'ostéoporose ne dure que pendant l'utilisation du THM.

La protection cardiovasculaire a été longtemps revendiquée par le THM mais cela reste un sujet controversé qui sera abordé par la suite. (14)

2. Modes d'administration

Il existe plusieurs formes galéniques* pour les œstrogènes : per os*, en gel ou en patch. Les formes cutanées (gel et patch) seront privilégiées car cela évite ainsi le premier passage hépatique. Car il a été montré que les œstrogènes per os provoquent des modifications du bilan hépatique et augmentent les facteurs de coagulation pouvant aboutir à des accidents thromboemboliques (19). En France l'œstrogène de référence est le 17βestrogène*.

Voie percutanée (gel)	
Oestrodose	0,75 mg par pression
Estreva gel	0,5 mg par pression
Delidose gel	0,5 mg ou 1 mg par sachet

Dispositif transdermique (patch)	
Dermestril	25 / 50 / 100 µg/24h
Estrapatch	40 / 60 / 80 µg/24h
Femsept	50 / 75 / 100 µg/24h
Oesclim	25 / 37,5 / 50 µg/24h
Thaïs	25 / 50 µg/24h
Vivelledot	25 / 37,5 / 50 / 75 / 100 µg/24h

La progestérone est administrée per os ou par voie vaginale car elle n'a qu'une action locale lorsqu'elle est administrée par voir percutanée. Les progestatifs utilisés en France sont la progestérone

naturelle et son isomère le dydrogestérone qui présentent tous deux peu d'effets secondaires et une bonne tolérance métabolique. (20)

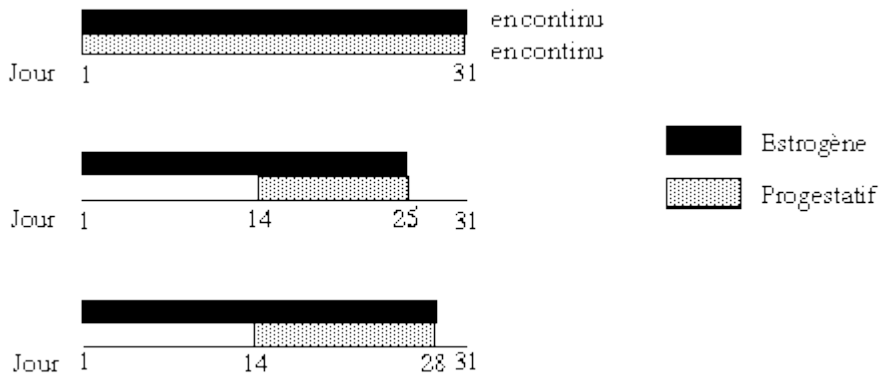
Progestérone per os	
Duphaston	10 mg
Estima Gé	100 / 200 mg
Progesteran	100 / 200 mg
Progesterone	100 mg
Utrogestan	100 /200 mg

Il existe une forme combinée : Femsept combi (œstradiol / levonorgestrel) patchs 50/10 µg/24h

3. Schémas d'administration

Il est nécessaire d'administrer les œstrogènes au moins 25 jours par mois, pour obtenir les effets escomptés. La progestérone doit être administrée au moins 12 jours par mois. Lorsque la patiente est hystérectomisée il n'est pas nécessaire d'adjoindre des progestatifs.

Il existe différents schémas d'administration :



Source du schéma : cours en ligne de l'université de la Pitié-Salpétrière (21)

Lors de la pré-ménopause symptomatique, il peut être prescrit un traitement de progestérone seule, agissant sur le déséquilibre relatif : par exemple du 15 au 25ème jour ou du 5 au 25ème jour du cycle, ou même en continu via un dispositif intra-utérin, stérilet délivrant des progestatifs, type Mirena. (22)

En cas de schéma avec pause, il peut exister une hémorragie de privation, simulant des règles.

4. Indications

Le traitement hormonal substitutif est indiqué en présence de troubles fonctionnels de la ménopause très gênants ou en présence d'un risque élevé d'ostéoporose et de fracture ostéoporotique, éventuellement après une mesure de la densité minéralo-osseuse ; dans ce cas, le THM est indiqué en 2ème intention s'il existe une intolérance ou contre-indication aux autres traitements de l'ostéoporose : Alendronate (FOSAMAX), Raloxifène (EVISTA, OPTUMA) ou Risédronate (ACTONEL).

En l'absence de trouble de la ménopause ou de risque d'ostéoporose, le THM ne doit pas être prescrit.

Avant toutes prescriptions, un interrogatoire suivi d'un examen clinique complet doit être effectué pour éliminer d'éventuelles contre-indications. D'autre part, la patiente fera l'objet du dépistage systématique du cancer du sein et du cancer du col utérin de façon rigoureuse. Après 3 à 6 mois de traitement, il est nécessaire de réévaluer la tolérance du traitement et les signes de surdosage ou de sous dosage.
Les dosages hormonaux n'ont pas leur place dans l'adaptation du traitement hormonal substitutif. Un examen clinique accompagné d'un bon interrogatoire, avec utilisation des échelles MRS par exemple, permet une bonne réévaluation.
Le surdosage en œstrogène se fait remarquer par une tension mammaire, un gonflement abdominal, une nervosité ou un caractère irritable.
Au contraire, le sous dosage s'exprime par une persistance des bouffées vasomotrices, une fatigue, des céphalées, une frilosité, un manque de tonus, des douleurs articulaires, des troubles urinaires ou par une sécheresse vaginale.
La réévaluation de la nécessité du traitement se fera de façon annuelle après un arrêt du traitement pendant 2 ou 3 semaines précédant la consultation. (22)

5. Contre-indications

Il existe des contre-indications formelles aux THM :

- Antécédent de cancer du sein,
- Antécédent de cancer de l'endomètre, ou hémorragie génitale non explorée,
- Accident thromboembolique artério-veineux de moins de 2 ans,
- Insuffisance hépatique.

Et il existe des contre-indications relatives, qui nécessitent une attention particulière, mais pour lesquelles une prescription reste possible en cas de balance bénéfice-risque favorable :

- Facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, hypertension artérielle, diabète, obésité)

- Migraines, épilepsies,
- Pathologies bénignes hormono-dépendantes (fibromes*, endométriose),
- Porphyries*, tumeurs hépatiques,
- Lupus érythémateux disséminé*,
- Asthme. (23)

6. Etudes et controverses

C'est aux Etats-Unis que les premiers œstrogènes sont prescrits dans le cadre de la ménopause vers le milieu du XXème siècle. En France, le premier THM est commercialisé en 1974, puis la prescription des THM se multiple par 6 en 20 ans, pour finir à 2 millions de femmes françaises traitées en 2002. (24)

En juillet 2002, deux études américaines, la WHI (*Women's Healt Initiative*) et la MWS (*Million Women Study*) publient leurs premiers résultats mettant en cause le rapport bénéfice-risque des THM, à la suite de l'observation d'un sur-risque thromboembolique et de cancer du sein. En conséquence, les prescriptions baissent de 35% dans un laps de 2 ans, et continuent de chuter depuis ces publications. (25) (26) (27) (28)

Les traitements hormonaux de la ménopause sont un sujet de controverse. En effet, certains spécialistes des THM remettent en cause les différences entre les populations étudiées dans les grandes études et celles traitées en pratique, en France ; et les différences entre les traitements utilisés au cours des études et ceux utilisées en pratique actuellement, par leurs compositions chimiques, la voie d'administration, leurs dosages, et leurs délais d'administration. (29) (Les détails des controverses concernant le THM sont disponibles en Annexe 3)

D'autres études sont parues depuis 2002 modérant les effets négatifs des THM. (Une liste des études concernant les THM et leurs effets est disponible en annexe 2.)

Plus tôt le traitement est administré, à l'apparition des signes de la ménopause, plus on observe une amélioration de la qualité de vie (30), ils sont protecteurs des fractures osseuses, et sont des protecteurs cardio-vasculaire (31) (32). Le mode d'administration actuel, par voie cutanée, n'augmente pas le risque thromboembolique contrairement à la voie per os. (19)

The Cochrane Library publie en janvier 2017, une revue de littérature dont il ressort que l'augmentation des préjudices est faible lors de l'utilisation à court terme d'une hormonothérapie à faible dose. (33)

Plus récemment en août 2019, est publié dans *The Lancet*, une méta-analyse dont les principaux résultats sont une association des THM et de l'augmentation du risque de cancer du sein avec la durée de traitement (34) (35). En réponse à cela, le GEMVI regrette qu'un nouvel article ne s'intéresse aux THM, qu'à travers le risque de cancer du sein, un risque qui est connu et non négligé par les médecins prescripteurs. Il déplore que ce type d'article occulte l'ensemble des bénéfices reconnus des THM. (36)

Après 2015 moins de 15% des femmes de 50 à 64 ans recevaient des THM, soit une baisse de plus de 75% des prescriptions par rapport à 2002. (37) Pourtant, il est observé une augmentation des cancers du sein en France, ainsi que dans toute l'Europe. (36)

L'HAS a donné en deux fois son avis : Le service médical rendu par les THM est important dès lors que les symptômes de la ménopause sont gênants pour la femme (38). Elle recommande un traitement aux doses les plus ajustées sur une période la plus courte possible. L'indication doit être réévaluée chaque année avec une surveillance clinique et paraclinique. (22)

E. Traitements hormonaux non substitutifs

La Tibolone (LIVIAL) est un stéroïde de synthèse à activité œstrogénique, progestative et androgénique. Elle a un effet positif sur les bouffées vasomotrices, les troubles thymiques, les troubles du sommeil et les céphalées, la libido et les sécheresses vaginales.
Posologie : 1 comprimé de 2,5mg par jour en continu, sans prise complémentaire de progestatif.
Ce traitement possède les mêmes contre-indications que les THM. En effet il est contre-indiqué en cas de cancer du sein, de l'ovaire et de l'endomètre, en cas d'antécédents de maladie thromboembolique (phlébite, maladie coronarienne, et AVC ischémique).
Ce traitement n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

F. Traitements non hormonaux de la ménopause

La beta-alanine (ABUFENE) est un acide aminé, il est le seul traitement à avoir l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour les bouffées vasomotrices de la ménopause. Il a une activité vasculaire provoquant une vasodilatation périphérique.
Posologie : 1 à 3 comprimé(s) par jour à prendre au cours des repas, pendant 5 à 10 jours, jusqu'à disparition des bouffées de chaleur. Ce médicament n'a pas de contre-indication, et a très peu d'effets indésirables.
Il n'est plus remboursé par l'assurance maladie.

La clonidine (CATAPRESSAN) est un agoniste central de la noradrénaline, utilisé le plus souvent pour traiter l'hypertension, il diminue les bouffées vasomotrices, mais n'a pas l'AMM dans cette indication. Les effets secondaires sont la bouche sèche et des risques de somnolence.

L'alphamethyl-dopa (ALDOMET) est un agoniste alpha-adrénergique, à action centrale, régulant le déséquilibre noradrénergique, ayant l'AMM pour le traitement de l'hypertension.

Comme la température ressentie lors des bouffées de chaleur est liées à une surcharge des récepteurs à la sérotonine de l'hypothalamus, Il est donc possible de traiter par des traitements inhibiteurs de la recapture de la sérotonine plus connus pour leur rôle antidépresseur :

Paroxétine (DEROXAT) 12,5 mg
Venlafaxine (EFFEXOR) à la dose de 37,5 mg par jour
Fluoxétine (PROZAC)
Citalopram (SEROPAM)

Leurs effets secondaires communs sont les troubles du sommeil, les vertiges, les céphalées, les troubles de la vision, et les troubles digestifs.

Véralipride (AGREAL) a un mécanisme antidopaminergique*, très efficace avec une quasi-disparition après 4 cures, les effets durent 1 à 3 mois après l'arrêt. Face à ces effets secondaires provoquant une hyperprolactinémie* avec galactorrhée*. Il a été retiré du marché en 2007.(3)

G. Phytothérapie et aromathérapie

La phytothérapie vient du grec « phyton », plante et « therapein », soigner ; il s'agit de l'usage des plantes dans un but thérapeutique.

1. Phytothérapie stricto sensu

En phytothérapie, au cours de la ménopause, on peut utiliser deux catégories de plantes : les plantes à phyto-œstrogènes et d'autres plantes ayant des propriétés intéressantes en cas de trouble de l'humeur et du sommeil.

Les phyto-œstrogènes ne sont pas considérés comme des médicaments mais comme une alternative naturelle à l'hormonothérapie substitutive de la ménopause.

Ces substances présentes naturellement dans certaines plantes ont une structure proche de celle du 17 béta-œstradiol. Les phyto-œstrogènes sont considérés comme des SERMs (S*election Estrogen Receptor Modulators*) naturels, exerçant tantôt une action agoniste ou antagoniste en fonction du tissu considéré.

Il existe quatre familles principales de phyto-œstrogènes :

- Les **isoflavones** contenus dans le soja et les légumineuses, le thé, le vin rouge, le trèfle rouge et la luzerne.
- Les **lignanes** contenus dans les céréales telles que le seigle, le riz, le sésame, le blé, l'orge, l'avoine, le maïs, ou encore dans les graines de lin, les noix, les cacahuètes, le café, le thé, les choux, la carotte, le fenouil, l'actée à grappes noires.
- Les **coumestanes** contenus dans la luzerne, le trèfle rouge, les pousses de soja.
- Les **stilbènes** contenus dans le raisin et le vin rouge.

La biodisponibilité des phyto-œstrogènes varie donc en fonction de la flore bactérienne intestinale, du régime alimentaire, du transit et des éventuels traitements modifiant le transit. On remarque que chez les populations asiatiques, grandes consommatrices de soja et de thé vert, les symptômes de la ménopause sont moins présents et que les fractures ostéoporotiques sont moins nombreuses. (9)

Les actions des phyto-œstrogènes sont difficilement avérées, les études sont contradictoires, mais il semblerait qu'ils fassent baisser le nombre et l'intensité des bouffées de chaleur, qu'ils augmentent la minéralisation osseuse et qu'ils aient un rôle préventif dans les maladies cardiovasculaires et du cancer du sein (39). D'après le GEMVI, le soja prescrit à la dose de 35 à 135 mg/jour aurait une efficacité de 40 à 50% sur les bouffées de chaleur. (11)

Les contre-indications sont définies surtout par principe de précaution : on ne conseillera pas de phyto-œstrogènes à une patiente avec antécédent personnel ou familial de cancer du sein ou de l'endomètre.

En France, les phyto-œstrogènes sont commercialisés sous forme de compléments alimentaires. Le statut de complément alimentaire est différent de celui du médicament, il ne nécessite pas d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), ni de contrôle de la qualité des produits proposés.

L'ANSES (Agence Nationale de SÉcurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) demande qu'apparaisse sur les aliments et compléments alimentaires contenant du soja, la dose d'isoflavone contenu et la mention *« limiter la consommation quotidienne à 1mg/kg de poids corporel »*. Les compléments alimentaires ne dépassent généralement pas 40mg d'isoflavones.

Exemples de plantes à phyto-œstrogènes :

Actée à grappes noires, *Cimicifuga racemosa*
Houblon, *Humulus lupulus*
Lin, *Linun usitatissimum*
Sauge officinale, *Salvia officinalis*
Soja, *Glycine soja*
Trèfle rouge, *Trigolium pratense*
Luzerne, *Medicago sativa*
Fénugrec, *Trigonella foenum-raecum*
Kudzu, *Pueraria lobata*,
Réglisse, *Glycyrrhiza glabra*

Plantes utilisables en péri-ménopause

Gattilier, *Vitex agnus-castus*
Alchémille vulgaire, *Alchemilla vulgaris*

Plantes utilisées en cas de troubles de l'humeur et du sommeil

Passiflore, *Passiflora incarnata*
Aubépine, *Craetaegus oxyacantha*
Ballote fétide, *Bollota nigra*
Mélisse, *Melissa officinalis*
Valériane, *Valeriana officinalis*
Eschscholtzia, *Eschscholtzia californica*
Kawa, *Piper methisticum*
Agripaume, *Leonurus cardiaca*
Aspérule odorante, *Galium odoratum*
Crocus ou safran, *Crocus staivum*

Ces plantes peuvent être prescrites sous forme de compléments alimentaires dont une liste non exhaustive est disponible dans l'annexe 4.

2. Aromathérapie

L'aromathérapie est une des branches de la phytothérapie dont le principe est l'usage des huiles essentielles. Les ventes d'huiles essentielles explosent depuis une dizaine année (40). Malgré l'engouement actuel pour les huiles essentielles, elles doivent être utilisées avec prudence : l'aspect naturel de ces

produits ne doit pas faire oublier leurs éventuelles toxicités. En effet, il s'agit d'extrait de plantes très concentré : Pour exemple, il faudra 100 kg de Sauge sclarée (*Salvia sclarea*, feuilles et sommités fleuries) pour obtenir 100g d'huiles essentielles de sauge. (41)

Dans le cadre de la ménopause, des huiles essentielles à activité hormonale sont parfois utilisées, mais il convient d'être précautionneux car beaucoup d'entre elles sont toxiques à haute dose, ou lors d'un usage prolongé, ce qui est souvent nécessaire au cours de la ménopause.

Exemple d'huiles essentielles utilisées dans le cadre de la ménopause :

- L'huile essentielle de sauge sclarée, *Salvia clarea* (sommités fleuries) (22)
- L'huile essentielle d'anis vert *Pimpinella anisum* (fruit) (42)
- L'huile essentielle de fenouil *Foeniculum vulgare* (fruit) (42)

Face aux éventuelles toxicités de ces huiles essentielles, on préfèrera la phytothérapie stricto sensu.

3. Base de données HEDRINE (Herbe Drug Interaction databasE)

La base de données HEDRINE a été créé en 2002 dans le but de fournir aux médecins et aux pharmaciens un outil scientifiquement validé. Il recense les études cliniques et les *cases reports*, afin de répondre aux questions concernant les interactions entre les plantes et les médicaments. En mars 2020, la base de données HEDRINE répertoriait 604 médicaments, 3741 interactions et 1206 études. (20,43)

Ces informations ont été intégrées dans la base de données HEDRINE, disponible aux professionnels de santé sur le portail Thériaque : http://www.theriaque.org/.

H. Homéopathie

L'homéopathie utilise comme base pour ses dilutions des teintures mères, macérât de plantes dans de l'alcool, permettant ainsi l'extraction des principes actifs de la plante. Dans le cas de la ménopause, elle peut être proposée avec des souches *de Belladonna, Lachesis mutus, Sepia Officinalis, Sulhpur* et *Sanguinaria.*

Rappelons les principes de l'homéopathie : crée en 1796, il s'agit de la médecine des semblables ; c'est-à-dire que pour soigner des symptômes, le principe actif délivré est censé reproduire ces mêmes symptômes. Ce principe actif est dilué de façon infinitésimale.

Pour exemple 9 CH correspond à 1/ 1 000 000 000 000 000 000 soit $10^{-18,}$, soit une goutte dans un lac de 200 km^2 de 50 mètres de profondeur.

Effectivement, à ce jour, aucun effet indésirable n'a pu être imputé à l'homéopathie.

Ne faisant pas partie de la pratique quotidienne d'un médecin généraliste, elle ne sera pas développée par la suite. Cette discipline est aujourd'hui controversée et en cours de déremboursement par la sécurité sociale, parce que l'intérêt clinique a été jugé insuffisant par la HAS. (44)

III. Historique et définitions sociales de la ménopause

A. Histoire de la ménopause en Occident

Dans l'Antiquité, en Occident, la médecine était régie par la théorie des humeurs, selon laquelle le corps était composé de quatre humeurs : la bile jaune, la bile noire, le sang et le phlegme. L'équilibre de ces quatre humeurs était donc vu comme responsable de l'état de santé des individus. Selon cette théorie, le sang évacué chaque mois lors des menstruations était le résultat de l'écoulement d'un trop-plein, ayant donc le rôle de purge. Lorsque les femmes cessaient d'avoir leurs règles c'est qu'elles devenaient trop faibles pour expulser le sang ; leur nombre était très faible car l'espérance moyenne de vie était alors d'une trentaine d'années. Selon les dogmes de l'époque, l'absence de purge du sang avait un effet dangereux, car elle provoquait un déséquilibre des humeurs, à savoir une « saute d'humeur » menaçante pour la santé. (45) (46)

Au XVIIIème siècle, le siècle des Lumières, la cessation des règles se nomme l'« âge critique ». Il est décrit comme un déséquilibre du corps, celui-ci devenant un terreau de pathologies multiples. L'espérance de vie moyenne augmente alors d'une dizaine d'années, soit une quarantaine d'années.

Vers le milieu du siècle, apparaît la notion de climatère. Ce seraient des moments de crise, communs aux deux sexes, qui apparaissent à 49 ou 63 ans, des âges multiples du chiffre 7. (46) (47) (48)

Le terme *menespausis*, de grec *mêniaia* signifiant menstrues et *pausis* signifiant cessation ou fin est employé par Charles de Gardanne en 1816, dans un ouvrage nommé *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Dans cet ouvrage, la ménopause est construite là encore comme l'origine de diverses pathologies. A cette époque, les croyances veulent que le sang qui ne s'évacue plus *« prend d'autres directions, et qu'il frappe en quelque sorte à toutes les portes pour trouver une issue et pour obtempérer à la loi impérieuse de la seconde nature. »* (47)

Le terme de ménopause apparaît pour la première fois dans le dictionnaire *Le Robert* en 1823. Dans un même temps, la biologie féminine émerge. Elle est considérée non comme l'opposé de l'homme mais une version moindre de la biologie masculine. (47)

Au XIXème siècle, la psychiatrie « s'en mêle » : la ménopause est vue comme un perturbateur de la psyché, comme le relate le Docteur Guimbail, dans *De la folie à la ménopause* : *« Nous pouvons donc affirmer avec les plus illustres parmi les aliénistes que la ménopause est une cause indubitable de folie. »* (49) (47) (50)

A cette époque, on considère que les effets de la ménopause dépendent du mode de vie : les femmes des villes sont plus susceptibles de souffrir de façon plus intense que les femmes des campagnes. Elles sont critiquées, considérées comme exposées aux vices de la ville avec des mœurs sexuelles relâchées,

la masturbation, l'éveil des désirs sexuels, l'excitation causée par les concerts, le théâtre, les jeux ou la danse. L'alimentation rentre en compte également : les femmes des villes mangent plus riche et plus épicé, elles consomment du thé, du tabac et de l'alcool. (47)

C'est au XXème siècle que la prise en charge de la ménopause est médicalisée, la théorie des hormones chassant la théorie des humeurs. Celle-ci est définie cette fois comme une défaillance hormonale. La dualité des sexes est alors évidente : les ovaires sécrètent les hormones « femelles » et les testicules sécrètent les hormones « mâles ». La ménopause est perçue comme un symptôme à traiter. C'est à ce moment qu'apparait le traitement hormonal substitutif, pour traiter une insuffisance hormonale, comme le sont les dysthyroïdies, ou encore le diabète. Elle est alors perçue comme une maladie, tandis qu'au XIXème siècle elle était la cause de maladie. (47) (51)

Dans les années 1940, apparaissent les première formes synthétiques d'œstrogènes, puis les œstrogènes extraits d'urine de juments gravides, ayant moins d'effets secondaires. Le gynécologue Robert Wilson en fait une pilule de jouvence, dans son ouvrage *Feminine Forever*. (52)

Entre 1960 et 1970, plus de 300 articles font la promotion des œstrogènes dans les magazines populaires. En 1975, aux Etats-Unis, les traitements hormonaux substitutifs deviennent le 5ème médicament le plus prescrit. En France, les prescriptions sont moins spectaculaires, mais commencent à croître à partir de 1980, dans le but de prévenir l'ostéoporose.

En 2002, à la suite de la publication des premiers résultats de l'étude WHI, comme décrit précédemment, les prescriptions reculent drastiquement. (47)

B. Anthropologie de la ménopause

Les représentations sociales ont un rôle central sur la perception par les femmes de leur propre ménopause. En effet, le vécu de la ménopause varie à travers le monde. (53)

Dans certaines contrées, la ménopause permet aux femmes d'accéder à un meilleur statut :
Chez les Indiennes et les Chinoises la ménopause déclenche un nouveau statut ; elles sont davantage appréciées et reconnues par la société.
En Nouvelle-Guinée chez les Baruyas, la disparition des règles permet aux femmes d'accéder à une liberté de parole et d'action qui n'est pas autorisée aux femmes menstruées ; le sang des règles étant perçu comme dangereux. (9) (47) (53)

A Terre-Neuve, au Mexique, chez les Mayas ou encore dans la culture traditionnelle japonaise, il n'y a pas de mot pour définir la cessation de l'activité ovarienne, la société est indifférente à l'égard de cette période. (47)

Dans certaines tribus d'Afrique, le statut des femmes ménopausées est bien moins glorieux : chez les Lobi, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, *« une femme ménopausée ce n'est plus vraiment une femme »* ; pour les Gisus, une femme ménopausée, qui de plus n'a pas fait d'enfant, perd toute sa valeur sociale et a pour unique avenir le suicide. Dans la culture des Samos, les femmes ménopausées sont suspectées de sorcellerie. Chez les Luos, avoir un rapport sexuel avec une femme ménopausée pourrait provoquer la mort. (9)

Dans les cultures occidentales, la ménopause est souvent vécue comme une expérience pénible et vue de façon péjorative.

Simone de Beauvoir, considérée comme un emblème du féminisme, disait d'une femme ménopausée, dans, son ouvrage paru en 1949, *Le deuxième sexe, « il lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie d'adulte. On ne lui a permis d'avoir prise sur le monde que par la médiation de l'homme : que deviendra-t-elle quand elle n'aura plus de prise sur lui ? »* (54)

En France, en 2020, les croyances actuelles ne sont plus à la sorcellerie, mais il persiste une vision parfois stigmatisée de la femme ménopausée qui est développée ci-dessous.

C. Ménopause sociale

1. Perception des menstruations

On ne peut traiter la cessation des règles sans aborder les règles elles-mêmes.

Dans la Bible, le flux menstruel était perçu comme un signe d'impureté, par exemple dans le Lévitique 15 : *« Quand une femme perd du sang parce qu'elle a ses règles, sa période d'impureté durera sept jours, quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir. »* (55)

Aujourd'hui encore, la pudeur est requise quant aux changes menstruels dans l'espace public, et parfois même dans l'espace privé. Il est assez récent que le flux menstruel soit représenté de couleur rouge dans les publicités. Tout un panel de produits destinés à l'hygiène du sexe féminin a été développé, par exemple des lingettes ou des déodorants génitaux. Les publicités des produits pour « rester fraîche du matin au soir », sous entendent qu'en l'absence de lingettes ou de déodorants intimes la femme deviendrait sale et nauséabonde. Ce genre de produits existent aussi pour les hommes, mais la publicité de ceux-ci reste très discrète ; cela traduit une tendance à voir le flux menstruel et plus largement le sexe féminin comme sale. (56) (57)

L'idée de purge reste perçue comme nécessaire à la bonne santé physique et morale. En effet lorsqu'on prescrit une pilule contraceptive, les femmes choisissent majoritairement un schéma permettant

d'avoir des hémorragies de privation mimant les règles, comme si cela était nécessaire à une bonne santé. (58)

2. Champ lexical de la ménopause

Dans ses travaux de doctorat, Cécile Charlap met en exergue le champ lexical des ouvrages médicaux permettant de définir la ménopause. Il s'agit de l'involution, de la déficience, de la dégénérescence, comparant le corps de la femme à un mécanisme déséquilibré.

Le vocabulaire de la déficience utilise, souvent, la métaphore de la chute pour décrite la fonction hormonale. Le registre de l'appauvrissement, de la dégradation sont également présents dans les ouvrages médicaux, assimilant la ménopause à un échec. La femme ménopausée est opposée au corps fécond, considéré comme norme de santé. (47)

L'approche médicale a sa part de responsabilité dans la vision négative de la ménopause. Le champ lexical est celui de la pathologie, il définit la ménopause comme « carence » ou « dérèglement hormonal » et y ajoutant donc une part anxiogène chez la patiente. (53)

3. Ménopause comme sujet d'humour

En société, la ménopause est souvent abordée par le biais de l'humour ou de l'injure. En général, il s'agit d'un tabou, d'un sujet gênant qui est abordé par le sens humoristique pour permettre de « dédramatiser » la question de la ménopause ou aussi par des paroles blessantes et moqueries. C.Charlap explique la triple expression de ces sarcasmes : en premier lieu, cela exprime les représentations sociales partagées, car la moquerie n'a pas besoin d'être expliquée pour être comprise par tous ; en deuxième lieu, cela exprime une position de supériorité de l'auteur du sarcasme par rapport à son interlocutrice ; et en dernier lieu, la réaction de la destinataire est signifiante : si elle réagit, c'est qu'elle partage le système de référence du locuteur. (47)

4. Ménopause comme une pathologie

La ménopause est décrite comme un problème de santé, alors qu'elle est l'évolution de la femme, s'accompagnant parfois de problèmes pathologiques. Dans les ouvrages médicaux ou encore sur certains sites sur l'Internet, la ménopause est classée comme la pathologie de la femme âgée. Il s'en suit l'énumération de toutes les conséquences inhérentes possibles. (47)

A contrario, lorsque la jeune femme a ses premières règles, cela est traité sur le versant de l'évolution.

Dans ses travaux, C.Charlap reproche l'homogénéité des situations, laissant penser que les conséquences sont inéluctables : *« En faisant des symptômes le prisme d'appréhension, ces discours en font l'essence même de la ménopause. Cette focalisation et cette accumulation actualise ce qui est de l'ordre de la potentialité : même si aucune femme n'expérimente toutes ces manifestations, le message transmis, assignant les femmes au biologique, est que potentiellement, elle le peut.* » (47)

Certains acteurs de la vie des femmes ont un rôle par leur représentation de la ménopause : les médecins, le ou la partenaire ainsi que les médias, comme nous allons le voir par la suite, vont ainsi influencer la manière dont les femmes vont vivre leur ménopause. (47)

5. Rôle des médias

La ménopause n'est pas l'unique mise en scène de l'image des femmes : les menstruations, la grossesse, la vie sexuelle, le travail du corps que ce soit par des régimes alimentaires, l'épilation, les techniques cosmétiques ou les activités sportives sont autant de sujets impactant la vie des femmes. Les médias ont un rôle central dans le relais du discours médical par l'intermédiaire de la presse, la radio, la publicité et la télévision. Ils présentent des grilles de lecture du monde biologique. (47)

Il existe une culture de la ménopause, constituée d'un ensemble de savoirs communs. Le moment et la source de l'acquisition du savoir reste souvent flou. Dans l'étude de C.Charlap, toutes les enquêtées partagent la même représentation d'un corps dont une fonction s'épuise. (47)

Encore récemment, dans *The Guardian* du 4 aout 2019, un article évoque une méthode chirurgicale pour retarder « l'échéance » ; comme s'il s'agissait d'un couperet. Cet article a été bien sûr relayé par d'autres médias couvrant un plus large public. Il faut noter qu'il s'agit d'une méthode invasive consistant à effectuer un prélèvement ovarien, identiques aux techniques utilisées lors de l'aide médicale à procréer. (59)

6. Vieillir dans la société

Dans l'univers imaginaire des enfants, l'archétype de la sorcière est une vieille femme, pauvre et isolée (9). Le physique de la femme est formaté par la société, la femme ne doit pas vieillir sous peine de perdre son identité de femme.

L'industrie cosmétique s'est emparé de cette image de la femme en développant d'innombrables crèmes, sérums, vitamines, suppléments naturels, alternatifs, médicaments et même la chirurgie dans le but de limiter l'aspect visible du vieillissement (51). Les modifications corporelles, au cours de la

ménopause, sont parfois difficiles à supporter dans une société vantant la jeunesse en glorifiant la beauté et la minceur. (53)

La cinquantaine, pour une femme dans la société occidentale, correspond bien souvent à une période de transition. Le foyer se modifie, les enfants quittent le domicile, laissant alors le couple en face à face. C'est aussi la période où les enfants commencent à introduire leurs compagnons dans la famille pouvant provoquer une sensation d'inutilité pour la mère. Parallèlement, les propres parents de la femme peuvent entrer dans l'âge de la dépendance, accentuant l'image du vieillissement. (51)

Les femmes peuvent aussi dans cette même période être confrontées, au niveau professionnel, à des risques de licenciement, à la suite de l'arrivée de collègues plus jeunes et plus compétitifs. La société actuelle recherche la performance et impose un rendement et une efficacité de plus en plus exigeante. (53)

Dans ses travaux, C.Charlap conclue que le vieillissement est construit comme *« une affection morale, une pathologie sociale intrinsèquement liée au fait qu'il affecte plus les femmes que les hommes »* (47)

7. Commentaires sur le physique de la femme

Lorsque l'on s'intéresse à la presse grand public, ce qui représente une des facettes de notre société voici le genre de commentaires que l'on peut trouver.

En janvier 2019, l'écrivain Yann Moix, alors âgé de 50 ans, lors d'une interview dans le magazine *Marie Claire* explique être incapable d'aimer une femme de 50 ans, car ces femmes sont pour lui invisibles. Il leur préfère les femmes jeunes, car *« un corps de femme de 25 ans, c'est extraordinaire »*. (60)

À la suite de cet article ayant fait polémique, le Professeur Bernard Andrieu répond au site d'information Suisse, *Le Temps* : *« L'idéal de la femme jeune, avant la maternité, traverse la société depuis toujours, déjà dans la Grèce antique. Dans la société actuelle, il y a ce qu'il appelle une « nubilisation », nubile définissant les femmes d'âge pubertaire, que ce soit dans la pornographie allant jusqu'à la publicité ; les réseaux sociaux regorgent de photos de jeunes femmes reproduisant ce schéma « j'existe en tant que sujet puisque je rentre moi-même dans le standard. » »* (61) D'autre part, il appuie sur la tendance prégnante du souhait de rester jeune à tout prix en travaillant son apparence, au motif que les corps qui ont vécu sont rendus invisibles. (61)

Le physique de la femme subit le jugement de la société. Les médias proposent de nombreuses solutions, pour permettre aux femmes d'atteindre un physique qui sera accepté par la société.

Déjà en 1968, R.Wilson dans ***Feminine Forever*** faisait une description très dégradante de la femme ménopausée : *« Après la ménopause […], les seins commencent à se flétrir et à pendre. Une fois qu'ils ne sont plus alimentés par ces deux hormones nourricières, ils deviennent ridés et flasques. Souvent la peau des seins s'épaissit et se couvre de squames. La poitrine perd de sa sensibilité érotique […]. Seule la thérapie par l'œstrogène peut prévenir le déclin prématuré de cet éminent symbole de la féminité. »* (52)

Dans notre société, il existe également des différences de perception, selon le milieu social. Chez les femmes de classe moyenne et supérieure, les stigmates de la ménopause sont à cacher, tandis que dans les milieux populaires, les symptômes sont plus facilement acceptés. (47)

Dans les sociétés musulmanes traditionnelles, les femmes « ayant dépassé l'âge de la séduction » ne sont plus dans l'obligation de se voiler, grâce au désintéressement des hommes vis-à-vis de leur corps. (62)

Heureusement, ces paradigmes sont en cours d'évolution grâce notamment à des mouvements progressistes qui combattent cette vision dégradante de la femme et de son vieillissement.

8. Fin de la fertilité

C.Charlap définit la ménopause sociale vers 40 ans, norme après laquelle il est mal-vu de faire des enfants ; même si toujours physiologiquement fertiles, les femmes deviennent socialement stériles. (47)
Il est vrai que les grossesses après 40 ans sont qualifiées de grossesses tardives, et la PMA (Procréation Médicalement Assistée), en France, n'est possible que jusqu'au 43ème anniversaire de la mère, posant ainsi un âge limite de procréation. (63)

Dans l'inconscient collectif, l'essence même de la féminité est le pouvoir de procréer (51). M. Lachowsky et al. s'interrogent sur le fait que les femmes ne sentent pas de « vraies femmes » tant qu'elles n'ont pas enfanté, à une époque où les femmes se sont battues pour obtenir le droit de vote, le droit à la contraception et l'IVG, et se battent encore pour obtenir une équité homme/femme dans le milieu professionnel. (51)

Lorsque l'on scrute la presse people, qui se trouve être une vitrine des rapports sociaux, les femmes ayant des grossesses tardives sont montrées du doigt. En effet, le magazine *Marie Claire*, en aout 2019, titre « Grossesse tardive : les stars enceintes après 40 ans » en listant ces femmes qui sont hors de cette norme socialement établie, et en appuyant sur les dangers dues à ces grossesses. (64)
Les normes d'âge pour devenir parents sont asymétriques en fonction du sexe : Monica Bellucci est décriée dans le magazine *Gala*, en avril 2019, dans l'article titré : « Monica Bellucci : un deuxième

bébé à 45 ans ». Cet article liste les potentiels risques qu'elle encoure comme une dette due au dépassement de l'âge requis pour procréer. En revanche, lorsque Vincent Cassel devient père à 52 ans, avec sa nouvelle compagne de 21 ans, les magazines s'extasient sur le côté sexy de ce couple, et ne citent l'âge avancé du père qu'à la fin de l'article sans aucun autre commentaire. (65)

La fertilité n'est pas perçue de la même manière selon le sexe : chez les hommes, une infertilité sera vécue comme une sorte d'impuissance, tandis que pour les femmes, elle revêtira la forme d'une perte d'identité en tant que femme. (47)

La femme se résume alors à des taux biologiques et à la fertilité ; ces schémas ancrés rendent le vieillissement des femmes plus pénible que celui des hommes.

9. Ménopause et sexualité

La sexualité des plus de 65 ans est un tabou, malgré la médiatisation autour du sexe aujourd'hui. La principale raison est la gêne et la peur que la demande soit déplacée. (13)

Pourtant, on remarque une augmentation des couples recomposés après l'âge de 60 ans, ce qui est accompagné par une demande croissante d'une vie sexuelle satisfaisante. (13)

P.Bondil, médecin chirurgien urologue oncologue sexologue, décrit trois mythes sur le vieillissement sexuel :

Le premier mythe : *« la sexualité s'arrête avec l'âge et c'est très bien ainsi »* ; la réalité est que pour les représentations sociales contemporaines, la sexualité semble être réservée aux individus jeunes et beaux, classant les personnes âgées comme étant « ni attirantes, ni désirables ». C'est le concept du sexuellement correct, rendant la sexualité des personnes âgées comme une chose inopportune, honteuse, voire perverse. Pourtant, selon les statistiques, près de la moitié des français a encore au moins un rapport sexuel par semaine après l'âge de 70 ans (13).

Le second mythe : Le vieillissement biologique altérerait la sexualité chez tous les individus avec une grande différence selon le sexe. Des études sur la sexualité des séniors montrent que celle-ci est extrêmement variée d'un individu à l'autre, quel qu'en soit le sexe. La réaction sexuelle décline progressivement pour les deux sexes. Les croyances populaires veulent que la ménopause soit responsable de la baisse de la sexualité d'un couple, omettant la capacité érectile de l'homme élément influant sur la vie sexuelle du couple. (13) L'étude Colson de 2005 montre que 92% des femmes ont une attitude positive et apaisante face aux troubles de l'érection du partenaire et que seulement 1/3 des hommes adaptent leur comportement à la sexualité de leur partenaire. Dans la plupart cas, les hommes ont donc une attitude inadaptée à la situation, favorisant l'évitement, l'entêtement ou encore le renoncement. (66)

Le troisième mythe : Le vieillissement sexuel ne peut pas être évité. Il est important de rappeler aux personnes âgées que leur sexualité ne sera pas identique à celle qu'ils ont pu connaître plus jeunes, et que les changements ne sont pas pathologiques. (13)

Pour clôturer cette première partie, nous citons la préface de Joël Ménard de *Femmes, médecins et ménopause*, ou il aborde la ménopause comme *« un exemple particulièrement démonstratif des difficultés de la pratique d'une médecine fondée sur des preuves, à propos d'un état de santé propre à la moitié du genre humain pendant maintenant près de la moitié de la vie. Cet exemple nous apprend la prudence dans d'édiction des bonnes pratiques médicales, l'humilité face aux territoires inconnus que chaque progrès scientifique nous ouvre, et la nécessité des faire des recherches sur la communication des conseils en santé. »*

La seconde partie présentera l'étude descriptive analytique dont l'objectif principal est d'analyser le ressenti des femmes lors de leur ménopause et dont l'objectif secondaire est d'évaluer la prise en charge en médecine générale des femmes ménopausées.

DEUXIEME PARTIE



Ceci est un nuage de mots composé avec les mots les plus employés par les femmes de l'étude, lors de la question : « Si vous aviez une définition à me donner pour la ménopause, quelle serait-elle ? »

I. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit une étude descriptive qualitative. La méthode qualitative a été choisie pour permettre une analyse des ressentis des femmes, le ressenti étant une donnée non quantifiable.

B. Population étudiée

La population étudiée est composée de femmes ménopausées depuis au maximum quinze ans. Les femmes ont été recrutées par des professionnels de santé, médecins généralistes et une ostéopathe de la région rouennaise puis par la méthode « boule de neige ». L'échantillonnage en « boule de neige » est une technique non probabiliste dans laquelle les premiers enquêtés recrutent de futurs enquêtés parmi leurs connaissances.

C. Recueil de données

Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés. Il y a eu 15 entretiens, entre janvier 2020 et octobre 2020, avec une grande période d'arrêt lors de la première vague de pandémie COVID-19. La saturation des données* a été obtenue au douzième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour s'assurer de l'absence de nouvel élément.

Les entretiens ont été réalisés soit dans le cabinet dans lequel j'effectuais un remplacement, soit chez l'enquêtée, soit à mon domicile, en fonction du choix de l'interrogée. Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 70 minutes, avec une durée moyenne de 39 minutes.

Un guide d'entretien avait été élaboré au début du recueil et amélioré au fil de l'étude (Annexe 5). Le questionnaire est composé de trois parties. La première partie recueille les caractéristiques de l'enquêtée : l'année de naissance, l'activité professionnelle, le lieu d'habitation, la situation familiale, les antécédents, les traitements en cours. Une seconde partie aborde les manifestations de la ménopause, se basant sur la *Menopause Rating Scale* (Annexe 6) et sur les thérapeutiques utilisées pour répondre aux symptômes. La troisième partie est consacrée à la communication autour de la ménopause, et aux représentations de cette période.

D. Analyse des données

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de la patiente à l'aide d'un smartphone puis retranscrit. Les trois premiers entretiens ont été doublement codés*, puis face à la concordance du codage, il a été poursuivi de façon unique. Le logiciel Nvivo® a été utilisé pour faciliter le codage des verbatims*.

E. Protection des données

Pour la réalisation de cette étude, la déléguée de la protection des données de l'université de Rouen a été consultée afin d'établir une fiche d'informations et de consentement. Cette fiche était présentée à l'enquêtée au début de chaque entretien et signée par celle-ci.

Ce formulaire expose le but de la recherche, le mode de réalisation de l'entretien, les traitements des données et rappelle le droit de rétractation. (Annexe 7)

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois l'entretien retranscrit. La retranscription écrite a été conservée sur un support informatique sécurisé.

II. Résultats

A. Caractéristique de la population

1. Ages

La moyenne d'âge des enquêtées est de 53.5 ans allant de 48 ans pour la plus jeune et 70 ans pour la plus âgée. L'âge médian est de 57 ans.

L'âge de survenue de la ménopause chez les femmes sondées est de 50.1 ans en moyenne, allant de 45 à 58 ans avec une médiane à 50 ans.

Le temps écoulé entre le début de la ménopause et l'entretien est en moyenne de 6.7 ans, avec un minimum d'un an et un maximum de 15 ans. La durée médiane est de 6 ans.

2. Activité professionnelle

Les femmes ont été interrogées sur leurs activités professionnelles actuelles ou anciennes. Une femme retraitée et une autre en cours de cessation d'activité, ont été classées selon leurs anciennes activités professionnelles.

Le classement est réalisé selon la dernière nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics (67) :

Catégorie	Effectif
Cat. 1 – Agriculteurs exploitants	0
Cat. 2 – Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	0
Cat. 3 – Cadres et professions intellectuelles supérieures	7
Cat. 4 – Professions intermédiaires	3
Cat. 5 – Employés	5
Cat. 6 – Ouvriers	0
Total	15

3. Lieu d'habitation

Le lieu d'habitation de la majorité des enquêtées est urbain pour treize d'entre elles et rural pour deux seulement.

4. Situation familiale

Dans notre échantillon, 60% (9/15) des femmes sont en couple et 40% (6/15) célibataires.

Seulement une femme n'a pas eu d'enfant.

Les enfants ont quitté le domicile parental dans environ neuf des cas.

5. Antécédents

Sur la population étudiée, une seule des femmes n'a déclaré aucun antécédent.

Cinq enquêtées ont rapporté un antécédent cardiovasculaire (33.3%) :
- Hypertension artérielle (HTA) : 4
- Tachycardie sinusale et insuffisance veineuse : 1

Quatre femmes ont un antécédent neurovasculaire (26.7%)
- Accident vasculaire cérébral transitoire : 3 (dont une ayant présenté également deux épisodes d'ictus amnésiques.)
- Migraine : 1

Deux femmes présentent une dysthyroïdie (13.3%)

Deux femmes ont présenté des épisodes dépressifs.
Quatre femmes présentent des antécédents gynécologiques :
- Adénomyose : 1
- Nodules mammaire non cancéreux : 2
- Kystes ovariens : 1

Une femme présente des infections urinaires chroniques.

Une femme a rapporté un antécédent oncologique guéri.

Sur le plan chirurgical, cinq des enquêtées ont subi des interventions de chirurgie viscérale (cholécystectomie, appendicectomie, cancer du côlon et ablation de kystes ovariens). Trois femmes ont été opérées dans le cadre de lésions orthopédiques. Une opération des tympans a été rapportée.

6. Traitements

40% (6/15) des femmes interrogées ne prennent aucun traitement au quotidien. Quatre prennent un traitement anti-hypertenseur, deux prennent un somnifère, deux sont traitées par antidépresseurs et deux prennent du Levothyrox. Une femme prend un bétabloquant et des toniques veineux.

7. Contraception antérieure

Avant la ménopause, le moyen de contraception le plus répandue dans notre échantillon était le stérilet dans 40% (6/15) des cas. La pilule microprogestative était utilisée par quatre femmes interrogées. Des implants Essure® étaient présents chez deux femmes, mais l'une d'entre elles devait prendre une contraception microdosée en complément à la suite d'une adénomyose* .Deux patientes interrogées n'avaient aucun moyen de contraception, en l'absence de partenaire sexuel. Et deux patientes n'ont pas renseigné leur moyen de contraception antérieur à la ménopause.

B. Symptomatologie de la ménopause

1. Mode de découverte

Le diagnostic de la ménopause était principalement évoqué lors de la constatation de l'arrêt des règles, sans examen particulier. Mais il y a une part non négligeable de femmes, 7 femmes sur 15 (46.6%) qui ont eu recours à des examens complémentaires : prises de sang pour 6 d'entre elles, et pour une, à l'échographie pelvienne.

Pour cinq des enquêtées (33.3%), les règles sont devenues irrégulières avant leur arrêt définitif, ce qui était difficile pour ces femmes :

« Chaotique » F7

« Anarchique » F15

Pour deux d'entre elles, les saignements étaient plus abondants et ont motivé une consultation pour une des femmes :

« J'étais très étonnée parce que j'avais des saignements qui se rapprochaient, je comprenais pas très bien ce qu'il se passait, je suis allée voir ma généraliste. » F12

2. Bouffées de chaleur et transpiration

Dans notre échantillon, quatorze femmes (93.3%) avaient souffert, ou souffrent encore de bouffées de chaleur. Seule une femme m'a expliqué en avoir eu seulement deux ou trois fois, au cours de la ménopause.

La durée de la crise est d'estimation variable en fonction des femmes allant de 2-3 secondes, à 4-5 minutes.

Parmi les femmes ayant expérimenté les bouffées de chaleur, deux n'en ressentaient que le jour, trois que la nuit et pour huit d'entre elles, cela pouvait être jour et nuit.

Les femmes ont décrit des troubles du sommeil induits par les bouffées de chaleurs :

« La nuit ça réveille en fait, on a chaud, donc on enlève la couette, et pis ça dure, je sais pas moi, pas longtemps, une minute, pis après on a froid, donc on remet la couette (rire), donc c'est très pénible, parce qu'en fait on dort très mal. » F7

« C'était la bouffée de chaleur, tout d'un coup je me réveillais parce que j'étais moite et je me rendais compte que ma chemise de nuit était trempée, que les draps étaient trempés, que le... le drap du dessous était trempé et que c'était bon très inconfortable (...) voilà, la nuit c'était très gênant, quand tout d'un coup j'étais en nage et qu'il fallait me changer et qu'éventuellement que je change les draps, parce que c'était inconfortable mais voilà. » F12

En journée, les femmes décrivent leur inconfort plutôt vis-à-vis des rapports sociaux :

« Ça m'est arrivé au théâtre, pleins de fois, au théâtre alors que je suis avec mes lunettes, mes lunettes se couvrent de buée y'a pleins de petites gouttes et mon partenaire en face de moi si je suis en train de jouer avec quelqu'un, ben c'est pas très marrant ... » F5

« C'était parce que professionnellement, je ne pouvais pas... ça se voyait. Et donc c'était là que c'était gênant. Enfin pour moi c'était gênant, donc si c'était avec des gens que je connaissais c'était pas gênant, ça faisait sourire tout le monde, tout le monde savait ce qu'il se passait (rire), mais si c'était avec des gens par exemple dans un entretien qui ne me connaissaient pas, moi j'étais gênée parce "Qu'est-ce que les gens vont penser de ce qui m'arrive ?" Voilà, parce que c'est vraiment comme si on piquait un fard, on devient rouge écarlate. » F14

« Les bouffées de chaleur c'est vraiment perturbant quoi. T'es en train de travailler, de parler à un collègue et d'un seul coup pouf. (rires) » F4

Certaines ressentaient une extrême fatigue :

« Une grande montée de fatigue, ça dure que quelques secondes, ça dure très très peu, c'est fugace, mais quand ça arrive on se sent, han [aspiré] complétement, enfin moi c'était comme ça que je ressentais les choses : j'étais complétement à plat. Une grande fatigue, comme si j'avais monté je sais pas, 10 étages en courant quoi. » F6

Chez plusieurs femmes, il était décrit que le départ de la bouffée de chaleur se situe au niveau du thorax :

« C'était voilà, une sensation d'oppression, que j'ai toujours, une sensation d'oppression dans la cage thoracique, beaucoup la nuit en fait, la journée bon… » F10

« J'ai l'impression que ça part comme du plexus et pouah ça monte très fort, partout vers le haut, vers le bas, je sens que j'ai une très forte montée de chaleur, et puis c'est un peu angoissant les quelques secondes quand ça m'arrive, je m'aperçois que la nuit, je me réveille je me sens mal, je sens d'abord quelque chose d'un peu bizarre et la bouffée chaleur apparaît ensuite » F5

L'étalement dans le temps des bouffées de chaleur allait de 1 an à 11 ans, et parfois toujours présentes lors de l'entretien. Mais la durée moyenne était d'environ 4 ans.

3. Manifestations cardiaques

Sur notre échantillon, six femmes (40%) ont présenté des manifestations cardiaques au cours de la ménopause, à type de palpitations pour cinq d'entre elle, et à type de tachycardie pour la dernière, traitée par bétabloquant. Une des femmes ayant eu des palpitations avait eu recours à l'acupuncture et à l'homéopathie pour ces symptômes.

Mais la gêne occasionnée par ces symptômes ne parait pas centrale pour les femmes.

« J'avais l'impression d'avoir des serrements et des battements anormaux, mais c'était juste une sensation… liée à la ménopause je ne sais pas » F4

« Un peu de palpitations le jour à certains moments » F13

4. Troubles du sommeil

Des troubles du sommeil sont présents chez toutes les femmes sauf une. La plupart décrivent des troubles du sommeil apparus avec la ménopause et les bouffées de chaleur nocturnes. Trois des femmes présentant des troubles du sommeil, datent leurs difficultés antérieures à la ménopause.

« Alors je ne sais plus, si j'ai des soucis de sommeil parce que, pour des raison X ou alors si c'est .... Mais ça fait plusieurs fois que je remarque que je me réveille, je sens quelque chose, je me sens pas bien et pouf elle monte la bouffée de chaleur, donc bon je me dis que c'est peut-être ça aussi qui fait ça altère mon sommeil, parce que j'ai pas un bon sommeil pour d'autres raisons, mais euh » F5

« Beaucoup de réveils, donc euh beaucoup de fatigue aussi dans la journée, du coup, parce qu'à force de jouer avec la couette, bah on dort mal. » F7

« Ben mon sommeil était perturbé parce que du coup ça me réveillé quoi, du coup j'étais trempé et il fallait que je fasse le nécessaire, mais bon voilà c'est tout. » F12

« C'est vraiment les réveils épisodiques dans la nuit qui font que le matin je peux me réveiller fatiguée, pas reposée, voilà c'est compliqué des fois à gérer les nuits. Les nuits ne se ressemblent pas voilà. » F15

5. Troubles de l'humeur

Dix des femmes interrogées (66.7%) présentent des troubles de l'humeur depuis la ménopause.

Sept enquêtées (46.7%) ont rapporté une humeur plus triste qu'auparavant, l'une d'entre elles présentait déjà une tristesse avant la ménopause, qui s'est accentuée lors de sa survenue.

« Oui, ça beaucoup plus triste, je me posais même des questions, parce que c'est pas trop dans ma nature, je suis plutôt d'humeur un peu changeante mais pas trop déprimée. » F4

« Triste euh oui, c'est possible (...) mais un peu moins de courage oui, ça c'est vrai effectivement un peu de baisse de... moral, ça arrive. » F15

« Oui ça m'a rendue triste, quelque chose est fini quoi » F10

Huit des femmes (53.3%) se sentaient plus irritables, ou s'étaient vu qualifiées de la sorte par des proches.

« C'est à dire que... plus agressive quoi, moins douce qu'avant. (...) C'est plutôt le manque de patience que j'ai, c'est tous mes petits défauts qui deviennent un peu plus aiguisés, impatience, être tout de

suite, euh au lieu de tourner 7 fois ma langue dans ma bouche, très spontanée, euh blessante, irritable, même des fois, agressive, quand quelqu'un m'énerve, je peux pas supporter. » F9

« J'étais un peu plus irritable » F4

« Je suis fatiguée, je suis peut-être moins disponible, moins patiente, c'est ce qu'on me renvoie un peu. » F10

« Bah irritable, triste sans raison, oui l'irritabilité, très émotive, comme ça très fort, et j'en étais consciente j'avais l'impression d'avoir 15 ans. » F14

Seulement trois femmes (20%) ont eu plus d'angoisses après l'arrivée de la ménopause.

6. Fatigue physique et mentale

La majorité des enquêtées, 11 sur les 15 (73.3%), avaient ressenti plus de fatigue, qu'elle soit physique ou mentale :

« Plus fatiguée, oui, à cause des troubles du sommeil, je pense quand même c'était oui, plus. Alors après je sais pas le lien qu'il y a entre la ménopause, et le fait de vieillir tout simplement, de se sentir plus fatigué en vieillissant c'est sûr que... quand on est plus jeune. » F14

« Donc c'était plus une fatigue physique ça me tombait d'un coup, vraiment c'est un truc que j'avais pas l'habitude d'avoir (rires) et pendant mes règles habituellement, j'étais fatiguée comme tout le monde mais c'était pas aussi brutal que ça, ça m'a fait peur la première fois. » F4

Cette fatigue a pu avoir des répercussions sur la sphère du travail :

« Intellectuellement oui, parce qu'on a du mal à se concentrer dans la journée, bah pour assurer mon travail, pour lire, alors quand je commençais à lire, ben je piquais du nez quoi hein, j'avais un coup de barre dans la journée. Pendant 3 ans ouais, ouais c'était compliqué à gérer pour la journée » F9

« Disons que je ne pouvais pas me surajouter de la fatigue, donc arrêter la ménopause ça c'était juste pas possible, par contre travailler moins ça c'était possible » F13

« C'est gênant, en plus avec le métier qu'on fait, on est beaucoup plus performant avec l'âge, on est plus chevronnés, on acquière de la … voilà, de l'expérience, et voilà qu'il y a quelque chose, là qui vient freiner. Alors on compense par l'expérience, on compense avec d'autres choses, mais on a plus la même capacité. La mémoire aussi voilà, la mémoire qui fout le camp, ça c'est quand même un vrai deuil à faire aussi. » F10

Cette dernière femme a bien décrit l'apparition de troubles de la mémoire :

« Et c'est plutôt au niveau cognitif que peut être là il y a des choses qui sont assez nettes. Je me disperse, je me concentre moins bien, j'ai des trous de mémoires en plus (…) Mais oui, oui, oui il y a quand même une concentration moins fiable, et surtout les petits trous de mémoire, je retrouve plus un nom, je retrouve plus mon mot, ça c'est hyper-angoissant, hyper-angoissant et pénible. » F10

7. Troubles de la sexualité

Quand nous avons abordé la sexualité, six des femmes interrogées (40%) m'ont expliqué avoir une libido épanouie, même parfois plus qu'auparavant, du fait de l'absence de règles.

Pour les neuf femmes qui ont trouvé que leur sexualité s'était modifiée, cinq d'entre elles (33.3%) présentent des douleurs lors des rapports sexuels, ce qui modifie leurs désirs :

« Des rapports qui sont, qui devraient pas l'être, qui sont douloureux, et que c'était une expérience un petit peu, même complètement nouvelle pour moi, parce que j'avais jamais connu ça. » F14

« Moins de confort. Voilà, dans l'intimité, moins de confort. Plutôt des rapports sexuels plus douloureux que ce que je connaissais en fait, ça, ça a commencé à venir, ça c'est pas très agréable. » F13

« C'est douloureux, j'ai pas très envie, je voyais bien avant… au moment de... » F10

Les femmes ont avancé comme arguments que le désir est moins présent du fait qu'elles soient avec leur compagnon depuis de nombreuses années. Elles ne définissent pas cela comme un manque mais plutôt comme une modification :

« Bah c'est pas le même désir qu'il y a ... qu'au début que quand on est jeune, (rire) mais le désir est quand même toujours là même s'il est moins... euh comment dire, moins fréquent. (…) ça a changé mais bon euh, c'est bien de... comment, d'avoir une relation sexuelle quand on le souhaite voilà, et c'est ça qui est important et que ça se passe bien et que ce soit satisfaisant. Bon voilà c'est ça qui est important, après que ce soit moins... peut-être moins de désir, mais bon le désir est quand même toujours là, ça ne nous pose pas de problème. » F5

« Comme on est ensemble depuis plusieurs décennies, en fait, on a vu notre relation se modifier et sans que ça pose problème. » F13

« Un désir moins important, mais bon en même temps vous m'avez demandé ma situation mais, euh du coup ça fait plus de 30 ans que je suis avec mon mari. » F11

« Mon mari dit que j'ai moins d'appétit, que j'ai pas de libido, c'est peut-être pas faux je sais pas (…) Après qu'est-ce qu'il y a à mettre sur l'usure d'un couple où c'est plus de 35 ans qu'on vit ensemble ça peut pas être pareil qu'au début. » F6

L'une des femmes voit cela plutôt comme une adaptation :

« Il faudrait quand même pouvoir renouer avec une vie sexuelle peut être moins intense, différente en tout cas. Ça, ça ne dérange ni mon mari ni moi qu'elle soit un peu différente. (…) en tout cas une sexualité qui se réinvente autrement, j'ai envie de dire. » F10

8. Manifestation génitale

Sur les femmes interrogées, neuf (60%) n'avaient aucun problème au niveau urinaire. Six d'entre elles présentaient des symptômes, soit incontinence, soit sensation de besoin croissant d'uriner, soit des infections urinaires à répétitions.

Lors du questionnement à propos d'une éventuelle sécheresse vaginale, seulement cinq femmes (33.3%) m'ont dit présenter ce symptôme. Une femme a présenté au contraire des sécrétions vaginales plus abondante notamment lors des rapports sexuels :

« On parle toujours de sécheresse vaginale, quand on est ménopausée, alors moi c'est tout l'inverse, mais ça c'était déjà légèrement avant que je sois ménopausée... euh j'ai eu plus de sécrétions, vraiment beaucoup plus. » F8

9. Douleurs

Sur notre échantillon, cinq femmes (33.3%) ont présenté davantage de douleurs articulaires ou musculaires par rapport à l'état antérieur à la ménopause :

« Je me suis dit "oh la la c'est bizarre, mes articulations, je me sens pas au top" (…) c'est pour ça que je me suis dit tiens je vais me renseigner de ce que c'est quand même la ménopause parce que… (rires) comment ça fonctionne"... » F3

« Enfin j'essaie de faire attention de faire du sport, mais je sens bien que j'ai une fonte musculaire importante donc euh... ça c'est très pénible. » F14

« J'ai une perte musculaire, enfin plein de trucs, plein de choses qui sont douloureuses. » F10

10. Modification de la peau et des phanères

Les femmes interrogées ont observé des changements au niveau de leur peau :

« C'est inhérent à l'avancée dans l'âge c'est normal que la peau elle perde de sa fermeté. » F6

« Je le ressens aussi niveau, au niveau de la peau voilà. En fait je vois un réel changement physique au niveau de la peau qui se distend un peu plus, des choses comme ça, c'est vraiment... des taches de vieillesse qui apparaissent, ça, ça fait un an... euh voilà c'est vraiment lié à ça je pense. » F15

« La peau était devenue comment après la ménopause ?
- euh bouffie, flétrie, ridée » F9

Un des enquêtée a trouvé un bénéfice à ces changements cutanés :

« Moi j'ai trouvé un effet positif de la ménopause : c'est parce que j'avais la peau très grasse avec de l'acné, maintenant j'ai beaucoup moins la peau grasse et ça c'est formidable (rires). » F4

Les femmes ont trouvé également des modifications au niveau de la pilosité :

« J'ai perdu mes cheveux, je perds mes sourcils » F10

« C'est qu'on a plus de poils par exemple, de moustache » F5

11. Modification du poids

Pratiquement la moitié des femmes interrogées (46.7%) ont eu une prise de poids majorée après la ménopause.

« La prise de poids alors ça ! Moi j'ai pris... alors c'est pareil j'ai toujours eu des problèmes de poids, c'est à dire je suis toujours passée à 5kg de trop, 5kg en moins, mais là euh... je sens que si je fais pas attention je vais devenir une boule quoi, je sens que là j'ai pratiquement 10kg à perdre. (…) En fait j'ai pris du poids j'ai pris de la ceinture abdominale, de la poitrine aussi (…) Faut que je fasse 2 fois plus attention si non j'ai tendance à... je sens que je vais prendre du poids » F3

« Ben c'est vrai que j'ai gonflé, euh... j'ai beaucoup beaucoup gonflé au niveau du ventre, j'ai dû prendre euh… 20 kilo depuis que j'ai 50 ans » F9

« J'ai des gonflements, j'ai pris 5 kg et c'est que de l'eau, parce que je sens que je peux plus mettre mes bagues... et je sens que j'ai un peu gonflé de partout alors j'étais très mince, donc euh. » F8

C. Traitements de la ménopause

1. Traitements hormonaux substitutifs

- Retour des femmes traitées

Sur notre échantillon, seulement deux femmes (13.3%) avaient expérimenté les traitements hormonaux substitutifs. La première l'a pris pendant un an, de façon irrégulière et avait fini par l'arrêter car elle le jugeait inefficace. La seconde l'avait pris pendant 3 mois, mais a dû l'arrêter à cause d'un effet indésirable important. Elle a présenté une hémorragie sur un endomètre hypertrophique, ce qui représente une contre-indication.

- Raison du refus des traitements hormonaux substitutifs

Sur les patientes qui se sont exprimées à propos de leur refus des traitements hormonaux substitutifs, quatre femmes ont avancé des arguments de contre-indication faisant suite à des antécédents personnels ou familiaux. L'une d'entre elles explique que si elle n'avait pas présenté de contre-indication, peut-être l'aurait-elle pris :

« Si ça avait été possible vous auriez aimé le prendre ?
- Oui, parce que c'est toujours mieux que de ne pas en avoir. Boarf alors je pense que c'est un pis-aller quand je dis euh "je fais avec" c'est parce que j'ai pas le choix de tout façon, donc euh, si j'avais pu le prendre peut être que je l'aurais pris pour m'éviter ça quand même. » F5

Quatre femmes ont expliqué qu'elles préféraient que leur ménopause se déroule de façon naturelle, notamment car elles ne souffraient pas de symptômes très gênants.

« J'avais pas envie de suivre un traitement, j'avais envie de laisser le corps réagir, faire naturellement, j'avais pas de problèmes particuliers de douleurs dans les articulations, des choses comme ça. » F11

« Je n'ai pas voulu prendre voilà parce que ça détraque plus le corps à mon sens qu'autre chose. Et euh j'ai envie que ça se fasse naturellement et voilà, je pense que le corps d'une femme est ... c'est la nature, il faut laisser la nature faire. » F15

Six des femmes enquêtées (40%) ont rapporté des inquiétudes face aux risques encourus lors de la prise de THM :

« C'est réputé un peu dangereux, après bon, il y a peut-être aussi des fausses idées qui circulent là-dessus hein, c'est vrai qu'il y a pas mal de maladies qui sont mises sur le dos des traitements hormonaux de substitution. Et après je sais pas si c'est pas un peu exagéré, sur ce qui se dit là-dessus. Et je pense qu'il y a différentes expériences, il y a des mauvaises, il y a des bonnes et bon, faut faire le tri dans tout ça. Mais moi j'ai pas tellement envie de prendre ça. » F8

« J'ai pas voulu le prendre, compte tenu des risques de cancer. » F7

« J'ai refusé parce que d'abord ça me fait peur, parce que j'ai entendu et lu et écouté pleins de choses sur ce traitement » F10

« Les traitements hormonaux et tout ça... oui y'a eu des... 'fin certaines personnes n'ont pas supporté ou y'a eu des effets secondaires, des développements d'autres maladies orphelines, des choses comme ça. (...) Je fais de moins en moins confiance aux institutions médicales. Parce que j'ai l'impression qu'il y a un lobby financier qui parasite tout. 'fin moi j'ai l'impression qu'on se préoccupe plus des profits à vendre certains médicaments que du bien-être et de la santé de la population. » F9

« Ben je sais que c'est pas très bon quand même y'a des, probablement des incidences sur les cancers du sein, que les traitement hormonaux substitutifs, donc ça me donne pas trop envie. » F4

Une femme s'est exprimée sur son appréhension d'une éventuelle prise de poids avec ces traitements :

« C'est des hormones et ça peut faire grossir plus que ce que je suis déjà, et j'ai peur des effets secondaires en fait. Pas forcément, des cancers ou autres, mais les effets secondaires sur le physique, j'ai peur que ça fasse plus de mal qu'autre chose. Parce que quand je prenais la pilule ça avait tendance à me faire grossir, je l'ai pas prise longtemps, alors je me dis un traitement hormonal de substitution ça peut faire la même chose peut être que ça va me faire grossir, comme la pilule m'avait fait grossir. » F8

2. Autres traitements

- Phytothérapie

Sur notre échantillon, dix femmes (66.7%) ont eu recours à la phytothérapie. Huit d'entre elles avaient recours à des compléments alimentaires à base de plantes. Une femme prenait des infusions de sauge, et une autre buvait du jus d'orties.

Dans les compléments alimentaires utilisés, les femmes ne se souvenaient pas toutes de ce qu'elles avaient pris. Les compléments alimentaires cités sont :
Canoslim élimination® : thé vert, artichaut et orthosiphon, dans un but d'élimination de rétention hydro-sodée.
Capital Féminité® : Soja, Sauge, Houblon, Lavande et cocktail de vitamines.
FEM50+ GEM® : jeunes pousses d'airelles et de ronces, bourgeons d'aubépine et de pommier, teinture mère de sauge et huile essentielle de carotte.
Feminabiane Méno'Confort® : Griffonia, bambou, actée à grappe noire et cocktail de vitamines.

Parmi toutes ces femmes utilisant les plantes, sept y ont trouvé un bénéfice, trois n'ont perçu aucun changement. Celles qui n'ont pas perçu de changements n'avaient plus le souvenir de ce qu'elles avaient pris.

Une des patientes m'a évoqué le fait que la sensation de bien-être était peut-être partiellement obtenue par le fait de s'intéresser à son propre ressenti :

« J'ai l'impression, un mieux-être en tout cas, puis après je sais pas si c'est le fait de me préoccuper de mon bien être fait que ce mieux être est arrivé » F9

Dans un unique cas, le complément alimentaire a été pris sur les conseils d'un médecin gynécologue. Pour deux femmes, le conseil a été délivré par un pharmacien. La plupart des femmes ont été conseillées par des amies, des collègues ou bien ont pris des informations directement sur des sites internet.

- Traitements locaux

Quatre femmes (26.7%) ont eu recours à des traitements locaux, sur conseils de leur gynécologue. Une seule a rapporté une efficacité. Les autres m'ont expliqué ne pas l'utiliser de façon fréquente car elles trouvent ce procédé contraignant.

- Autres

Une femme a reçu un traitement par Abufène sur les conseils de son gynécologue, elle n'y a pas trouvé de bénéfice, et l'a donc arrêté.

Une femme a eu recours à l'acupuncture et à l'homéopathie pour des palpitations, et y a trouvé une bonne efficacité.

- Absence de traitements

Trois femmes interrogées n'utilisaient aucun traitement oral ou local, car elles n'ont pas observé de désagréments suffisamment importants pour introduire un traitement.

D. Communication autour la ménopause

1. Approche avec les professionnels de santé

Sur les 15 femmes interrogées, 12 (80%) ont abordé le sujet de la ménopause avec leur médecin gynécologue, contre seulement trois avec leurs médecins généralistes.

Une des femmes n'ayant pas abordé la ménopause avec son médecin généraliste : *« ah oui ils s'en f****** les généralistes, c'est pas leur préoccupation. »* F9

Les femmes avaient dans l'idée d'attendre la consultation avec le gynécologue pour parler des évènements liés à la ménopause.

Seules deux femmes ont eu un retour négatif lors de leurs échanges avec les professionnels de santé à propos de la ménopause :

« Ça c'est extrêmement difficile à évoquer avec le médecin, extrêmement difficile, bon je suis psychologue, psychothérapeute, j'ai été en analyse, je suis quelqu'un qui parle facilement des choses, en tout cas avec ce médecin en particulier, je me suis jamais sentie très entendue, je lui ai dit quand même que j'avais des difficultés enfin… la période d'assèchement vaginale, c'est très vite balayé, c'est pas très écouté, c'est hypertechnique. Pfiou, y'a vraiment des progrès énormes à faire de ce point de vue. » F10

2. Abord avec les proches

- Collègues

La ménopause est un sujet que les femmes abordent assez facilement au travail avec des collègues, principalement féminines. C'est un sujet qu'elles abordent souvent au second degré. Sur notre échantillon 9 femmes (60%) ont rapporté des échanges avec des collègues.

- Amies

La majorité des femmes ont rapporté aborder la ménopause avec leurs amies ou copines, plus souvent qu'avec leurs amis masculins.

« Moi je sais que ça a été très important les échanges avec les amies voilà, c'est une forme d'accompagnement, c'est informel, c'est vrai ça c'est super important après c'est vrai y'a des femmes pour qui c'est plus compliqué. » F11

- Compagne ou compagnon

Dans notre échantillon, 11 femmes (73.3%) abordaient facilement la ménopause avec leur compagne ou compagnon. Une ne l'abordait pas du tout avec son compagnon, et deux n'avaient pas de partenaire à cette période.

Globalement les échanges étaient positifs, le sujet était le plus souvent abordé du point de vue des symptômes ne s'étendant pas en profondeur sur les perceptions et le ressenti. Les femmes avançaient ne pas vouloir ennuyer leur partenaire avec ces sujets-là.

« J'en ai parlé avec lui oui, mais de la ménopause, enfin pas des représentations quoi, 'fin ce que ça pouvait impliquer aussi dans les rapports sexuels ça oui, on en a parlé un peu. » F11

« Non, non, non franchement, je pense que ça l'intéressait pas de trop, et pis euh, j'avais pas trop... c'est pas parce qu'on est un couple qu'on doit tout partager non plus, il y a des choses qui sont de mon domaine et puis euh... si je lui ai dit que elle m'avait retiré le stérilet parce que il y avait plus nécessité de le garder, qu'elle m'avait dit que j'étais ménopausée c'est tout, mais après on s'est pas étendu là-dessus quoi. » F6

« C'était plutôt quelqu'un de très rassurant si je lui en parlais, il allait m'écouter et me dire " bon bah ça va passer, ça et ça et ça... pis voilà" mais c'est pas quelqu'un qui était capable de me rassurer avec tendresse. » F12

« Oui, oui, on en a parlé mais plus sur un plan médical » F14

« Bon il m'écoute hein, mais bon, il va pas me conseiller, il va pas forcément avoir d'empathie (rire) d'ailleurs il y a pas à avoir d'empathie, parce que c'est pas une souffrance mais euh... bon lui c'est un homme quoi, il a une oreille d'homme. » F8

D’autres femmes l’ont abordé plus longuement avec leur compagnon :

« Ah bah oui, ça on peut parler de tout, donc euh oui c'est pas un problème, on se parle beaucoup, on communique beaucoup » F5

« Vous lui en aviez parlé ?
- Oui, quand même, oui, oui, c'est ... et moi j'ai un mari très respectueux, en fait, voilà. Donc on va s'adapter tous les deux à ça. » F13

- Famille

La ménopause a été abordée avec les enfants chez six des femmes interrogées (40%), huit ne l’ont jamais abordée avec eux, et une femme n’a pas d’enfants.
Pour celles ayant abordé le sujet avec leurs enfants, il s’agit d’une approche symptomatique. Le manque d’intérêt que cela représente pour les enfants est la raison pour laquelle elles ne l’évoquaient pas ou très peu.

Le sujet pouvait être abordé avec la mère, les sœurs et parfois les frères chez neuf des femmes interrogées, mais il ne s’agit pas là des premiers interlocuteurs.

3. Aborder davantage

Lors des entretiens, les femmes avaient des interrogations concernant la ménopause dans seulement cinq cas sur quinze (33.3%), et elles avaient su trouver les réponses à leurs questionnements, auprès de leur proches, dans les médias, ou dans seulement deux cas auprès d’un médecin.

L’avis des femmes tendait vers le fait que la ménopause pourrait être plus largement abordée, mais qu’il fallait que ce soit fait avec parcimonie :

*« Bah je me dis que tant qu'on en souffre pas, quelques part, on peut pas dire, si le médecin il aurait dû, après c'est quand la douleur qui arrive, quand les gens sont en difficulté que là on se dit m**** si le médecin m'avait prévenu que j'allais avoir tel, tel, tel truc peut-être risque, ou que... (...) Je pense que c'est bien... 'fin c'est bien d'en parler, puis en même temps c'est à double tranchant, parce que si vous en parlez alors la patiente elle vous demande pas, et que vous commencez à lui mettre des choses dans la tête, du genre « ben vous savez la ménopause, du coup ça peut vous rendre » ... bah voilà, ça peut vous faire ci. Bah là c'est bon, vous avez tous les symptômes qui vous tombent dessus, 'fin, c'est vraiment au cas par cas aussi ça dépend de la personne que vous avez en face. »* F3

« En fait on parle beaucoup des choses qui sont graves, et un petit peu trop tard, on parle beaucoup du cancer du sein (...) On pourrait faire des campagnes d'informations sur les différents aspects de la vie d'une femme (...) donc je sais pas peut être que c'est bien effectivement de... ce serait bien d'informer plus, pour euh... et dédramatiser, mais non plus ne pas taire effectivement les désagréments, enfin je trouve qu'on a peut-être tendance à minorer ces désagréments. » F14

« Je trouve que ce sont des moments ou trop idéalisés ou diabolisés et je pense que c'est important d'en parler (…) Je pense que ça pourrait être beaucoup mieux accompagné que ça, parce que non c'est pas un moment facile, c'est pas pour ça qu'il faut minimiser, enfin idéaliser ni diaboliser. On est dans un entre deux qui est pas facile à exprimer avec des interlocuteurs médecins en particulier, parce qu'il y a pas le temps. » F10

« Après d'avoir plus de considération pour ce que les femmes peuvent vivre, je crois que c'est important » F12

« On pourrait plus en parler en envoyant des messages comme quoi, on peut s'adapter, on peut faire face à cette période-là de vie, aussi. Voilà, d'avoir moins de peur peut-être. » F13

Une des femmes a abordé la parité Homme-Femme face à cette période :

« Peut-être que les femmes vivraient mieux si on parlait aussi plus de l'andropause masculine et qu'on soit plus dans une parité par rapport à ça. Que ce soit pas juste abordé du versant féminin quoi. Je pense que les deux feraient que... pas que ça banaliserait mais je pense que ça pourrait être mieux vécu dans un couple, si les deux se sentaient concernés chacun à leur place par des phénomènes liés au vieillissement. » F6

E. Savoir commun de la ménopause

Les femmes arrivent à l'âge de la ménopause avec des connaissances sur cette période, s'agissant de croyances ou d'éléments prouvés.

1. Symptômes

- Age de survenue de la ménopause

Les femmes interrogées ont la connaissance que l'âge de la ménopause est en lien avec l'âge de la ménopause de leur mère. Mais globalement, elles évaluent la survenue de leur ménopause prématurée par rapport à ce qu'elles attendaient :

« 49 ans c'est tôt » F10

« J'avais quoi, 50 ans, je crois. Bon, pour moi, c'était beaucoup plus tard que ça arriverait » F2

« Moi j'ai été réglée très tard aussi, donc je me disais donc euh réglée très tard, je vais avoir la ménopause très tard, bah pas du tout » F7

- Bouffées de chaleur

Toutes les participantes à l'enquête avaient des connaissances concernant les bouffées de chaleur avant l'arrivée de leur ménopause. Aucune ne s'est inquiétée de l'arrivée de ce symptôme.

- Prise de poids

La prise de poids avec la ménopause est une notion que nous avons retrouvé dans l'imaginaire de toutes les femmes :

« C'est vrai que c'était une crainte ou en tout cas, voilà c'étaient les représentations que j'avais, qu'on prenait du poids, qu'on s'épaississait un peu. » F11

« Ce qui m'angoissait (…) après la ménopause c'était de prendre énormément de poids. » F2

- Sexualité

Trois femmes seulement ont abordé les idées qu'elles avaient sur la sexualité après la ménopause :

« C'est compliqué de parler de ça parce qu'on met quand même beaucoup l'accent, sur "bah non, ça se passe dans la tête, ça se passe ... il faut, il faut entretenir le désir " » F10

*« Je sais que ça va arriver, le désert... le désert sexuel, la libido qui se casse la g*****, tout ça... bref. »* F3

« C'est comme si c'était le couperet quoi, enfin mes amies quand elles m'en parlent c'est "c'est fini la vie quoi" c'est "ah bah oui c'est mort, bah plus d'activité sexuelle, bah on drague plus" » F9

- Troubles de l'humeur

Les femmes s'attendaient à avoir des changements de leur personnalité :

« Ce qu'on entend sur la ménopause c'est pas glorieux quoi, c'est que je sais pas, on devient acariâtre, de mauvaise humeur, des bouffées de chaleur, on dort mal, enfin bref que des mauvaises nouvelles quoi. » F6

« J'ai lu quelque part qu'après la ménopause les femmes étaient un peu plus agressives. » F4

2. Idées générales sur le vécu

Les femmes m'ont exprimé les significations qu'elles donnaient à la ménopause.

- Cycle de vie

L'image du cycle de la vie a été employée par de nombreuses femmes, plaçant la ménopause comme une étape de ce cycle, quittant ainsi sa place de femme fertile :

« C'est l'avancée dans la vie, c'est le temps qui passe vite (…) C'est dans les cycles de la vie, c'est ça c'est l'image de la femme ménopausée. » F3

« C'est des étapes de la vie. » F11

« C'est le cycle de la vie quoi » F9

« C'est un cap à passer dans la vie d'une femme. » F8

- Acceptation, normalité

Chez les femmes interrogées, la normalité de la situation a été mise en avant, avec un souhait d'un déroulement naturel :

« Je me suis dit que la nature est faite de telle façon que normalement on doit, ben on doit surmonter les choses et se confronter à la réalité. » F9

« *J'ai considéré ça, c'est tout, c'est la nature, c'est normal, et je vais pas voilà. »* F12

Elles évoquent d'autre part, l'idée que la ménopause est mieux vécue si elle est acceptée :

« J'ai baigné beaucoup dans une espèce de culture africaine où on positive tout, donc ça aide beaucoup. Alors que j'ai des amies qui sont de culture française, occidentale et je trouve que là effectivement, y'a tout de suite l'angoisse. » F9

« Moi je lutte pas trop en fait, vous voyez, je lutte quand ça vaut le coup de lutter, mais quand ça vaut pas le coup de lutter je ne lutte pas. Donc oui ça fait partie de la vie. » F13

« Voilà c'est comme le vent qui vient vers vous, vous essayez pas de vous battre contre le vent mais de l'utiliser pour mieux traverser avec le vent quoi. » F9

Elles décrivent cette acceptation, comme une volonté psychologique :

« Voilà quoi, si tu te mets ça dans la tête, si on le vit mal automatiquement, derrière il va pas se passer des bonnes choses quoi. » F3

« Après moi forcément, je me suis un peu culpabilisée, je me suis dit c'est moi qui me fais tout un truc là-dessus. » F10

- Féminité

Une femme avait entendu que sa féminité serait amoindrie par l'arrivée de la ménopause :

« Enfin quand on dit que ça donne un coup au moral, qu'on est plus vraiment très femme, enfin, des choses comme ça. (…)
- On vous avait dit que vous vous sentiriez moins femme ?
- Oui voilà, qui nous manquerait quelque chose » F2

- Variabilité

La plupart des femmes ont souligné le fait que le ressenti, qu'il soit physique ou psychique, est variable d'une femme à l'autre, ce que nous observons aussi au fil des entretiens :

« Ouai ça dépend un peu de la constitution de chacun aussi, et puis on vit pas les choses de la même façon hein » F8

« C'est vrai ça c'est super important après c'est vrai y'a des femmes pour qui c'est plus compliqué » F11

- Hygiène de vie

Lors des entretiens, les femmes m'ont fait part des mesures d'hygiène de vie qu'elles ont mis en place dans le but de mieux répondre à cette période :

« Alors j'ai fait très attention au niveau de l'alimentation (…) J'essaie de faire attention à mon hygiène de vie, je ne fume pas, je bois très peu voilà. (…) Je m'accroche encore à une discipline de vie de jeune. » F10

« Oui on peut faire reculer, je pense de par l'hygiène de vie, de par justement toutes ces plantes, qu'on peut prendre au quotidien, on peut faire reculer l'âge de la ménopause. » F3

« Bon après je fais des trucs naturels pour m'entretenir aussi, je prends un jus de citron le matin, je me fais des massages du visage tous les matins, massage chinois là je sais pas si vous connaissez Dien Chan, je fais des trucs ayurvédiques pour essayer de m'entretenir un maximum, je fais des bains dérivatifs, je sais pas si vous connaissez. Donc je pense que ça limite aussi, peut-être la catastrophe. Mais les femmes qui font pas tout ça, peut-être qu'elles vivent la ménopause moins bien, encore moins bien quoi. » F8

3. Sources d'informations de la ménopause

Quand nous abordions l'origine de ces connaissances, la plupart des femmes ne savaient pas trop préciser leurs sources d'informations exactes.

La lecture, qu'elle soit dans des livres, des revues ou des magazines, était citée par six femmes.
Les recherches sur Internet étaient évoquées par cinq femmes.
Deux femmes ont rapporté avoir vu des émissions sur France 5, et écouté des émissions sur France Inter.
Deux femmes ont indiqué s'être informées auprès de leur médecin.
Dans la majorité des cas, pour onze des femmes interrogées (73.3%), l'apprentissage des connaissances sur la ménopause se faisait dans des discussions avec des proches ou des collègues.

F. Vécu de la ménopause

1. Cessation des menstruations

- Bonne nouvelle

Toutes les femmes interrogées ont décrit la cessation des menstruations comme une nouvelle liberté :

« soulagement » F15

« libération » F12

« délivrance » F9.

Il ressort que les menstruations sont vécues par ces femmes comme une contrainte, plusieurs évoquent les problèmes d'organisation que cela leur demandait lors de déplacement. Elles évoquent aussi les désagréments qui accompagnaient la période prémenstruelle, notamment des douleurs.

Une seule des femmes interrogées présente un regret face à l'arrêt de ses règles :
« Moi je sais pas, faut que je m'habitue qu'à un moment donné je vais plus les avoir quoi. (…) donc moi j'adore mes règles, 'fin c'est fou hein ! » F3
Cette femme explique que pour elle, les règles permettaient de réaliser une sorte de vidange mensuelle, mais elle exprimait d'autre part une satisfaction de la disparition des menstruations.

Dans la plupart des cas, l'arrêt des cycles menstruels n'était pas perçu comme un problème mais plutôt comme une simplification : *« Ben je vous avoue que ça m'a facilité la vie de ce côté-là. »* F1

- Fin de la fertilité

Toutes les femmes sondées n'avaient plus de désir de grossesse à la survenue de leur ménopause. Mais la fin de la fertilité a été évoquée et décrite comme une perte. Il ne s'agit pas de désir de grossesse, mais la fin d'une période :

« Ne plus avoir de règles, ça réveille aussi tellement de choses concernant la maternité, concernant notre propre finitude ça peut être compliqué. » F5

« Le désir d'avoir des enfants s'arrête, c'était raisonnable. Là y'avait quelque chose qui dépassait le fait d'être raisonnable, c'est-à-dire que dans la réalité, je ne pouvais plus avoir d'enfant et ça, ça a été quelque chose de difficile. (…) Et quelque chose, on passe un cap, on passe de l'autre côté, voilà je n'étais plus une jeune femme, je n'étais plus en capacité de procréer, de décider de procréer ou pas c'était un autre problème, mais je ne pouvais plus... » F10

La fin de la fertilité semble laisser place à une nouvelle ère :

« Dans mon rôle de femme fertile, c'était plus vraiment une préoccupation quoi, bon y'a un âge pour tout. Et que je pense aussi que la fertilité que c'est pas le seul aspect de la vie d'une femme. Après la recherche de plaisir c'est peut-être maintenant que ça va peut-être plus se développer » F12

« Je vis pleins d'autres choses qui me nourrissent et qui font que je ne mise pas tout sur les enfants. J'ai une vie personnelle, une vie de femme, une vie intellectuelle, une vie sociale, une vie culturelle, une vie euh.... voilà qui me nourrit. » F5

2. Accueil de la ménopause

- Qualificatifs

Dans les différents discours des femmes interrogées, les symptômes de la ménopause sont qualifiés par le champs lexical de l'inconfort *:*

« Désagréable » F5

« Effets indésirables » F1

« Tous les petits désagréments » F3

« Un inconfort mais pas quelque chose de débilitant » E12

- Accueil difficile de la ménopause

Six des femmes interrogées (40%) ont évalué la ménopause comme une période vécue avec difficulté :

« J'ai mis du temps à assimiler la nouvelle (…) Il y a eu un petit temps d'adaptabilité. Pour digérer l'information (…) c'est pas non plus une super nouvelle quoi. » F6

« Mais c'est quand même pas une période simple à vivre. » F10

« On s'imagine pas ce que c'est tant qu'on y est pas passé » F4

L'une des femmes a vécu cette période comme une transition lui rappelant son adolescence :

« Ce qui a été très étrange, très impressionnant même je dirais, c'était cette sensation de revenir à l'adolescence (…) ça renvoyait au mauvais côté de l'adolescence finalement. Justement les premières règles, le sentiment d'étrangeté de son corps. C'était ça un sentiment d'étrangeté. » F14

- Non-évènement

Pour les autres enquêtées, 60%, l'arrivée de la ménopause était plutôt vue comme un non-évènement :

« Je l'ai pas vécu douloureusement (…) J'ai pas trouvé ça épouvantable » F12

« Je l'ai vécu dans la bonne humeur quoi. » F5

« Non ça m'a pas traumatisée plus que ça » F2

« En fait c'était pas terrible à vivre comme période » F13

On notera que le lexique est tout de même très orienté vers difficulté. Ces femmes semblaient s'attendre à quelque chose de difficile à vivre.

3. Expérimentation du rapport social de la ménopause

- Place au sein de la famille

Il est ressorti au cours des entretiens, qu'il semble exister une limite d'âge « raisonnable » pour être mère, entre 40 et 45 ans, malgré la poursuite des règles pendant encore quelques années :

« J'hésitais je me disais, bon 40 ans je vais pas refaire un enfant. » F14

« Pour moi c'était une évidence que je ne ferais pas d'enfant après 40 ans. » F10

Le départ des enfants du domicile a été évoqué par plusieurs femmes, elles ne relient pas la difficulté de ce moment avec la ménopause. Il n'y a pas de liens de cause à effet entre la ménopause et le chagrin d'une séparation, mais manifestement, les deux événements sont concomitants :

« Ça correspondait aussi à un moment où bah la famille s'éclatait quoi (…) Voilà c'est quand même dans la vie d'une femme, d'une mère, bah c'est quand même une étape importante. » F11

« Pour moi c'était deux choses complètement différentes. Si ça a été difficile c'était parce qu'il y avait la séparation, mais rien à voir avec la ménopause. » F5

Trois des femmes sondées ont exprimé une appréhension à devenir grand-mère :

« J'ai pas envie d'être grand-mère, alors que je pourrais bientôt l'être, mais alors ça c'est quelque chose qui me fait peur encore. » F10

« J'ai pas envie qu'on m'appelle mamie, grand-mère, tout ça quoi. » F3

Une enquêtée a exprimé le reflet du vieillissement de ses propres parents :

« Ma mère est âgée et il faut plus s'occuper d'elle, c'est peut-être plus ça qui fait que quand on voit ses parents avancer dans le grand âge on se prend un coup de vieux aussi. » F4

- Images de femme vieillissante

Par la ménopause, les femmes expriment leur impression d'accéder à un statut de « vieille », avec la menace des maladies ou encore l'impression de ne plus être attractive vis-à-vis de la société :

« Toute l'étiquette qui est collée sur cette période-là pour les femmes, c'est comme si on devenait vieille d'un coup, qu'on était plus bonne à rien, 'fin tout un tas de chimères comme ça qui entourent cette période-là. » F6

« C'est à dire qu'on a l'impression que les femmes n'intéressent la société que quand elles font des enfants en clair. Parce qu'elles se reproduisent, parce qu'elles portent les enfants, qu'elles accouchent etc. » F14

« Ce qui est vexant, c'est pas la ménopause, c'est d'être mis dans une case et euh donc d'être mise dans une case plus de vieille, je ressens plus ça comme ça : quand on est ménopausée, on fait plus partie des vieilles » F4

Les femmes sont confrontées à l'image de jeunes femmes, et s'y comparent. Elles observent les changements physiquement qui s'opèrent chez elles :

« C'est une horreur parce que qui dit 50 ans dit vieillissement, vieillissement de la peau. » F3

« C'est vrai je préférerai être jeune, bien, svelte, et tout avec une superbe plastique, mais voilà je l'accepte, mon côté mémèrisation ça me fait un peu rigoler. (...) Enfin on vit dans une société d'apparence, où l'image est déterminante (...) il y a une certaine dictature quand même de la plastique. » F9

« On se voit pas tous les jours, on se regarde dans la glace, on se voit pas en fait. Mais là je me dis là il y a quand même du temps de passé. Et les jeunes gens sont beaux. » F10

Certaines femmes m'ont exprimé un sentiment d'inégalité vis-à-vis des hommes.

« Les femmes qui avancent dans l'âge (...) on est plutôt malmenées, par rapport à l'homme... » F3

« Ce que ça a pu générer, c'est peut-être un sentiment de colère, de révolte, de ras-le-bol, "C'est toujours les femmes qui sont enquiquinées." » F14

- Humour et regard d'autrui

La ménopause est source d'humour de plus ou moins bon goût. La moitié des femmes interrogées m'ont expliqué avoir connaissance de ces blagues mais aucune ne se sentait ciblée directement. Et si elles entendent cet humour, elles le tolèrent :

« Après il a les hommes qui rigolent de la ménopause mais bon voilà, moi j'aime pas les blagues sexistes et les blagues à deux balles sur la ménopause et les femmes et la sexualité, ça me dérange, parce que nous on fait pas des blagues sur leur manque de capacité arrivé à un certain âge. Si tout le monde faisait ça. (…) Enfin on est toujours stigmatisées en fait voilà. » F12

*« J'entendais l'autre jour à la radio un syndicaliste qui parlait de quelqu'un qui avait insulté une collègue de s***** ménopausée »* F4

« Alors peut-être que je suis pas très exposée aux blagues lourdes et euh... vous voyez, mais si c'est le cas, je me dis "bah c'est son humour" voilà c'est tout. 'fin j'en fais pas un truc. J'ai pas cet humour là mais c'est pas grave quoi, tout le monde a le droit de vivre hein. (rire) » F13

L'humour est utilisé par les femmes elles-mêmes dans un but de légèreté :

« Avec l'humour, avec la dédramatisation ça aide quand même parce que c'est pas une période facile (…) Mais c'est quand même pas une période simple à vivre. » F10

« Je vais en parler mais plutôt sur un mode humoristique, je vais plutôt faire ça, en fait c'est pas tabou comme sujet. Enfin je ne pense pas que ce soit tabou, mais on va en parler en riant en fait, vous voyez. » F13

Un tiers des femmes sondées se sont vu gratifiées de réflexions quant à leur état de femmes ménopausées, notamment par leurs propres enfants :

« De toute façon maman t'es ménopausée, de toute façon c'est pour ça que t'es de mauvais poil » F10

« A la maison, des fois, quand je suis de mauvais poils ou autre, on me dit "Oh la la depuis que t'es ménopausée..." c'est de la provocation, c'est pas... ils disent pas ça comme si c'était un truc scientifique quoi, ils disent ça pour se moquer, pour me pousser dans mes retranchements. Enfin moi je le prends comme ça en tout cas. » F6

D’autres ont exprimé un ressenti plus péjoratif vis-à-vis du regard des autres :

« On est happé par la pression sociale, par le regard des autres, parce qu'on existe avec le regard des autres, et puis on fait partie d'un groupe et c'est vrai que si on adopte pas la même conduite que ce groupe là on est plus ou moins laissé sur le côté quoi. » F9

« Je me sens vieille depuis que j’ai 50 ans dans le regard des autres » F4

« J’ai un peu ressenti quand même que je faisais partie des vieux peut être qu’on avait moins envie de m’écouter (rires) » F4

Une femme s’est exprimée sur l’indélicatesse qu’elle a ressentie lorsqu’on a abordé avec elle la ménopause en dehors du cercle médical :

« Mais ce genre de questions que j'ai pu entendre "est ce que t'es ménopausée ?" c'est un peu quelque chose, de l'intimité, de son corps, et que la question elle tombe comme ça. Je parle pas dans le milieu médical, mais voilà. Et je me dis, un peu comme la question quand on a 30 ans "Vous avez pas d'enfants ? » Ben qu'est-ce que ça te regarde ? Vous voyez, je trouve que c'est parfois, je suis un peu étonnée sur le côté, presque dire de banalisation en fait, vous voyez comme si c'est "banal" la ménopause. Je crois pas que ce soit banal, en fait. Pour moi ça fait partie des étapes de la vie de femme sans qu'on ait à en faire état. » F13

- Vieillir

Il est ressorti de ces entretiens que la ménopause ne représentait pas un changement en soi, mais plutôt l’intégration du vieillissement. Les femmes le vivent de manières très différentes, certaines le ressentent comme un choc :

« La vie elle est derrière, vraiment. (…) c'est que c'était voilà tout ce qui était beau tout ce qui était la vie devant soi, c'est fini quoi. » F10

« C’est pas le problème de la ménopause qui me dérange (…) mais c'est l'âge, c'est vraiment l'âge, le rapport à l'âge. » F3

« Voilà on est plus dans l'âge procréer, de fonder une famille, on est plutôt dans l'âge de... je sais pas …enfin pas forcément... préparer sa retraite. » F11

Certaines expriment même une inquiétude face à la survenue d'éventuelles maladies avec l'âge :

« Maintenant les choses qui m'angoissent aussi, c'est... le risque d'AVC, voilà, alors que j'ai pas de problèmes de santé mais bon. (…) Je prends conscience de la fragilité de la vie, alors qu'avant pas du tout. » F9

« J'ai jamais eu de problème avec l'âge mais on va dire que 50 ans voilà quoi, c'est un peu l'âge des bilans, des bilans de santé, des bilans de tout. » F4

« J'aimerai vraiment me dire que c'est pas un handicap de vieillir » F3

Une autre face de ce vieillissement a été mis en exergue au cours des entretiens, l'idée de l'acceptation du temps qui passe :

« En fait j'accepte le temps qui passe, j'ai pas trop de problème avec le temps qui passe je me dis de toute façon ça c'est non contrôlable, donc euh, je me sens pas plus triste, je me dis bon... je fais avec ce qui se présente. » F13

« C'est pas si grave et l'important c'est de continuer à être curieux, avoir envie d'être avec les autres. Après on vieillit c'est pas très marrant mais bon c'est comme ça. » F5

G. Quinze définitions de la ménopause

« Si vous aviez une définition à me donner pour la ménopause , quelle serait-elle ? »

« C'est un vieillissement, c'est qu'on passe à autre chose, une autre étape quoi, on rentre dans le 3ème âge (rire) non mais ouais c'est ça surtout. Puis voilà c'est que le corps vieillit euh... c'est ça pour moi la ménopause. » F7

« C'est la fin d'une contrainte, le début d'une autre liberté. » F6

« Ben un changement important, qui est dilué dans le temps et qui amène à une prise de conscience progressive du vieillissement peut-être, ça serait ça. Comme un marqueur qui fait que finalement, on se rend compte que on a vieilli, et donc, dans le corps j'entends. Je parle par rapport à la fatigue, par rapport au sommeil, par rapport aux douleurs articulaires, par rapports aux choses comme ça, par rapport au fait qu'on peut faire moins, moins qu'avant. » F14

« Une définition, bah c'est un cap, un tournant dans mon existence qui sera le plus difficile, parce que c'est celui qui me fait passer de la jeunesse au vieillissement voilà. C'est surtout ça voilà. Pour moi la ménopause y'a un avant un après. La vie elle est derrière, vraiment. Voilà tout ça, ça participe à une définition très large mais quand même d'une définition, ma définition de la ménopause, c'est que c'était voilà tout ce qui était beau tout ce qui était la vie devant soi, c'est fini quoi, et euh, bon bah il faut... » F10

« Alors je peux pas vous dire la fin des règles puisse que ça faisait X temps que je les avait plus. Sinon, c'est ce que je dirais. Tranquillité à ce sujet-là. » F2

« Bah l'arrêt de l'appareil reproducteur et puis euh, en fait je trouve que c'est un stade euh... 'fin c'est un cap à passer dans la vie d'une femme, parce que moi par contre, je trouve que j'ai un peu vieilli, depuis que je suis ménopausée, je trouve que j'ai un peu changé physiquement. » F8

« C'est tout un processus physiologique qui en même temps a un impact psychologique sur la vie de la femme, en tant que mère potentielle, et pis en tant que personne aussi... » F11

« Comme une étape normale de la vie d'une femme, pour moi c'est comme ça que je l'ai vécu. » F1

« En tout cas c'est sûr c'est la fin de quelque chose, c'est l'avancée dans la vie, c'est le temps qui passe vite. Ça vous tombe dessus, et vous avez rien vu quoi... La fin d'un cycle de vie quoi, c'est à dire... (silence) après c'est la mort (rires) Non je veux dire dans une vie, c'est ça quoi : c'est la naissance, c'est la construction, après c'est l'âge adulte... et pis après c'est... je dirais que c'est l'arrêt de quelque

chose. Ouais, ouais ouais, j'en sais rien, je dirais la fin d'un cycle, la fin d'un cycle de vie. Oui c'est la fin de quelque chose, euh... sur le plan biologique, et après c'est la sagesse (rires) on va s'la raconter, on va se raconter un truc... C'est le début de la sagesse » F3

« Je dirais, une transformation évidente à accueillir plutôt qu'à rejeter. » F13

« Je parlerai pas de ménopause, je dirais euh... l'expérience de vie est très riche, et je dirais que, chez les vieux, on a une expérience de vie, qui peut enrichir les jeunes, pour les amener à être plus forts dans leurs convictions, à pouvoir décider de leur choix de vie. Ma définition ça serait, ça serait plus de sagesse et moins de conquêtes amoureuses. (rire). Mais c'est une période, cette transition, où pour moi c'est la prise de conscience de la fragilité de la vie, la prise de conscience de "eh bah qu'est-ce que je peux laisser, comme trace, ou me rendre utile un peu plus à ceux que j'aime quoi" c'est plus ces questionnements-là. Ces questionnements qui arrivent dans l'essentiel d'une vie quoi. » F9

« C'est l'arrêt des règles, euh ouais, je dirais c'est pas facile à vivre (rires) c'est, on s'imagine pas ce que c'est tant qu'on y est pas passé, je pensais pas dire ça un jour, mais oui (rires) donc c'est difficile à décrire, parce qu'en fait c'est les bouffées de chaleur, la fatigue, c'est quand même euh, moi je trouve c'est surtout de la fatigue. » F4

« L'arrêt de la fertilité, euh, je crois... qui dépend énormément de la personnalité des femmes, de ce qu'elles ont vécu, de ce qu'elles vivent... euh oui qui est quand même dépendant de ce qu'elles vivent, de la relation qu'elles ont avec leurs conjoints ou leurs partenaires. Alors pour ma part, je pense que j'ai pas eu de grands symptômes quoi, mais bon voilà c'est comme ça. Je pense que pour chacun les choses sont ou peuvent être différentes en tout cas. » F5

« Un changement de vie radicale, mais une certaine forme de soulagement, et une nouvelle ère. » F12

« Une définition de la ménopause ? euh... Bah, la fin d'un projet de grossesse déjà je pense à la base. Euh définition de ménopause, rentrer dans un autre cadre de vie. Voilà un soulagement pour moi. » F15

III. Discussion

A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Mode d'échantillonnage

L'échantillon a été construit principalement par la méthode « boule de neige ». Cette méthode a été sélectionnée car elle est rapide, et rapporte un fort taux de réponses. Au départ, des fiches d'informations ont été distribuées aux femmes lors de consultations, mais très peu ont manifesté un intérêt et seulement trois femmes ont répondu. C'est pourquoi le mode de recrutement « boule de neige » a été sélectionné. (68)

Cette méthode présente des biais d'échantillonnage. Le choix de la première femme conditionne l'échantillon, notamment sur les catégories socio-professionnelles. Mais d'autre part, il limite le biais d'investigation, le fait que les réponses des femmes soient modifiées si elles ont un lien avec l'enquêteur.

2. Recueil de données

Les entretiens individuels sont un mode de recueil de données qui exposent à plusieurs types de biais.

Les biais internes sont liés aux caractères personnels de l'enquêteur et des participants. Cela peut entraîner des incompréhensions entre le chercheur et les enquêtés, du fait de la différence d'âge, du statut social, de l'expérience, de la culture, etc. (68) Ce biais est d'autant plus important si l'enquêteur est inexpérimenté sur le plan de la recherche qualitative, ce qui est mon cas. Au fils du temps, les entretiens se sont fluidifiés, l'enquêteur gagnant en expérience et donc en assurance.

Les biais externes sont dus à l'environnement dans lequel les entretiens ont lieu (68). Dans le cas de notre étude, les entretiens ont eu lieux dans des endroits calmes, au cabinet, chez l'enquêtée ou chez l'enquêteur. Il y a eu deux entretiens où nous avons été dérangées, mais cela n'a pas entravé l'entretien.

Le biais d'investigation qui correspond à l'influence de l'enquêteur sur l'enquêté (68). Ce biais a été modéré grâce au mode du recrutement « boule de neige », faisant que les participantes n'avaient aucun lien avec l'enquêteur. Mais il persiste le biais de désirabilité sociale qui consiste à adopter un comportement positif, et donner les réponses qu'elles considèrent comme « bien-pensantes ».

D'autre part, le recueil de données par entretien individuel est une force, car il permet aux femmes de pouvoir s'exprimer librement sur leur ressenti, ce qui est plus difficile lors d'entretiens groupés ou sur des questionnaires sous forme papier. (69)

La méthode de recueil de données qualitative expose au biais d'interprétation. Nous avons limité ce biais en réalisant une triangulation des données pour les trois premiers entretiens. (68)

3. Taille de l'échantillon

L'effectif de l'étude est de 15 femmes, les entretiens ont été limités à cause des confinements dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. La saturation des données a été obtenue au douzième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été effectués.

Nous avons observé des tailles d'échantillons similaires dans des études qualitatives avec entretiens individuels en rapport avec notre sujet. L'étude de Cécile Charlap comprend 20 entretiens individuels, et ses travaux de thèse ont été publiés sous forme de livre, « La fabrique de la ménopause », aux éditions CNRS (47). La thèse de Clémentine Beaujard, « Vécu des femmes ménopausées souffrant de troubles trophiques », comprend 11 entretiens avec saturation des données. (70)

4. Age de la ménopause

L'âge de la ménopause chez les femmes interrogées était en moyenne de 50.1 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de la ménopause dans la population générale. (71)

Le délai entre l'entretien et la ménopause est de 6.7 ans en moyenne, avec un maximum de 15 ans ce qui peut présenter un biais de mémorisation, mais cela n'a pas pu être contrôlé avec un mode d'échantillonnage en « boule de neige ».

5. Catégories socio-professionnelles

Les femmes interrogées habitent à 86.7% (13/15) en milieu urbain.

La catégories socioprofessionnelles numéro 3, cadres et professions intellectuels supérieures, est surreprésentée par rapport à la population féminine générale : 46.7% de notre échantillon, contre 16.8% pour les femmes issues de la population générale. La catégorie 4, professions intermédiaires et catégorie 5, employés sont plus proches des chiffres de la population générale : 20% versus 28% dans la population générale et 33% versus 41.7% dans la population générale (72). Les agricultrices, les femmes artisans, commerçantes et ouvrières ne sont pas du tout présentes au sein de notre échantillon.

Cela représente un biais de sélection qui peut être expliqué par le mode de recrutement en « boule de neige » faisant appel aux sphères sociales des premières enquêtées.

Pour ce qui est de la situation familiale, les femmes célibataires et celles en couples sont représentées de façon pratiquement équivalente, ce qui correspond à la population générale, où 41% des femmes sont mariées. Les chiffres des femmes en couples, non mariées ne sont pas disponibles. (73)

6. Antécédents et traitements

Quatorze des femmes présentent au moins un antécédent médical, ce qui paraît normal au vu de leur âge. Il s'agit, pour 40% de l'échantillon, de pathologies cardio-neurovasculaires ce qui correspond aux antécédents de la population du bulletin épidémiologique hebdomadaire du 29 septembre 2020. (74)

Notre échantillon présente des dysthyroïdies pour 13.3%. Le chiffre précis de la prévalence des dysthyroïdies n'a pas été trouvé. La société française d'endocrinologie décrit une prévalence élevée entre 0.2% et 1,9% selon les pays avec un sex-ratio de 7 (femmes/homme). (75)

Les traitements qu'elles prennent au quotidien sont en relation avec leurs antécédents.

Les moyens de contraception utilisés avant la ménopause étaient légèrement plus orientés vers les dispositifs intra-utérins dans notre échantillon : 40% portaient un DIU (Dispositif Intra-Utérin) contre 32% dans la population générale. Le recours à la méthode de contraception définitive (Essure®) était équivalent à celui de la population générale (13.3% contre 11%). Au contraire la prise de pilule était inférieure à la population générale : 26% contre 33%. Les chiffres de la population générale sont issus du baromètre santé 2016 - contraception (76). Nous pouvons observer que la population de notre échantillon a tendance à utiliser des moyens non hormonaux comme contraception.

B. Symptômes

1. Mode de découverte

Dans notre population, beaucoup de femmes (7/15) ont eu recours à une prise de sang pour confirmer la ménopause. Alors que la prise de sang n'a que peu d'intérêt compte tenu de la variabilité des taux hormonaux en périménopause et qu'il s'agit avant tout d'un diagnostic clinique (77). Dans d'autres cas, la ménopause a été confirmée par un médecin. Le médecin a alors un le rôle d'expert apposant « l'étiquette » de femme ménopausée comme décrit par C.Charlap. (47)

2. Bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur touchent 75% des Européennes et Américaine du nord (77), alors que dans notre échantillon, 93.3% ont été touchées.

Dans les populations asiatiques, les bouffées de chaleur sont moins fréquentes que chez les femmes occidentales. Leur mode d'alimentation est riche en soja contenant des isoflavones qui ont une action sur les bouffées de chaleur (78). La biodisponibilité des isoflavones est plus importante chez les populations asiatiques du fait de leur flore intestinale et de leur alimentation riche en fibres. (79)

La durée de la crise, sa présentation clinique et la durée dans le temps correspondent à ce qui est décrit dans la littérature : *« Habituellement, les femmes ressentent une onde de chaleur intense avec rougeur et sudation atteignant le tronc, le cou, le visage. Cela peut durer 1 à 3 ou 4 minutes, s'accompagner de palpitations, d'anxiété et peut altérer la qualité de vie des femmes du fait de la fréquence et de l'intensité. »* (77)

Les bouffées de chaleur ont été citées spontanément par toutes les femmes interrogées. En effet elles sont attendues au moment de la ménopause. Elles ont décrit ces signes comme précurseurs de troubles du sommeil et donc inducteurs de fatigue, d'irritabilité voir même de trouble de l'humeur.

Quand les bouffées de chaleur surviennent le jour, elles sont gênantes d'un point de vue social : comme le souligne C.Charlap, *« les bouffées de chaleur constituent un « stigmate » à invisibiliser. »* (47). Les femmes ont évoqué le milieu du travail comme un endroit où ces manifestations physiques sont indésirables, voir à cacher. Dans l'étude Kantar, « Les Français et la ménopause », lors de laquelle 1505 personnes ont été interrogées sur les perceptions de la ménopause (80) ; une femme sur cinq déclarait avoir déjà caché les effets liés à son état dans le cercle professionnel ou privé.

3. Troubles de l'humeur

Deux tiers des femmes interrogées ont observé un changement au niveau de l'humeur. Presque la moitié se sont senties plus tristes mais elles ont rapporté cela à une période de vie complexe. Elles ont précisé qu'il ne s'agit pas de troubles découlant uniquement de la ménopause, mais étant également dépendants d'évènements concomitants : changement de statut dans le milieu du travail, éventuel départ des enfants du domicile provoquant un face-à-face avec la compagne ou le compagnon parfois présent(e) depuis plusieurs décennies, pouvant aboutir à des difficultés au sein du couple, etc.

En effet, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à faire un épisode dépressif au cours de leur vie. Bretschy et al. évoquent le facteur hormonal face à cette inégalité. Ils précisent que les femmes ne font pas plus de dépressions après la ménopause, mais plutôt lors de la péri-ménopause, lorsque les taux hormonaux sont très fluctuants. (81)

Huit des enquêtées (53.3%) se trouvaient qualifiées par leur proches de plus irritables. Elles ont justifié cela par la fatigue majorée, ou sur l'expérience de vie.

Une des femmes a décrit cette période comme semblable à son adolescence avec un sentiment d'étrangeté de son corps, et une irritabilité réactionnelle.

L'incidence des troubles légers de l'humeur (tristesse, irritabilité) dans la population générale n'a pas été trouvée dans la littérature, cela étant des symptômes subjectifs, donc difficilement quantifiables.

4. Fatigue physique et mentale

Une fatigue majorée est exprimée par 73.3% (11/15) des femmes de notre étude. Dans la population générale, l'incidence de l'asthénie est estimée à 10 à 25%, lors des consultations de médecine générale. (82)

Cette asthénie découle des troubles du sommeil induits par les bouffées de chaleur nocturnes. Cette fatigue, qu'elle soit physique ou mentale peut porter préjudice aux femmes notamment dans le milieu du travail, poussant par exemple F13 à ralentir le rythme de son travail. F10 a décrit l'apparition de troubles de la mémoire, ce qui a provoqué des difficultés au niveau du travail également.

5. Troubles de la sexualité

Chez les enquêtées, 40% n'ont pas trouvé de diminution de leur libido. Les chiffres trouvés dans la littérature sont très disparates allant de 20% à 80% des femmes trouvant une diminution de la libido. (3) (83)

Certaines des femmes ont même trouvé une amélioration de leur libido à la suite de la disparition de leurs règles et également à la suite d'un changement de partenaire, trouvant ainsi un meilleur épanouissement.

Parmi celles qui ont présenté une baisse du désir sexuel, 33% ont des rapports sexuels douloureux, ce qui peut de façon évidente induire une diminution des envies. La prévalence des dyspareunies dans une population de femme de 50 à 60 ans est de 6.5 à 8% (84). L'argument le plus souvent avancé chez les femmes interrogées a été la durée de vie de couple avec leurs compagnons : en effet elles ont décrit des relations changeantes au fils des années. Le vécu de ces changements est différent pour chaque femme. La relation avec leur conjoint et la communication autour de la sexualité au sein du couple est un élément central dans la satisfaction des rapports sexuels.

F10 a bien exprimé une diminution du désir, et parfois des douleurs lors des rapports sexuels mais grâce à une bonne communication avec son compagnon, elle a un bon vécu de ces changements.

Dans une étude Australienne, sur 356 femmes, 35 à 52% présentent des troubles sexualité, d'un point de vue purement déclaratif. Lorsqu'il est ajouté l'item de la souffrance, la prévalence diminue à 7 à 16%. Ce qui est en accord avec nos résultats, les femmes présentent des troubles de la sexualité, mais ne considèrent pas cela comme une souffrance. (85)

6. Modifications de la peau, des phanères et du poids

Les femmes interrogées ont mis l'accent sur les changements corporels visibles : la modification de la peau avec apparition de rides comme signe de vieillissement décrit avec des mots péjoratifs notamment *« bouffies, flétrie, ridée »* par F9.

La prise de poids est un élément qui est apparu important dans le discours des femmes, elles avaient toutes comme idée antérieure à la ménopause, qu'elles allaient prendre du poids. Pour éviter ce désagrément elles se sont astreintes à des adaptations du mode de vie.

Une méta-analyse publiée dans *Climacteric* en 2012, rappelle que la prise de poids au cours de la ménopause n'est pas attribuable aux modifications hormonales, mais qu'il existe une modification de la répartition des graisses avec une augmentation de la graisse abdominale. Une activité physique majorée est parfois nécessaire. (86)

7. Symptômes non retrouvés au cours de l'étude

Dans une étude publiée en 1998, Greendale et al. ont répertorié les symptômes de la ménopause chez 875 femmes. Il ressort que plusieurs symptômes n'ont pas été révélés lors de notre étude : les sueurs froides (7%), l'inconfort mammaire (15%), les douleurs de nuque et céphalées (34%). Ces symptômes sont-ils réellement absents de notre échantillon, ou ont-ils été omis par le chercheur et les participantes à l'étude ? (87)

De plus la ménopause est un facteur favorisant les céphalées de tension et les migraines, ce qui n'a pas été rencontré dans notre population. (88)

Les douleurs (souffrance 48%, douleurs articulaires 44%, raideurs musculaire 42%) sont très présentes dans cette population de l'étude de Greendale et al., alors que dans notre échantillon seulement cinq femmes se sont manifestées lors des questions sur les douleurs. Peut-être que la question aurait dû être mieux précisée. (87)

C. Traitements

1. Traitement Hormonaux de la Ménopause (THM)

Dans notre population seulement deux femmes ont pris un traitement hormonal substitutif et cela pour une très courte durée. Les femmes de notre étude sont très critiques vis-à-vis des traitements hormonaux substitutifs.

Six des femmes présentaient une inquiétude face aux risques encourus avec les THM. F8 s'inquiétait d'une éventuelle prise de poids avec la prise d'un traitement hormonal. 40% des femmes ont présenté des inquiétudes face à ces traitements et aucune n'a demandé de conseil à un professionnel de santé.

D'autres femmes ont avancé le caractère naturel de la ménopause et donc la nécessité de ne pas interagir avec cet évènement. Comme l'écrit C.Charlap : *« elles se défient d'un médicament perçu comme un objet non naturel. A leurs yeux, prendre un THM est un manque de confiance dans la nature. »* (47)

On observe une méfiance globale à propos des THM sans jamais avoir interrogé un médecin. Dans le cadre de sa thèse, M-C Vienet-Boulanger a montré que les THM paraissent plus acceptables après délivrance d'une information à ce propos : en effet, dans son étude, moins d'1% est favorable aux THM avant information contre 47% après information. (89)

2. Autres traitements

Deux tiers de la population de notre étude a utilisé la phytothérapie dans le but de traiter les symptômes de la ménopause. Ces femmes y ont trouvé plutôt une bonne efficacité dans 7 cas sur 10, contrairement aux effets attendus dans un article paru dans la revue *Prescrire*. Dans cet article, les méthodes non médicamenteuses, dans le cadre de la ménopause, sont décrites sans effet prouvé lors d'études, mais il est évoqué à plusieurs reprises l'effet de type placebo. (18)

Comme nous l'a exprimé F9, on peut imaginer que le fait de porter un intérêt à son bien-être grâce à des « méthodes naturelles », donc perçues comme bonnes, est déjà le point de départ d'une efficacité que l'on peut qualifier de placebo si nécessaire. Les femmes considèrent les traitements naturels comme inoffensifs. Il s'agit de rester vigilant quant à l'innocuité qui ne doit pas être admise de façon délibérée, mais qui doit être mesurée grâce à un raisonnement médical.

Malheureusement, les femmes se sont vu conseiller ces méthodes dites non médicamenteuses la plupart du temps par leurs proches, et dans seulement trois cas par le corps médical.

Une seule femme a trouvé une efficacité aux traitements locaux, gels lubrifiant avec ou sans hormones. Pourtant la revue *Prescrire* décrit ces méthodes comme efficaces (90). Il est probable que le traitement ait été mal conduit.

D. Communications

1. Abord avec les professionnels de santé

Dans ses travaux de thèse sur le vécu des femmes ménopausées, souffrant de troubles trophiques, Clémentine Beaujard trouve que 88% des femmes ont recours au médecin généraliste pour leurs problèmes gynécologiques (70). Dans notre étude, le recours au médecin généraliste pour les questionnements à propos de la ménopause est beaucoup plus faible : 1/3 des femmes. Tandis que 80% de notre échantillon l'avait abordé avec leur gynécologue. Ces résultats correspondent aux travaux de M-C Vienet-Boulanger, où 40% des femmes l'avaient abordé avec un gynécologue contre 16% avec un médecin généraliste. (89)

Ce déséquilibre laisse penser que le gynécologue est perçu comme le spécialiste de la ménopause, tandis que le médecin généraliste ne semble pas être un interlocuteur de première ligne. Il ressort des entretiens, que la ménopause est un sujet qui n'intéresse pas le médecin généraliste, qui n'a pas le temps, ou dont ce n'est pas la spécialité.

Deux femmes de notre étude ont exprimé le sentiment de ne pas avoir été écoutées par le médecin. C.Beaujard a observé que les plaintes des femmes sont sous-reconnues par les femmes elles-mêmes, et sous-diagnostiquées par les médecins (70). Dans l'étude de M-C Vienet-Boulanger, 3/4 des femmes n'ont pas été interrogées sur leur vécu de la ménopause. (89)

Pour C.Charlap, le médecin a un rôle central : *« Qu'il soit généraliste ou gynécologue, le médecin constitue l'acteur de l'expérience de la ménopause. Dans le cadre de la consultation médicale le médecin se fait éducateur : il fournit une grille de lecture des manifestations corporelles et des possibles traitements médicaux. »* (47)

Peut-être serait-il nécessaire que les médecins généralistes l'abordent plus spontanément pour que les femmes puissent se sentir plus à l'aise et évoquer ces sujets ? La mention assez systématique de la ménopause a pour objectif de montrer l'intérêt porté par le médecin généraliste. Le *questionnaire Menopause Quick 6* est un outil crée par Susan Goldstein pour les médecins généralistes pour faire une évaluation rapide des éventuels symptômes de la ménopause (91). Si une réponse positive est obtenue, alors il faut approfondir l'interrogatoire, pour accompagner au mieux les femmes au cours de la ménopause.

Figure 1. Le questionnaire Menopause Quick 6 : *Si une patiente répond oui à une des questions 1 à 4, elle pourrait être candidate au traitement, et une exploration et une évaluation plus approfondies sont justifiées. Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'International Menopause Society recommandent de poser les questions 2 à 6 à toutes les femmes en périménopause*[4,6].



2. Abord avec les proches

Pour les Français, selon l'étude Kantar, la ménopause est un sujet plus facile à aborder que les problèmes d'impuissance, la dépression, le cancer ou encore les maladies sexuellement transmissibles. Cependant, cela reste un sujet peu abordé en dehors des femmes concernées. (80)

Dans notre échantillon, le sujet a été largement abordé avec les proches dans un cercle privé. Du fait du recrutement en « boule de neige », il y a eu plusieurs femmes exerçant un métier dans le domaine de la psychologie, et on peut imaginer qu'il s'agit là de personnes ayant des facilités à communiquer. Les interlocuteurs sont des collègues, des amies, leur mère ou sœurs, définies comme *« actrices profanes »* par C.Charlap (47) ou encore la compagne ou le compagnon. La communication autour de la ménopause est un *« système d'interactions informel, mais tout à fait codé »* (47) : dès que cela dépasse la sphère des symptômes, il ne s'agit plus là d'un sujet de conversation abordable.

La ménopause est un sujet de l'ordre de l'intimité, elle apparaît comme un objet de disqualification potentielle, et donc malaisant. Il est parfois abordé par les femmes elles-mêmes ménopausées, avec humour rajoutant de la légèreté.

Les interactions avec d'autres femmes, sont apparues comme importantes chez F11, ayant un rôle de d'accompagnement, de réassurance et de validation du ressenti.

Les femmes participent aux savoirs communs acquis à propos de la ménopause, et aux éventuels traitements.

Le ou la partenaire a un « rôle capital » d'après le CNGOF, par sa perception et son attitude face aux modifications (10). Dans notre échantillon, 73.3% (11/15) des femmes l'ont abordé avec la ou le conjoint(e). Dans l'étude « Les Français et la ménopause », 60% des hommes sont « certains » du statut de leur compagne vis-à-vis de la ménopause, et 26% « pensent savoir » (80). La ménopause reste avec

le compagnon un sujet tout de même abordé de façon assez superficielle chez la plupart de nos enquêtées. Le caractère ennuyant de ce sujet est la raison avancée pour laquelle la ménopause n'est pas plus abordée.

La place du compagnon ou de la compagne est assez ambiguë, car pour certaines femmes, la ménopause et ses symptômes sont considérés d'ordre personnel et doivent le rester. Tandis que pour d'autres, la communication avec le ou la partenaire a un rôle essentiel de partage de ces épreuves au sein de la vie de couple.

3. Aborder davantage

Seulement un tiers des femmes interrogées avaient des questionnements, ce qui correspond aux résultats de l'étude « Les Français et la ménopause » où 65% des femmes se sentaient plutôt informées à très informées (80). Mais il reste donc environ un tiers des femmes qui s'interroge.

Il a été montré au cours des entretiens qu'évoquer la ménopause relève d'un savant équilibre dépendant de chaque femme. Il faut mesurer entre « le trop en dire », ce qui fait d'éventuels symptômes une évidence et le « pas assez », qui laisse une impression de minimisation et de désintérêt vis-à-vis des femmes et de leurs symptômes.

Dans une étude sur l'acceptabilité des traitements hormonaux de la ménopause, il a été montré que 47% des femmes obtenaient des renseignements sur la ménopause auprès de leur médecin, 43% dans les médias et dans 40% des cas auprès d'amies ou de collègues (92).

Le médecin a un rôle central d'information auprès des patientes : tant pour expliquer, conseiller, rassurer qu'accompagner.

Dans l'étude Kantar, 72% des Français ont répondu en faveur d'une plus grande communication autour de la ménopause. Lorsqu'on interroge sur l'identité de celui qui devrait le faire, il a été répondu à 93% par les professionnels de santé, et à 35% par les médias (80).

Lors de cette étude, il a même été évoqué l'idée d'une consultation gratuite avec le gynécologue pour les femmes âgées de 45 ans, où 88% des interrogés ont émis un avis favorable. On peut se poser la question : pourquoi cela a-t-il été proposé uniquement avec les gynécologues, excluant ainsi directement les médecins généralistes ?

E. Savoir commun de la ménopause ou culture de la ménopause

1. Savoirs des enquêtées

Toutes les femmes interrogées avaient des connaissances précédant l'arrivée de leur ménopause. L'observation des entretiens rapporte que leurs connaissances étaient approximatives : en effet, plusieurs d'entre elles situaient l'arrivée de la ménopause plus tardive qu'à la cinquantaine.

Les éléments prépondérants sont les inquiétudes quant à la prise de poids, la sexualité et les changements d'humeur. Les femmes s'attendent à prendre du poids de façon spectaculaire une fois la ménopause arrivée. Comme le dit très bien F13, lorsqu'elle parle de femmes qu'elle rencontre : *« des femmes qui viennent et qui me disent "mon gynéco m'a dit que la ménopause était en route, ah non mais je vais prendre trop de poids, je le sais ! " Parce que c'est une fatalité ? enfin vous voyez y'a des trucs comme ça enfaite, ça fait presque des prédictions autoréalisatrices. »*

Les femmes imaginaient la baisse de la libido comme quelque chose d'inévitable et constant.

Pour ce qui est des troubles de l'humeur, la crainte était plus variable chez les femmes enquêtées, mais l'idée du mauvais caractère de la femme ménopausée rode. Il s'agit là de données très subjectives, pour lesquelles la recherche dans la littérature n'a pas donné de résultats.

2. Sources d'information

Lorsque l'on questionne les femmes sur l'origine des informations dont elles ont connaissance, aucune réponse bien précise n'est obtenue. Le savoir sur la ménopause est un ensemble de choses connues et partagé par « tout le monde ». Comme dans les travaux de C.Charlap, le support qui les a informé n'est pas identifié, ni même le moment où elles ont reçu l'information (47).

Dans l'étude « Les Français et la ménopause », 49% des femmes n'ont pas cherché à s'informer sur la ménopause. Alors que dans cette même étude, 84% des femmes ménopausées se disent bien informée sur la ménopause (80). Si les femmes ne sont pas allées à la recherche d'informations, mais qu'elles se disent informées, c'est que les informations sont parvenues directement à elles.

Dans notre étude, 73.3% (11/15) des femmes rapportent un apprentissage auprès des proches et des collègues, contre seulement 13.3% (2/15) auprès de leur médecin. Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin pourrait avoir un rôle plus important dans l'information auprès des femmes.

Les femmes sont informées sur la ménopause par des ouvrages de vulgarisation médicale, ou encore par des magazines, ou encore auprès « d'actrices profanes » (47), les femmes de l'entourage : la mère, les sœurs, les amies et les collègues. Cet ensemble d'informateurs participe à la création d'une culture de la ménopause.

3. Culture de la ménopause

Il ressort de l'imaginaire commun des femmes interrogées, la métaphore du cap que représente la ménopause. En utilisant comme référence leur vie gynécologique, les femmes passent donc dans une nouvelle période du « cycle de vie ».

Le « cycle de vie » est perçu comme quelque chose de naturel, comme exposé précédemment. L'aspect naturel, donc normal de cette période en fait quelque chose à accepter : *« La nature a ses raisons que la raison ne connaît pas. La nature sait, elle se régule et il ne faut pas l'empêcher d'œuvrer. »* (47)

Par l'acceptation, il est question de volonté psychique au sein de nos entretiens. Il apparaît une sorte de jugement sous-entendu envers les femmes qui *« s'écoutent de trop »*.

Les enquêtées ont spontanément abordé la question d'hygiène de vie : régimes, activités physiques, massages et autres techniques pour *« limiter la catastrophe »* comme l'a défini F8. Dernière cela, apparaît le « bien vivre la ménopause » (93), un concept largement entretenu par les médias donnant des conseils multiples, ou parfois détaillant des consignes de bonnes manières de vivre, dans toutes les périodes de vie. Cette conception de bien vivre ouvre le champ d'un possible échec de la ménopause.

C'est au travers du prisme de cette culture de la ménopause que les femmes ont exposé leur vécu de la ménopause.

F. Vécu de la ménopause

1. Accueil de la ménopause

Lors des entretiens menés au cours de notre étude, la ménopause a été décrite à cause de ses symptômes comme une période inconfortable. Cela s'est révélé être une période complexe pour plusieurs de nos enquêtées. Dans l'étude « Les Français et la ménopause » (80), 44% des femmes en cours de ménopause y trouvent un impact négatif sur leur quotidien.

Pour d'autres femmes de notre étude, il s'agissait là d'un non-évènement.

L'arrêt des règles s'est révélé être un affranchissement pour la quasi-totalité de notre échantillon, les débarrassant de ces désagréments matériels ou physiques, ce que l'on retrouve dans l'étude menée par Kantar. (80)

La cessation des menstruations signifie également la fin de la fertilité, ce qui est chargé de significations. *« Le sens donné aux menstruations et à leur cessation tout comme à la fécondité et la stérilité,*

exprime en même temps qu'il produit des représentations associées au féminin et aux rôles sociaux des femmes. » (47)

2. Signification de la fin de la fertilité

La question de la fin de la fertilité est imbriquée avec celle de la féminité. Une des femmes de notre échantillon s'est inquiétée de la mise en péril de sa féminité au cours de la ménopause, pensant que la diminution des hormones féminines ferait perdre l'identité féminine.

Ne plus avoir d'enfant après 40 ans apparaît comme quelque chose de raisonnable, dans le champ de l'acceptabilité de la société. Mais comme l'exprime F10, malgré la raison, la possibilité de procréer persistait, et cela est en lien avec la féminité. *« Même si ce potentiel ne doit pas être actualisé, une femme doit continuer à être fertile pour conserver les attributs de la féminité et ce, jusqu'à l'âge social de la ménopause physiologique, c'est-à-dire la cinquantaine. »* (47)

A cela vient s'ajouter le départ des enfants, l'éventualité de devenir grand-mère ou encore les parents vieillissants. Ce sont autant d'éléments qui viennent ébranler l'identité des femmes.

Certaines femmes nous ont décrit une nouvelle ère dans leur vie, laissant ainsi plus de place pour la culture, le développement personnel, une vie amicale plus riche, etc.

F12 vient rappeler que le pouvoir de procréation n'est pas le seul aspect de la vie d'une femme. La référence de la femme est la femme en âge de procréer. On retrouve ainsi dans des ouvrages médicaux la femme ménopausée d'écrite comme dans *« l'impossibilité de concevoir »*, ou encore en *« insuffisance œstrogénique »* (9). Les femmes évoquent leur corps d'avant la ménopause comme référence.

3. Vieillissement

Face au corps qui vieillit, on voit apparaître de nouvelles craintes : la crainte des maladies, le sentiment de ne plus faire corps avec la société, de rentrer dans la case de « vieille », la crainte d'observer son corps qui change. Cette peur du vieillissement est retrouvée dans l'étude menée par Kantar : 44% des Français, femmes et hommes, ont peur de vieillir. Dans 74%, l'objet de l'appréhension est de tomber malade, dans 17% des cas être moins séduisant, dans 15% être exclu de la société ou encore dans 12% des cas être moins utile à la société. (80)

Il est ressorti de nos entretiens que le vieillissement a une connotation plus péjorative chez la femme que chez l'homme, comme le pensent 50% des Français (80)

La ménopause peut être source de moqueries ou de remarques. Dans notre étude, la moitié des femmes ont déjà entendu des commentaires ironiques sur la ménopause, mais elles n'étaient pas directement visées. Un tiers ont déjà reçu une remarque négative sur la ménopause.

L'utilisation de l'humour n'est pas dénuée de sens. L'humour est utilisé pour aborder des sujets importants mais qui peuvent s'avérer délicats et pouvant créer un malaise. C'est pour cette raison que les femmes elles-mêmes font de l'humour, notamment aux cours des entretiens menés. Cela leur permet d'évoquer leur expérience avec légèreté. On retrouve le même processus dans l'étude de C.Charlap, les enquêtées utilisent elles-mêmes l'humour pour évoquer ce sujet. (47)

IV. Conclusion

Les femmes de notre échantillon ont été impactées par les symptômes de la ménopause. Des conséquences ont été observées sur plusieurs plans de la vie des femmes : professionnel, privé, dont la vie de couple, et aussi vis-à-vis du regard d'autrui.

Les bouffées de chaleur ont été décrites par la plupart de nos enquêtées. Elles sont apparues comme un spectre de la ménopause, un stigmate gênant à camoufler, notamment dans la sphère du travail. Les symptômes pouvant accompagner la ménopause : les modifications de l'humeur, la fatigue, les troubles du sommeil et les bouffées de chaleur, sont intimement liés et imbriqués. Il s'agit d'éléments pouvant porter préjudice dans la vie professionnelle, en entachant l'efficacité, ou la communication.

Les troubles de l'humeur découlant des symptômes décrits ci-dessus peuvent altérer les relations avec les proches. Ces difficultés relationnelles sont aussi perçues comme des causes de troubles de l'humeur. Les difficultés au travail, mais aussi les difficultés au sein du couple, le départ des enfants du domicile, les parents vieillissants, sont autant de choses qui rappellent l'écoulement du temps, qui peut avoir un retentissement sur le moral.

Certaines femmes décrivent une dégradation de leur vie de couple, pouvant être majorée par des troubles de la sexualité. Les troubles de la sexualité sont présents chez la majorité des enquêtées. Lorsqu'elles ressentaient des douleurs elles n'avaient que très rarement recours aux traitements locaux, qui pourtant ont fait leurs preuves.

Le regard d'autrui semble avoir un rôle essentiel chez nos enquêtées dans le vécu de la ménopause. Les changements corporels, prise de poids, modifications des phanères ou apparition de rides, sont des éléments qui se sont manifestés comme étant importants.

Les connaissances à propos de la ménopause, chez les participantes de notre étude, se sont révélées approximatives et de l'ordre du savoir commun appartenant à la « culture de la ménopause ». Ces connaissances sont délivrées par les proches, les amies, les collègues, la famille, la compagne ou le compagnon ou encore les médias. Ces interlocuteurs prioritaires au cours de la ménopause sont autant de personnes dont le regard porté est fondamental.

La ménopause est un sujet qui est abordé de façon superficielle ; seuls les symptômes sont abordés, lors des discussions. Les questionnements plus sensibles, de l'ordre du ressenti ou du psychique ne sont pas évoqués en société, car embarrassants. L'humour est alors utilisé comme système de défense, permettant d'effleurer ce sujet sensible sans en avoir l'air.

La culture de la ménopause, chez nos enquêtées, en fait quelque chose de naturel, à accepter. Ce qui peut expliquer le rejet des méthodes jugées non naturelles dans notre étude. Très peu de femmes utilisaient la pilule avant la ménopause, et seulement deux (13.3%) ont eu recours au THM.

Les femmes de notre étude étaient assez peu informées sur les traitements possibles pour améliorer le vécu des symptômes de la ménopause. Elles n'utilisaient pas de traitements locaux, ce qui pourrait les aider compte tenu des douleurs présentes chez nombre de ces femmes. Le recours à la phytothérapie a été considérable dans notre échantillon, mais seulement conseillé de façon anecdotique par des professionnels de santé.

Le médecin a un rôle à jouer dans l'information au niveau des THM, pour permettre aux femmes de faire un choix éclairé, et non de rester sur des à priori avancés par les médias. Si les femmes ne présentent pas de symptômes suffisamment incommodants, ou si elles ne souhaitent pas de THM, le médecin se fera alors le conseiller en d'autres thérapeutiques. Lors de nos entretiens, il a été mis en valeur l'intérêt grandissant pour la phytothérapie. Cette dernière n'est pas dénuée de toxicité et devrait être conseillée par des experts. Le diplôme d'herboriste a été supprimé en 1941, les études de médecine en France n'abordent pas la phytothérapie. Peut-être serait-il intéressant que la phytothérapie soit intégrée au parcours de médecine générale ?

Le médecin généraliste a été un interlocuteur de façon ponctuelle dans notre étude, laissant au gynécologue le soin d'aborder la ménopause. Malgré le fait que ce ne soit pas sa spécialité, le médecin généraliste a des connaissances concernant la ménopause, et il devrait être le premier interlocuteur pour ne pas laisser les femmes dans l'attente de la consultation du gynécologue. La démographie des gynécologues médicaux est en baisse et le délai pour la consultation d'un gynécologue s'allonge (94). Le médecin généraliste n'a pas pour vocation à remplacer le gynécologue, mais il se doit de dépister les symptômes de la ménopause.

Le médecin généraliste peut utiliser, par exemple, le questionnaire *MQ6*, ce qui permet d'évoquer la ménopause, les éventuels symptômes et le ressenti. En abordant spontanément la ménopause, les femmes pourraient prendre confiance auprès de leur médecin généraliste et le considérer comme compétent dans ce domaine.

Le médecin n'a pas pour intérêt de délivrer des traitements de façon systématique, mais il se doit d'interroger, de tenter de comprendre et de s'adapter aux attentes des patients en fonction de leurs symptômes, leurs vécus et leurs convictions ; il a également un rôle d'information, prévention, et d'accompagnement dans les différentes périodes de vie. Cela nécessite une relation médecin-malade approfondie qui n'est pas toujours facile à mettre en place.

La consultation de médecine générale est un lieu privilégié pour aborder la ménopause sans préjugé. Le médecin doit pouvoir gagner la confiance de la patiente en abordant dans un premier temps les symptômes avant de pouvoir aborder le ressenti, qui est perçu comme un sujet gênant.

En effet, la période de ménopause, est perçue comme un « cap » dans le « cycle de vie » des femmes. Ce virage peut s'avérer délicat à traverser pour certaines femmes que ce soit au niveau des symptômes, du ressenti, de la vie de famille en cours de modification, du milieu du travail. La société entretient le concept de « bien vivre » la ménopause. Les femmes peuvent alors présenter une sorte d'angoisse de l'échec sous le regard d'autrui. Le médecin généraliste doit pouvoir aborder ces sujets en les démystifiant et pour dépister des situations de difficultés physiques et psychiques chez les femmes.

L'avis de nos enquêtées rejoint l'étude Kantar, la ménopause devrait être plus souvent abordée, et d'autant plus par les médecins. Il est évoqué une consultation gratuite à l'âge de 45 ans pour aborder la ménopause, par le gynécologue. (80) L'étude Kantar a fait appel au réseau de la MGEN, or cette consultation pourrait être proposée pour toutes les femmes. Encore une fois, la limite est posée par la restriction au gynécologue, écartant le médecin généraliste.

Le médecin généraliste a pourtant des compétences gynécologiques. La « consultation contraception et prévention » en médecine générale, a été créée en 2017, pour aborder la première contraception chez les jeunes filles (95). Dans ces travaux de thèse, Elsa Ioime décrit cette consultation comme le lieu pour aborder le sujet complexe de la sexualité des adolescentes, qui représente un enjeu de santé publique. Cette consultation fait partie des « consultations complexes » prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Cela permet aux médecins généralistes d'allouer un temps plus important pour ces consultations, difficilement concevable sur un créneau habituel. (96)

On pourrait imaginer ce même procédé pour aborder la ménopause dans une consultation dédiée, où les femmes auraient le temps de se confier et de se sentir écoutées. Les femmes ont ressenti un manque d'intérêt et de temps de la part de leur médecin généraliste, à propos de la ménopause. Si une consultation plus longue et prise en charge à 100% par la sécurité sociale leur est proposée, peut-être qu'elles pourraient aborder de façon plus approfondie leurs ressentis auprès de leur médecin généraliste. Ce dernier, connaissant la patiente, en est le référent pour accompagner vers d'éventuels traitements adaptés plutôt qu'à une automédication hasardeuse et dépasser la seule acceptation de la ménopause comme une fatalité.

La médecine a permis au cours de l'histoire d'allonger l'espérance de vie, aujourd'hui le médecin généraliste doit accompagner ses patients dans le but d'une meilleure qualité de vie et en adoptant une approche du ressenti du patient, notamment dans le cadre de la ménopause.

Annexes

Annexe 1 : Lexique par ordre alphabétique

17béta-oestradiol : type d'œstradiol voire définition œstradiol.

A

Adénomyose : pathologie utérine correspondant à une infiltration des cellules de l'endomètre (muqueuse utérine) dans le muscle de la paroi utérine (myomètre).

Aménorrhée : absence de règles.

Androïde : (adjectif) qui présente des caractères masculins.

Anovulatoire : (adjectif) en rapport avec une absence d'ovulation.

Antidopaminergique : bloquant l'effet de la dopamine, neurotransmetteur du système récompense/renforcement, joue un rôle dans la motivation et la sensation de plaisir.

Apoptose : mort cellulaire programmée.

Arthralgies : douleurs articulaires.

ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) : association promulguant la coopération entre médecins généralistes et infirmiers : les infirmiers sont intégrés au cabinet, s'adaptent à la demande de soins, notamment dans le cadre de maladies chroniques. Les infirmiers ASALEE ont une mission d'éducation auprès des patients.

Asthénie : fatigue physique ou psychique.

Aura : sensation ou phénomène particulier qui précède une crise d'une maladie (épilepsie, migraine, ou ici bouffée vasomotrice).

B

BVM = Bouffée vasomotrice : bouffée de chaleur, sensation de chaleur accompagnée de rougeur au visage, subite et passagère.

C

Céphalée : mal de tête.

Climatère : ensemble des symptômes générés par la carence œstrogénique, notamment au cours de la ménopause.

Codage : méthode utilisée lors des études qualitative consistant à étiqueter des fragments de texte selon leur thème.

Corps jaune : partie de l'ovaire qui sécrète la progestérone, se développe si l'ovule est fécondé il se développe, si l'ovule n'est pas fécondé, il se résorbe.

D

DIU = Dispositif intra-utérin : stérilet.

Dyspareunie : douleur lors des rapports sexuels avec pénétration vaginale, chez la femme.

F

Fibrome : tumeur bénigne du tissu conjonctif fibreux, ici au niveau de l'utérus.

FSH : Follicule Stimulating Hormone ou hormone folliculo-stimulante est sécrétée par l'hypophyse et agit sur les gonades (testicules chez l'homme et ovaires chez la femme).

G

Galactorrhée : écoulement de lait par le sein en dehors de l'allaitement.

Galénique (forme galénique) : forme des médicaments, concernant la préparation, la conservation et la préparation.

GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone est une neurohormone libérée par l'hypothalamus, et contrôlant la sécrétion des gonadotrophines (LH et FSH).

Gynoïde : littéralement qui a la forme d'une femme. Ici répartition gynoïde des graisses, sur la partie basse du corps (fesses, cuisses), par comparaison la répartition androïde des graisses est plutôt au-dessus de la ceinture abdominale (ventre).

H

HDL-c : High Density Lipoprotein-cholesterol : « bon cholestérol ».

Hyaluronique (acide) : polysaccharide qui assure la viscosité de divers liquides biologiques.

Hyperoestrogénie : taux d'œstrogène excessif.

Hypoestrogénie : manque d'œstrogène.

Hypophyse : appelée aussi glande pituitaire, glande située juste sous le cerveau, produisant des hormones stimulant d'autres glandes.

Hypothalamus : région à la partie antérieure et inférieure du cerveau et contrôlant le système nerveux végétatif et une partie du système hormonal, via l'hypophyse.

Hyperprolactinémie : augmentation excessive de la prolactine, hormone produite par l'hypophyse induisant la lactation. La prolactine augmente de façon physiologique durant la grossesse pour préparer l'allaitement.

Hystérectomisée : définie une femme ayant subie une hystérectomie, une ablation de l'utérus.

I

Iatrogène (adjectif) : provoquant des conséquences néfastes sur l'état de santé. Qualificatif utilisé pour acte, ou mesure à visée médicale c'est-à-dire ayant le but de préserver, améliorer ou rétablir la santé.

Intromission : Action par laquelle un objet ou un organe est introduit dans un autre objet ou organe. Ici, lors des rapports sexuels.

L

Lactobacillus : ou lactobacilles sont des bactéries (gram positives) présentes au niveau des muqueuses humaines (intestinales, orales et vaginales), elles sont présentes de façon physiologique et ne sont jamais pathogènes.

LDL-c : Ligh Density Lipoprotein-cholesterol : « mauvais cholestérol ».

LH : Luteinizing hormone ou hormone lutéinisante produite par la partie antérieure de l'hypophyse.

Lupus érythémateux disséminé : maladie inflammatoire chronique, pouvant affecter de nombreux organes, notamment la peau, les reins, les articulations, les poumons et le système nerveux.

M

Macérât glycériné : macération de bourgeons frais ou autres tissus végétaux au 1/20° de poids sec dans de la glycérine alcoolisée. Puis après filtration, dilution au 1/10 dans un mélange eau-alcool-glycérine.

Mastodynies : sensation de tension douloureuse des seins.

MRS : Menopause Rating Scale : échelle d'évaluation des symptômes au cours de la ménopause.

Myalgies : douleurs musculaires.

Médroxyprogestérone (acétate de) : forme synthétique de progestérone.

O

Œstradiol ou estradiol : hormone « féminine », œstrogène primaire impliquant le développement des caractères féminins. Sécrété par les ovaires, en réponse à la LH et la FSH, dérivé du cholestérol, via la testostérone. L'homme en sécrète un peu également, les obèses continuent d'en sécréter en post-ménopause, par la transformation des lipides. $

Oestro-progestative (adjectif) ici contraception oestro-progestative : plus souvent connue sous le nom de pilule contraceptive, associant des œstrogènes et des progestatifs dans le but de recréer un cycle hormonal, sans ovulation.

Ostéoclastique (adjectif) relatif à l'ostéoclaste : cellule de l'os qui détruit le tissu osseux vieilli, avant sa reconstruction par les ostéoblastes.

Ovariectomie : ablation d'un ou les deux ovaires.

Ovocytes : précurseur de l'ovule.

P

Per os : par la bouche.

Porphyrie : maladie métabolique héréditaire caractérisées par des manifestations neuroviscérales et des lésions cutanées.

Prodrome : ce qui annonce un évènement, souvent dans les migraines, ici, ce qui précède les bouffées vaso-motrices.

Progestérone : hormone stéroïdienne, synthétisée à partir du cholestérol sous l'action de la LH. Sa quantité varie au cours du cycle menstruel : en quantité importante à partir du 14^{e} jour, permet le maintien de la muqueuse utérine et inhibe les contractions utérines, en prévision d'une grossesse. En l'absence de fécondation, son taux chute, et l'évacuation de la muqueuse utérine a lieu.

Prurit : démangeaison cutanée.

R

Radiothérapie pelvienne : application thérapeutique de rayons X ou autres rayonnements, notamment au cours du traitement d'un cancer pelvien, c'est-à-dire situé en dessous du bassin osseux

RR : risque relatif : mesure statistique mesurant le risque de survenue d'un évènement dans un groupe par rapport à l'autre.

S

Saturation des données : lors d'une étude qualitative, la saturation des données est obtenue lorsque les entretiens ne rapportent plus de nouvelles idées.

Sphinctérienne : qui se rapport à un sphincter, dispositif musculaire entourant un orifice ou canal naturel et permettant son ouverture ou sa fermeture.

Stéroïdes : nom générique des hormones dérivées des stérols, sécrétées par les glandes endocrines (corticosurrénales, glandes génitales [testicules et ovaires], placenta). [On peut classer les hormones stéroïdes en 3 grands groupes en fonction des squelettes de base : 1° le groupe de l'œstrane, dont dérivent l'œstrone, ou folliculine, et les œstrogènes ; 2° le groupe de l'androstane, dont dérivent la testostérone et les androgènes ; 3° le groupe du prégnane, dont dérivent la progestérone, les progestatifs et les corticostéroïdes minéralocorticoïdes et glucocorticoïdes.]

Surrénalien : (adjectif) de la glande surrénale. Dans le texte, androgènes surrénaliens : hormone stéroïdienne produite dans le cortex surrénal.

Syndrome des ovaires résistants aux gonadotrophines : anomalie ovarienne primitive entraînant chez la femme une insuffisance ovarienne précoce due à un développement anormal des ovaires ou à une résistance à la stimulation gonadotrope.

Syndrome de Turner : anomalie chromosomique, absence complète ou partielle d'un des deux chromosome X, chez une femme. Le syndrome entraine le plus souvent une petite taille, un faciès particulier, des particularités des membres et un dysfonctionnement des ovaires, pouvant s'accompagner d'autres anomalies au niveau cardiaque et des reins.

Syndrome de l'X fragile : Le syndrome de l'X fragile est une maladie génétique qui entraîne, le plus souvent, un déficit intellectuel, des troubles du comportement et des anomalies physiques. Ses manifestations sont très variables d'une personne à l'autre et sont moins marquées chez les femmes que chez les hommes. Il est la cause la plus fréquente de déficit intellectuel héréditaire.

T

THM : traitement hormonal substitutif de la ménopause. Cf partie dédiée dans la première partie.

Thrombo-embolique : se dit d'un processus au cours duquel se forment des caillots intravasculaires susceptibles de migrer et de provoquer des embolies (obstruction brutale d'un vaisseau sanguin).

Tropisme : On dit d'une molécule, d'un médicament, d'un microbe, etc qu'il a un tropisme pour tel ou tel organe, quand il tend à se fixer ou être accumulé dans cet organe.

V

Verbatim : retranscription mot à mot des propos prononcés par l'enquêté.

Annexe 2 : Etudes concernant le THM par ordre chronologique

L'étude **HERS** (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study), publiée en 1998, est une étude prospective randomisée dans le cadre de la prévention secondaire des femmes ayant des antécédents coronaires avec des œstrogènes équins conjugués et de la médroxyprogestérone* contre placebo pendant 4 ans. L'étude montre que cette association moléculaire ne diminue pas le risque de survenu d'évènement coronaire, et qu'il existe au cours de la première année de traitement un surrisque coronaire. (97)

L'étude **WHI** (Women Healt Iniative), publie ses premiers résultats en juillet 2002 : il s'agit d'une étude américaine randomisée à grande échelle dans le but d'évaluer les principaux avantages et risques de l'utilisation d'hormones dans le cadre de la ménopause.
La durée prévue du suivi des patientes est de 8,5 ans. L'étude comprend deux branches :

La première comprenant 166008 femmes non hystérectomisées, de 50 à 79 ans recrutées entre 1993 et 1998. Il existe un groupe placebo, et un groupe test prenant des œstrogènes équins conjugués et de la médroxyprogestérone. Le 31 mai 2002, l'étude est suspendue par le comité de surveillance des données et de l'innocuité à la suite d'une balance bénéfice-risque négative.
Pour 10 000 personnes-année : il est constaté un surrisque de 7 pour les maladies cardiovasculaires, de 8 pour les AVC, de 8 pour les embolies pulmonaires, de 8 pour le cancer du sein. Contre une diminution de 6 pour le cancer colorectal et de 5 pour les fractures de hanche. (25)

L'autre branche de l'étude WHI est composée de 10739 femmes hystérectomisées : une partie traitée par œstrogènes équins conjugués seuls, et le groupe contrôle traité par placebo. L'étude est arrêtée prématurément en février 2004, à la suite d'une augmentation du risque d'AVC de 8 pour 10 000 femmes traitées par an. Le reste de l'étude constate une diminution du cancer du sein, mais non significative, et l'absence d'augmentation des accidents coronarien par rapport au groupe placebo. Une diminution du risque de fracture de hanche est observée. (98)

L'étude WHI conclue un effet protecteur sur les fractures vertébrales et du col du fémur (RR* = 0.66), dans les 2 branches. L'effet protecteur sur le cancer colique, n'est présent que dans la branche œstrogènes équins conjugués et médroxyprogestérone (RR = 0.63). Le risque thromboembolique* est présent dans les 2 branches (RR = 2). Le risque de cancer du sein, lui n'est présent que dans le groupe branche œstrogènes équins conjugués et médroxyprogestérone (RR = 1.26). Le risque coronarien, chez les femmes vierges d'antécédent coronarien, est observé uniquement dans la branche œstrogènes équins conjugués et médroxyprogestérone (RR = 1.29). Le risque d'AVC est présent dans les deux branches (RR = 1.41). (27)

La **MWS** (Million Women Study) publiée en 2003 concerne le suivi d'une population de 1 million de femmes. Sur 10 ans de traitements il est constaté 3 cas de cancer du sein de plus par an pour 10 000 femmes pour le groupe sous œstrogènes seuls, et 12 cas pour le groupe œstrogène et progestérone associée. Le risque relatif de cancer du sein sous THM est estimé à 1.66. (28)

L'**AFSSAPS** (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) présente de nouvelles recommandations et restrictions pour l'utilisation des THM, en 2003. Ces recommandations précisent le caractère non systématique des THM et des contre-indications cardiovasculaires du THM. (99)

La **revue de la littérature** réalisée en 2004, par la **NAMS** (North American Menopause Society) montre que les œstrogènes pris dès la ménopause améliorent la qualité de vie, diminuent l'incidence des fractures et la mortalité cardiovasculaire. (30)

L'étude **Hormone Therapy and Coronary Heart Disease**, en 2006, est une étude prospective sur des femmes ménopausées ; celle-ci montre qu'il existe une influence entre le moment de l'initiation de l'hormonothérapie, du temps écoulé depuis la ménopause et le risque coronaire. En effet plus le THM est introduit de façon précoce depuis début de la ménopause, moins le risque coronaire est augmenté. (31)

Une **sous-étude** auxiliaire à l'étude **WHI** a consisté à la réalisation d'un TDM cardiaque, après 7,4 ans de traitement, chez 1064 femmes qui avaient entre 50 et 59 ans lors de la randomisation. Le score calcique s'est révélé être plus faible chez les femmes prenant le traitement hormonal contre celles prenant le placebo. (100)

L'étude **ESTHER** (EStrogen ans THromboEmbolism Risk), publiée en 2007, est une étude cas témoins montrant que les œstrogènes administrés par voie cutanée n'augmenteraient pas le risque thromboembolique contrairement à ceux administrés per os. Il n'existe pas de risque avec la progestérone naturelle micronisée et les progestatifs pregnanes. (19)

L'étude **E3N** est une étude épidémiologique auprès de femmes affiliées à la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) publiée en 2008, sur 100 000 femmes de 40 à 65 ans, qui ne met pas en évidence d'augmentation du cancer du sein sous œstrogènes seuls. Lors de l'association œstrogène et

progestérone, le risque est augmenté de 30% lors de l'utilisation de progestatif de synthèse contre l'utilisation de progestérone naturelle micro-ionisée. (101)

Une **analyse secondaire** des résultats de la **WHI** est publiée dans le JAMA en 2008 montrant que les femmes ayant commencé le THM dès l'apparition de leur ménopause ont tendance à réduire leur risque de maladie cardiovasculaire contrairement aux femmes qui l'ont commencé plus tardivement. (32)

En 2011, lors d'une **étude de suivi** des femmes hystérectomisées du bras traité par œstrogènes seuls de l'étude **WHI**, il n'est pas retrouvé d'augmentation ni de baisse des risques cardiovasculaires, de phlébites, d'AVC, de fracture du fémur, de cancer colorectal, ou de mortalité globale. D'autres part, il est montré une baisse de 23% du risque de cancer du sein chez les femmes prenant les estrogènes seuls, comme cela avait été montré par les résultats de 2004, mais cette fois ci les résultats sont significatifs. (102)

The Cochrane Library publie en janvier 2017, une **revue de littérature** comprenant 22 études. Il en ressort que l'augmentation des préjudices est faible lors de l'utilisation à court terme d'une hormonothérapie à faible dose. Il y est rappelé les contre-indications des THM : antécédents de cancer du sein ou de l'utérus et antécédents thromboemboliques. La prévention des maladies cardiovasculaires primaires ou secondaires ou la prévention de démence ne justifie pas l'introduction d'une hormonothérapie. (33)

Plus récemment en août 2019, est publié dans **The Lancet**, une **méta-analyse** sur 58 études sur les THM et le risque de cancer du sein. Les principaux résultats sont une association des THM et de l'augmentation du risque de cancer du sein avec la durée de traitement, persistant jusqu'à 10 ans après son arrêt. Ce risque est plus élevé avec l'association œstrogènes et progestatifs que pour les œstrogènes seuls. Il ne ressort pas de différence entre les différents types d'œstrogènes, ni les différents types de progestatifs. L'augmentation du risque est retrouvée dans toutes les tranches d'âges. (34) (35)

Annexe 3 : Détails des controverses concernant le THM

Les publications concernant les effets délétères du THM ont eu lieu dans de célèbres revues, véhiculant un effet négatif du THM. Les études appuyant les effets négatifs, ont été grandement médiatisées, contrairement aux études réévaluant les premiers résultats, les modérant et qui sont passées inaperçues. (24)

En 2003, dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, le professeur Lopes s'interroge sur la rapidité des publications sur Internet (29). Il met en évidence des éléments critiquables des études WHI et HERS :

La population étudiée

- La moyenne d'âge est élevée : 63,2 ans au début de l'étude, dont 21% de plus de 70 ans, pour l'étude WHI. L'âge moyen de l'étude est de 67 ans pour HERS.
- La population a de nombreux facteurs de risques pour l'étude WHI : 70% avait une surcharge pondérale notamment 34% avait un IMC supérieur à 30 (obésité grade I) ; 35% sont traitées pour une HTA, on remarque 10% de tabagisme actifs, 39,9% tabagisme passif. Pour HERS, la population est globalement en surcharge pondérale pour un IMC moyen à 29.

Les molécules utilisées

- Les molécules sont données à dose non modulable de 0,625 mg/jour pour WHI.
- Sont utilisés des œstrogènes équins combinés et l'acétate de médroxyprogestérone qui ne sont pas indiqués en France, pour les deux études.

Cette augmentation des risques cardiovasculaire soulève la notion de fenêtre d'intervention : le THM a un effet protecteur artériel s'il est administré dans les premières années de la ménopause, et aura un effet délétère s'il est administré plus tardivement : ce qui est le cas dans cette étude avec une moyenne d'âge élevé. (14)(103)(104)

En France, contrairement aux Etats-Unis, ce sont des œstrogènes naturels qui sont utilisés et de préférence par voir transdermique. La progestérone utilisée est la progestérone naturelle et son isomère.

Le GEMVI, en 2012, rappelle que l'absence de premier passage hépatique de la voie transdermique est déterminante : il n'y a pas de variation des paramètres de l'hémostase, et donc de risque thrombotique. (103)

L'Institut National du Cancer publie une fiche repère en 2015 à propos des risques de cancer et des traitements hormonaux de la ménopause. Elle rappelle que le cancer du sein est la résultante de la durée d'imprégnation œstro-progestative au cours de la vie : entre la puberté et la ménopause, et ensuite par les traitements hormonaux de la ménopause. Il est précisé que ce risque est dépendant du type de progestérone utilisé : en effet le risque de cancer du sein n'est pas augmenté lorsqu'il est utilisé des progestatifs micronisé (naturels) ou la dydrogestérone et qu'ils sont pris sur une durée courte, maximum 5 ans. Lors de l'utilisation des œstrogènes seuls, le risque n'est pas augmenté. (37)

À la suite des articles de 2002, il y a un changement drastique des pratiques avec une diminution des prescriptions des THM, et une modification des voies d'administration ainsi que des progestatifs prescrits. En parallèle, en 2004, le dépistage du cancer du sein est généralisé.

Il a été observé une diminution transitoire des cancers du sein à partir de l'été 2002, puis une ré-augmentation. Ce phénomène est en accord avec l'hypothèse d'un effet promoteur : le THM accélérerait le développement des tumeurs préexistantes et passant inaperçues. Cela invalide l'hypothèse d'un effet initiateur où le THM aurait un rôle inducteur dans l'apparition de nouvelles tumeurs. (103)

L'HAS donne en deux fois son avis : Le service médical rendu par les THM est important dès lors que les symptômes de la ménopause sont gênants pour la femme (38). Elle recommande un traitement aux doses les plus ajustées sur une période la plus courte possible. L'indication doit être réévaluée chaque année avec une surveillance clinique et paraclinique. (22)

Le professeur Lopes rappelle qu'il ne faut pas trop rapidement extrapoler les résultats des études lorsque les populations sont différentes de la population traitée, et lorsque les molécules utilisées et leurs dosages sont différents de l'usage en pratique. (29)

En 2017, le GEMVI publie une fiche informative à l'adresse des patientes, recensant les effets indésirables et les effets bénéfiques des THM, pouvant aider dans l'introduction d'un traitement hormonal. (105)

Plus récemment, en septembre 2019, le GEMVI (Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal) répond au nouvel article publié en aout 2019 dans The Lancet, sur les THM et le cancer du sein : les résultats rapportés par cette méta-analyse ne sont pas nouveaux, et il s'agit pour la plupart d'études anciennes observationnelles avec des diagnostics de cancer d'année médiane de 1999 pour les études américaines, et de 2007 pour les études européennes.
Les molécules utilisées sont encore une fois des progestatifs de synthèses, qui ne sont plus utilisées

depuis 2002 en France. Il est déploré la non-inclusion de l'étude E3N montrant une absence de surrisque des progestérones naturelles pour une durée moyenne de 5 ans.

Le GEMVI conclue qu'il est regrettable qu'un nouvel article ne s'intéresse aux THM, que via le risque de cancer du sein, un risque qui est connu et non négligé par les médecins prescripteurs. Il déplore que ce type d'article occulte l'ensemble des bénéfices reconnus des THM : la correction des symptômes du climatère, l'amélioration de la vie des femmes, la diminution de l'incidence des fractures dues à l'ostéoporose, la diminution des maladies cardiovasculaires ainsi que la diminution de la mortalité globale comme cela avait été démontré par l'étude WHI, comme d'autres études d'observation. Il s'interroge également sur l'intérêt de publier des analyses sur des relations entre cancer du sein et THM à partir d'une étude datant de plus de 20 ans, et qui se base sur des traitements inusités depuis environ 15 ans. En France, l'estradiol cutanée est utilisé de façon préférentielle et il est associé à la progestérone micronissée ou à la dihydrogestéone, ceux-ci qui n'ont pas révélé d'augmentation des cancers du sein pour des durées de traitements de 5 à 7 ans.

Il est à noter également que, malgré une diminution des prescriptions de THM (moins de 10% des françaises actuellement), il est observé une augmentation des cancers du sein en France, ainsi que dans toute l'Europe. Cette augmentation peut plutôt être la conséquence de l'obésité, de la consommation d'alcool et de tabac, plutôt que de la prise d'un THM prescrit selon les bonnes indications. Il est également rappelé que le médecin doit utiliser une approche holistique de la santé des femmes, contrairement à la vision épidémiologique de ce genre d'article exposant un unique risque donné.(36)

Annexe 4 : Aromathérapie et Phytothérapie

Les plantes sont à l'origine de toutes les techniques thérapeutiques traditionnelles et ancestrales, vieilles de plusieurs millénaires. Les médicaments synthétiques sont des copies des molécules existantes dans la nature. Ce sont des molécules qui ont été synthétisées pour mieux maîtriser la concentration, car cette dernière peut varier en fonction de la plante et de son milieu de culture. Il est intéressant de travailler avec ce qui est présent dans la nature lorsqu'il s'agit de prévention ou de traitements de symptômes ne mettant pas en jeu la vie du patient. On trouve dans la nature une multitude de molécules pouvant être utilisées sans transformation, ce qui induit une économie énergétique et donc financière.

Comme nous l'avons vu précédemment, toutes les femmes ménopausées ne relèvent pas d'un traitement hormonal substitutif. Depuis le début des années 2000, les médecines alternatives connaissent un franc succès, à la recherche d'une prise en charge holistique, globale et appropriée. On leur préfèrera leur donner le nom de médecines complémentaires. Il est important qu'elles s'ajoutent à la médecine dite conventionnelle et non pas qu'elles s'y substituent.

- Définitions

La phytothérapie vient du grec « phyton », plante et « therapein », soigner ; il s'agit de l'usage des plantes dans un but thérapeutique.

Toutes les plantes contiennent des principes actifs, dont des molécules chimiques ayant des effets thérapeutiques ; mais l'activité de la plante ne se cantonne pas uniquement à ces principes actifs. Le « totum » est l'ensemble de la plante faisant acquérir des effets supplémentaires.

Il y a des règles de prescription pour la phytothérapie ; elles sont souvent négligées, pourtant il est important de les respecter pour éviter toute confusion. Pour la prescription de soins par des plantes, il convient d'utiliser la dénomination botanique binomiale : le nom du genre suivi du nom de l'espèce, en latin. Cette nomenclature parait fastidieuse mais est nécessaire, l'utilisation simple des noms vernaculaires, ou vulgaires, mène à des confusions. En effet, il est fréquent qu'une plante ne porte pas le même nom à travers les différentes régions du monde.

Il existe une multiplicité de formes galéniques en phytothérapie :

- la tisane avec des plantes « en l'état »
- la poudre de plantes sous forme de gélules
- la suspension intégrale de plante fraîche ou SIPF sous forme liquide
- l'extrait fluide glycériné de plante fraîche ou EPS
- l'extrait fluide

- la teinture, l'alcoolature et la teinture mère qui sont des préparations utilisant l'alcool comme véhicule d'extraction et de conservation
- le macérât glycériné de parties embryonnaires de plantes, il s'agit de la gemmothérapie
- les huiles essentielles, obtenues par distillation à la vapeur d'eau de l'essence végétale, sécrétion naturelle des plantes aromatiques, c'est l'aromathérapie.

Des éléments fondamentaux distinguent l'aromathérapie de la phytothérapie : les huiles essentielles sont très concentrées en principe actif. La composition d'une huile essentielle est souvent très différente en fonction de la plante : il n'est pas possible d'extrapoler les propriétés de l'une à l'autre. De nombreux principes actifs en phytothérapie sont hydrosolubles (solubles dans l'eau) alors que les huiles essentielles sont liposolubles (solubles dans les graisses). La liposolubilité d'une molécule lui confrère un tropisme* vers des tissus et des organes riches en graisse : le tissu cutané, les tissus membraneux, le foie et le système nerveux. De ce tropisme particulier peut en découler des toxicités propres.

- Aromathérapie au cours de la ménopause

Les ventes d'huiles essentielles (HE) explosent depuis une dizaine année (40). Malgré l'engouement actuel pour les HE, elles doivent être utilisées avec prudence : l'aspect naturel de ces produits ne doit pas faire oublier leurs éventuelles toxicités. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'huile essentielle est un extrait de plantes très concentré. Pour exemple, il faudra 100 kg de Sauge sclarée (*Salvia sclarea*, feuilles et sommités fleuries) pour obtenir 100g d'huiles essentielles de sauge. (41)

Il est important de rappeler quelques règles d'utilisation :

- On préfèrera une utilisation externe des huiles essentielles (cutanée, ou en diffusion atmosphérique) à une utilisation interne (orale, rectale ou vaginale) limitant ainsi la toxicité hépatique.
- Les huiles essentielles s'utilisent toujours de façon diluée, sauf exception lors d'utilisation aigüe. Pour diluer les HE, on utilise une huile végétale. Les huiles essentielles étant obtenues par distillation, elles sont des produits liposolubles, et ne se mélangent donc pas à l'eau. La concentration varie en fonction des huiles essentielles et de la durée de l'usage, on utilise le plus souvent une concentration de 5%.
- L'usage ne doit pas être trop prolongé, au maximum quelques semaines.
- Les huiles essentielles ne doivent pas être utilisées avant l'âge de 7 ans. Elles ont un tropisme cérébral et peuvent être neurotoxiques pour l'enfant. Il en est de même chez la femme enceinte ou allaitante, les huiles essentielles peuvent passer la barrière hémato-placentaire.

On remarque que l'utilisation non appropriée de ces produits dessert l'aromathérapie, en lui alléguant des toxicités constatées à la suite de ces mauvaises utilisations.

Dans le cadre de la ménopause, des huiles essentielles à activité hormonale sont parfois utilisées, mais il convient d'être précautionneux car beaucoup d'entre elles sont toxiques à haute dose, ou lors d'un usage prolongé, ce qui est souvent nécessaire au cours de la ménopause.

Exemple d'huiles essentielles utilisées dans le cadre de la ménopause :

- L'huile essentielle de sauge sclarée, *Salvia clarea* (sommités fleuries) contenant du sclareol procure un effet œstrogénique présentant les mêmes contre-indications que les œstrogènes synthétiques. (22)
- L'huile essentielle d'anis vert *Pimpinella anisum* (fruit) possède une activité œstrogénique par le dianéthole. (42)
- L'huile essentielle de fenouil *Foeniculum vulgare* (fruit) contient le trans-antéthole, mais également une cétone fenchone, qui peut avoir des effets toxiques. (42)

Face aux éventuelles toxicités de ces huiles essentielles, on préfèrera la phytothérapie stricto sensu.

- Phytothérapie au cours de la ménopause

En phytothérapie, au cours de la ménopause, on peut utiliser deux catégories de plantes : les plantes à phyto-œstrogènes et les plantes ayant d'autres propriétés intéressantes pour les symptômes de la ménopause.

Les phyto-œstrogènes ne sont pas considérés comme des médicaments mais comme une alternative naturelle à l'hormonothérapie substitutive de la ménopause.

Ces substances présentes naturellement dans certaines plantes ont une structure proche de celle du 17 béta-œstradiol. Les phyto-œstrogènes sont considérés comme des SERMs (selection Estrogen Receptor Modulators) naturels, exerçant tantôt une action agoniste ou antagoniste en fonction du tissu considéré.

Il existe quatre familles principales de phyto-œstrogènes :

- Les **isoflavones** contenus dans le soja et les légumineuses, le thé, le vin rouge, le trèfle rouge et la luzerne.
- Les **lignanes** contenus dans les céréales telles que le seigle, le riz, le sésame, le blé, l'orge, l'avoine, le maïs, ou encore dans les graines de lin, les noix, les cacahuètes, le café, le thé, les choux, la carotte, le fenouil, l'actée à grappes noires.

- Les **coumestanes** contenus dans la luzerne, le trèfle rouge, les pousses de soja.
- Les **stilbènes** contenus dans le raisin et le vin rouge.

Les phyto-œstrogènes sont ingérés de façon inactive par l'organisme et sont transformés par les β-glucosidases intestinales en aglycone, forme active capable d'être absorbée au travers de la membrane lipophile intestinale. La biodisponibilité varie donc en fonction de la flore bactérienne intestinale, du régime alimentaire, du transit et des éventuels traitements modifiant le transit. Par exemple, les isoflavones sont ensuite métabolisés par le foie, expliquant la contre-indication en cas d'insuffisance hépatique.

On remarque aussi que chez les populations asiatiques, grandes consommatrices de soja et de thé vert, les symptômes de la ménopause sont moins présents et que les fractures ostéoporotiques sont moins nombreuses. (9)

Les bénéfices sont dû à la consommation quotidienne de soja, représentant une dose de 45mg de phyto-œstrogènes quotidien par les populations asiatiques.

Des études ont été menées sur la consommation de soja ou des autres phyto-œstrogènes dans les populations occidentales. Ces études ont constaté des effets indésirables superposables aux œstrogènes synthétiques : il a été observé une augmentation du risque de cancer hormonodépendant. Et pourtant, les femmes asiatiques souffrent moins de maladie cardiovasculaire et de cancer hormonodépendant que les femmes occidentales.

Ces inégalités auraient plusieurs origines :

- L'absorption des isoflavones de soja diffère selon la présence ou non des bactéries responsables de la transformation des isoflavones en principe actif dans le microbiote intestinal, lui-même dépendant de l'origine ethnique et du mode d'alimentation.
- Une alimentation riche en fibre et en phyto-œstrogène serait un facteur protecteur contre les cancers hormonodépendants et les maladies cardiovasculaires. (42)

Les actions des phyto-œstrogènes sont difficilement avérées, les études sont contradictoires, mais il semblerait qu'ils fassent baisser le nombre et l'intensité des bouffées de chaleur, qu'ils augmentent la minéralisation osseuse, et qu'ils aient un rôle préventif dans les maladies cardiovasculaires et le cancer du sein (39). D'après le GEMVI, le soja prescrit à la dose de 35 à 135 mg/jour aurait une efficacité de 40 à 50% sur les bouffées de chaleur. (11)

Les contre-indications sont définies surtout par principe de précaution : on ne conseillera pas de phyto-œstrogènes à une patiente avec antécédent personnel ou familial de cancer du sein ou de l'endomètre.

En France, les phyto-œstrogènes ne sont pas considérés comme des médicaments mais plus souvent comme des compléments alimentaires.
Le statut de complément alimentaire est différent de celui du médicament, il ne nécessite pas d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), ni de contrôle de la qualité des produits proposés. Il faut que le consommateur soit vigilant sur la qualité du complément alimentaire qu'il se procure.(22)

Le CNGOF a mis en garde concernant l'utilisation des phyto-œstrogènes. Aucune étude à grande échelle n'a été réalisée, celle-ci n'étant pas obligatoire pour la commercialisation de ces produits.(10)
L'ANSES (Agence Nationale de SÉcurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) a demandé qu'apparaisse sur les aliments et compléments alimentaires contenant du soja, la dose d'isoflavone contenu et la mention *« limiter la consommation quotidienne à 1mg/kg de poids corporel »*. Les compléments alimentaires ne dépassent généralement pas 40mg d'isoflavones.

En conclusion, les compléments alimentaires pouvant apporter des phyto-œstrogènes apparaissent comme une solution favorisant l'amélioration des symptômes de la ménopause, mais ils ne sont pas suffisants. C'est avant tout une hygiène de vie saine, avec notamment une activité physique régulière, couplée à une alimentation équilibrée contenant des phyto-œstrogènes qui semble le plus efficace et se rapproche le plus du mode de vie des femmes asiatiques.

<u>Exemples de plantes à phyto-œstrogènes</u> :

Actée à grappes noires, *Cimicifuga racemosa*
Houblon, *Humulus lupulus*
Lin, *Linun usitatissimum*
Sauge officinale, *Salvia officinalis*
Soja, *Glycine soja*
Trèfle rouge, *Trigolium pratense*
Luzerne, *Medicago sativa*
Fénugrec, *Trigonella foenum-raecum*
Kudzu, *Pueraria lobata*,
Réglisse, *Glycyrrhiza glabra*

Etant donné que la période ménopausique peut être source de nervosité, ou de trouble de l'humeur, il est intéressant d'associer des plantes à activité hormonale à des plantes actives sur le plan psychique.

Exemples de plantes utilisées en cas de troubles de l'humeur et du sommeil au cours de la ménopause

Passiflore, *Passiflora incarnata*
Aubépine, *Craetaegus oxyacantha*
Ballote fétide, *Bollota nigra*
Mélisse, *Melissa officinalis*
Valériane, *Valeriana officinalis*
Eschscholtzia, *Eschscholtzia californica*
Kawa, *Piper methisticum*
Agripaume, *Leonurus cardiaca*
Aspérule odorante, *Galium odoratum*
Crocus ou safran, *Crocus staivum*

Lors de la péri-ménopause, les symptômes peuvent être assimilables à ceux du syndrome prémenstruel : tensions mammaires, migraines, tensions psychologiques, prise de poids, troubles de la circulation.

Ces symptômes seraient le résultat d'un déficit en progestérone. C'est pourquoi des plantes lutéotropes, stimulant le corps jaune*, produisant lui-même la progestérone, sont utilisées dans ce cas.

Exemples de plantes utilisables en péri-ménopause

Gattilier, *Vitex agnus-castus*
Alchémille vulgaire, *Alchemilla vulgaris*

Exemples de compléments alimentaires :

BETALANE	Actée à grappe *Cimifuga racemosa* ; magnésium	1 cp x 2/jour pendant 2 à 3 mois
BIOPAUSE	Germe de soja *Glycine max*	1x2 cp/jour
CLIMAX NHCO	Gél matin : Phymatolithon calcareum, Bêta-Alanine, L-Théanine, Aubépine *Crataegus laevigata*, L-Tryptophane, Passiflore *Passiflora incarnata*, Cassis *Ribes nigrum*, Reine des	2 gél matin et 2 caps le soir pendant 1 mois Puis 1 gél matin et 1 caps le soir pendant le 2 et 3ème mois

	près *Filipendula ulmaria*, Papaye *Carica papaya*, vit B3, B5, D, B6, B2, B1, B9 Capsule soir : huile d'onagre *Oenothera biennis*, huile de poisson, vit E	
CLIMEAL	Pollen ; orpin rose *Rhodiola rosea* ; petit houx racine *Ruscus aculeatus*, magnésium, vitamine E, vitamine B6	2 cp/jour en une prise
FADIAMONE ménopause	Pollen, magnésium vitamine D3, oméga 3	2 cp/jour
FEMELIS	Extrait sec de pollens (Pin *Pinus sylvestris* L. ; *maïs Zea mays* ; seigle *Secale cereale* L. ; dactyle *Dactylis glomerata* L.	2cp/jour max 6 mois
GONAXINE Ménopause	Alchémille *Alchemilla glabra* ; sauge sclarée *Salvia sclarea* L. ; achillée *Achillea millefolium* L. ; alfalfa *Medicago sativa* L. ; avoine *Avena sativa* L	1 à 3 cp/jour
GYDRELLE PHYTOFORT	Isoflavone de soja	1cp/jour
ISIOPAUSE	Pollens, magnésium, vit K2, Vit B6, Vit E	2 gel/jour
KOTOR MENO	Houblon *Humulus lupulus* L., maca *Lepidium peruvianum* L., vit C, vit E, lin	2 gel/jour
MENOCIA 12/12	Béta alanine, ortie *Urtica dioica*, vit C, houblon *Humulus lupulus* L. vit E, chrome, vit B5, vit D3, vit B8, L-cystéine, pin maritime *Pinus pinaster*, mélisse *Melissa officinalis*, L-tryptophane, selenium, zinc, vit B6	1 gel verte matin et 1 gel orange le soir
MENOLISTICA	Huile de bourrache *Borago officinalis* L. extrait de yam *Dioscorea villosa* L. huile de tournesol *Helianthus annuus*, fucus, huile de poissons , huile d'olive, cire d'abeille, vitamine E	3 capsules par jour 3 semaines sur 4
MANHAE	*Citrus sinensis* ; huile de bourrache *Borago Officinalis* ; huile	1 capsule par jour au cours d'un repas, pendant 4 mois

	de poisson ; gluconate de fer, gluconate de zinc, vit E naturelle, vit B9	
SERELYS	Pollens et vit E	2 cp/jour au moins pendant 2 mois
SERELYS OSTEO	Pollens, vit K2, vit D3, vit B6	2 cp/ jour
TAIDO MENOA	*Cimifuga racemosa*, magnésium, vit B6	2 gel/jour pendant 3 mois
TAIDO MENOACTIV	Cimifuga *Cimicifuga racemosa*, selenium, spiruline *Spirulina platensis*, vit B6, Vit D3	2 gel/jour pendant 3 mois

(106)

- Base de données HEDRINE (Herbe Drug Interaction databasE)

Noémie Massacrier, docteur en pharmacie, rappelle dans sa thèse que les plantes ne sont pas dénuées de toxicité directe ou indirecte, et qu'il faut être vigilant lors de l'automédication et tenir compte des éventuelles interactions avec les traitements conventionnels. Pour sa thèse, elle a répertorié des plantes utilisées en phytothérapie au cours de la ménopause en y indiquant pour chacune la composition chimique, leurs activités pharmacologiques, leurs principales indications, précautions d'emploi et contre-indications. Ces informations ont été intégrées dans la base de données HEDRINE, disponible aux professionnels de santé sur le portail Thériaque : http://www.theriaque.org/. La base de données HEDRINE a été créé en 2002 dans le but de fournir aux médecins et aux pharmaciens un outil scientifiquement validé. Il recense les études cliniques et les *cases reports*, afin de répondre aux questions concernant les interactions entre les plantes et les médicaments. En mars 2020, la base de données HEDRINE répertoriait 604 médicaments, 3741 interactions et 1206 études. (20,43)

Annexe 5 : Guide entretien thèse : Les femmes et la ménopause : le ressenti des patientes et leur prise en charge en médecine générale

Questions quantitatives :

1/ initiale prénom, nom et année de naissance (ex : Anne Dupuis née en 1960 = AD60)

2/ activité professionnelle PCS 2003 (Insee) : (si retraitée ancienne activité)

1.Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions Intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activité professionnelle

3/ lieu d'habitation : urbain/rural ?

4/ situation familiale :
Vit seule ? En couple (compagne, compagnon ?) ? Mariée ? PACsée ? Divorcée ?
Enfant ? au domicile ?

5/ ATCD médicaux ? traitements quotidiens ?
Age de la ménopause ?

Guide d'entretien

1/ Pouvez-vous me raconter votre vécu de la ménopause ?

- **BVM** ? Bouffées de chaleur ? transpiration ?
- gêne au niveau du **cœur** ? palpitation ?

- problèmes de **sommeil** : difficulté à s'endormir ? réveil matinal ?

- **humeur** triste ? au bord des larmes ? manque d'énergie ? sautes d'humeur ?
- **irritabilité** ? **nervosité** ? **stress** ? **agressivité** ?
- anxiété ? **angoisse** ? panique ?

- **fatigue** mentale ou physique ou intellectuelle ? diminution des **performances** en général ? problème de **mémoire** ? diminution de la **concentration** ? tendance aux oublis ?

- problème sexuel ? changement du **désir sexuel** ? de l'activité ? de la satisfaction ?
- **sécheresse** vaginale ? **brûlure** ? difficultés lors des rapports sexuels ?

- problème **urinaire** ?

- douleurs musculaires ? aux articulations ?

Définition de la ménopause ? Adjectifs ?

2/ Comment le médecin généraliste a abordé la ménopause avec vous ?

- Si jamais abordé **comment** auriez-vous apprécié qu'il le fasse ?
- **De quelle façon** cela a été fait ? péjoratif ? positif ?
- **Comment a-t-il répondu** à vos questionnements ? symptômes ? inquiétudes ?
- Comment vous êtes-vous **sentie écoutée** ? accueillie ?

3/ Avez-vous abordé le sujet de la ménopause avec d'autre professionnels de santé ? Gynéco ? SF ?
Avec vos proches ? compagne/ compagnon ? enfants ?
Collègues ?

Relance :
- Comment **vos proches ont-ils ressenti ces changements chez vous** ?
- Comment en parliez-vous avec eux ?
- Comment **avez-vous ressenti les éventuels jugements** ? Le regard des autres ?

4/ Quelle prise en charge vous a été proposé par le médecin ?

Relance :
- des **médicaments ?**

Si oui : qui ? quoi ? comment ?
Si non : car vous les refusiez ? ou car on ne parlait pas de votre ménopause ?
- prise en charge psychologue ?

Comment vous êtes-vous sentie par rapport à ça ?

5/ Quelles autres méthodes avez-vous essayé ?

Relance :
- **Phytothérapie ?** recette de grand-mère ? homéo ?
- sur les **conseils de qui** ? pro de santé ? amis ?
- **source d'info** ? livre (lesquels ?) internet (quel site ?)
- **quel bénéfice ?**

Annexe 6 : Questionnaire ménopause (Version français de Menopause Rating Scale MRS)

QUESTIONNAIRE MENOPAUSE

(Version français de Menopause Rating Scale MRS)

Date :

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants ? Pour chacun des symptômes, veuillez cochez la case correspondante :

- Pas du tout = 1
- Légèrement = 2
- Moyennement = 3
- Fortement = 4
- Très fortement = 5

	Symptômes / Echelle	1	2	3	4	5
1	Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)					
2	Gène au niveau du coeur (Battements de coeur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)					
3	Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)					
4	Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)					
5	Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)					
6	Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)					
7	Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)					
8	Problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)					
9	Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)					
10	Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)					
11	Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)					

www.lamenopause.fr

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

THESE DE MEDECINE GENERALE DE MADAME SEGOLENE BELLANGER

N° d'identification du participant :

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de femmes de plus de 50 ans, traitant de la ménopause.

L'objectif de ce projet est d'explorer vos ressentis sur ce sujet. La finalité de ce travail est d'améliorer la vie des femmes.

Réalisation de l'entretien et traitement des données :

Cet entretien est réalisé par Ségolène BELLANGER (moi-même). Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré avec votre accord.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

Utilisation des résultats :

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de Ségolène BELLANGER auprès de la faculté de médecine de Rouen et peuvent éventuellement être publiés.

Rétractation :

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Fait à , le

Nom, prénom, signature (précédés de la mention manuscrite : *lu et approuvé*) :

Bibliographie

1. Sophie Ouzounian, Sophie Christin-Maitre. Qu'est-ce que la ménopause ? La Revue du Praticien. 28 févr 2005;55(4):363-8.

2. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet].. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/accueil

3. Patrice Lopès, Florence Trémollières. Guide pratique de la ménopause. 2004. (masson).

4. Pearson PL. The variability of female reproductive ageing. Hum Reprod Update. avr 2002;8(2):141-54.

5. Gilles Body ; Xavier Deffieux ; Philippe Deruelle ; Olivier Graesslin ; Cyril Huissoud. Gynécologie Obstétrique Réussir les ECNi [Internet]. Elsevier / masson. Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français. Disponible sur: https://www.unitheque.com/Livre/elsevier_-_masson/Les_referentiels_des_Colleges/Gynecologie_Obstetrique-127921.html

6. Le cycle menstruel [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/cycle-menstruel

7. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - cycle menstruel [Internet]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/cycle_menstruel/1313347

8. Pr Patrice Lopes, Dr Florence Trémollières. MÉNOPAUSE ET ANDROPAUSE. La Revue du Praticien. 16 mars 2012;62(3):399-406.

9. Hassoun, Lachowsky, Mischlich, Ringa, Ménard J. Femmes, médecins et ménopauses. Nouvelle. Paris: Editions Masson; 2003. 192 p.

10. La ménopause - CNGOF [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/communiques-de-presse/108-menopause

11. GEMVI, Groupe d'Etude sur la Ménopause et le vieillissement hormonal [Internet].Disponible sur: http://www.gemvi.org/index.php

12. La problématique du désir sexuel chez la femme ménopausée : une évaluation succincte. //www.em-premium.com/data/revues/03682315/00280003/232/ [Internet]. 8 mars 2008 Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/113799/resultatrecherche/12

13. Bondil P. Vieillissement sexuel : mythes et réalités biologiques. //www.em-premium.com/data/revues/11581360/00170003/08000649/ [Internet]. 11 déc 2008; Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/195743/resultatrecherche/1

14. SFEndocrino. Ménopause [Internet]. Disponible sur: http://www.sfendocrino.org/article.php?id=706

15. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2 sept 2004;2:45.

16. Guilland J-C. Vitamines liposolubles (A, D, E et K). //www.em-premium.com/data/traites/gn/10-49502/ [Internet]. 1 sept 2009; Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/224736/resultatrecherche/12

17. Sport Santé - Loisir, bien-être, santé par le sport [Internet]. 2020 Disponible sur: https://www.sport-sante.fr/

18. Revue prescrire. Bouffées de chaleur de la ménopause. juin 2019;39(428):434-40.

19. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. Circulation. 20 févr 2007;115(7):840-5.

20. Massacrier N. Phytothérapie et ménopause: interactions plantes et médicaments - participation à HEDRINE [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.

21. CHUPS - Pharmacologie - DCEM1 [Internet]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/menaup.html

22. Claire David, Tomas Boinet. Soulager les signes climatériques de la ménopause - ScienceDirect. Actualités Pharmaceutiques. déc 2018;57:14-7.

23. Netgen. Traitement hormonal de la ménopause en 2016 [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-536/Traitement-hormonal-de-la-menopause-en-2016

24. Le THM en France : les chiffres [Internet]. Disponible sur: http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/articles-enquetes/125-le-thm-en-france-les-chiffres

25. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 17 juill 2002;288(3):321-33.

26. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SAA, Black H, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 14 avr 2004;291(14):1701-12.

27. Kerlan V. Mise à jour des traitements de la ménopause, après les controverses récentes. /data/revues/00034266/00660001/30/ [Internet]. 16 févr 2008 ; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/76326

28. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet. 9 août 2003;362(9382):419-27.

29. Lopes P. Que penser des résultats de la Women's Health Initiative (WHI) et de la Million Women Study (MWS) qui remettent en question l'intérêt du traitement hormonal de la ménopause ? /data/revues/03682315/00320006/500/ [Internet]. 9 mars 2008; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/114792

30. North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. avr 2007;14(2):168-82.

31. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. J Womens Health (Larchmt). févr 2006;15(1):35-44.

32. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA. 4 avr 2007;297(13):1465-77.

33. Jane Marjoribanks, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women [Internet]. Cochrane Library. 2017 . Disponible sur: https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.normandie-univ.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004143.pub5/full#CD004143-abs-0001

34. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. The Lancet. 28 sept 2019;394(10204):1159-68.

35. editor SBH. Breast cancer risk from using HRT is 'twice what was thought'. The Guardian [Internet]. 29 août 2019; Disponible sur: https://www.theguardian.com/science/2019/aug/29/breast-cancer-risk-from-using-hrt-is-twice-what-was-thought

36. GEMVI, GNGOF. Traitement hormonal de la ménipause (THM) et risque de cancer du sein : réponse du GEMVI à l'article du Lancet du 29 août 2019. [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/telechargement-fichier/fichiers?path=Presse%252F2019%252F2019-THM-Cancer-sein-Lancet-gemvi-cngof.pdf&Itemid=814

37. Institut National du Cancer. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers [Internet]. e-cancer. 2015. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Traitements-hormonaux-de-la-menopause-et-risques-de-cancers

38. HAS. Traitements hormonaux de la ménopause [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

39. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 19 nov 2002;137(10):805-13.

40. FranceArgimer. 7a - Commercialisation PM et HE circuit pharmaceutique.pdf [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.franceagrimer.fr/fam/content/download/60257/document/7a%20-%20Commercialisation%20PM%20et%20HE%20circuit%20pharmaceutique.pdf?version=3

41. Plantes à parfum - CIHEF - Comité Interprofessionnel des Huiles Essentielles Françaises [Internet]. Disponible sur: https://www.cihef.org/filiere/plantes-parfum-lavande-lavandin

42. Morel J-M. Traité pratique de phytothérapie. Paris: GRANCHER; 2008. 620 p.

43. Hedrine : Herb Drug Interaction Database: Enter [Internet]. Disponible sur: https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr/

44. Médicaments -Homéopathie : la liste des produits qui ne seront plus remboursés au 1er janvier 2021 | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13559

45. Universalis E. THÉORIE DES HUMEURS [Internet]. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-humeurs/

46. Espérance de vie, rappel historique [Internet]. Contrepoints. 2012. Disponible sur: https://www.contrepoints.org/2012/07/16/90515-esperance-de-vie-rappel-historique

47. Charlap C. La fabrique de la ménopause. Paris: Cnrs; 2019. 272 p.

48. Guillemain H. Ménopause, DicoPolHis. Le Mans Université, 2020 . Disponible sur: http://dicopolhis.univ-lemans.fr/fr/dictionnaire/m/menopause.html

49. Guimbail H (1859-19) A du texte. De la folie à la ménopause / par Henri Guimbail,... 1884. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469367m

50. Comment la ménopause est devenue taboue. Le Temps [Internet]. 22 févr 2019; Disponible sur: https://www.letemps.ch/societe/menopause-devenue-taboue

51. M. Lachowsky, D. Winaver. Aspects psychosomatiques de la ménopause - EM Premium. 2006;([Article 147-A-60]):1-6.

52. A.Wilson MDR. Feminine Forever. First Printing edition. Pocket Books; 1968. 176 p.

53. Les perceptions et les mythes sur la ménopause [Internet]. 2004. Disponible sur: http://rqasf.qc.ca/files/1.3mythes_meno_0.pdf

54. Beauvoir S de. Le deuxième sexe, tome 1 : Les faits et les mythes. Paris: Gallimard; 1986. 408 p.

55. Lévitique 15, Bible en français courant (BFC) | The Bible App [Internet]. Disponible sur: https://www.bible.com/fr/bible/63/LEV.15.BFC

56. madmoiZelle.com Quand soudain : le déodorant pour vulve [Internet]. madmoiZelle.com. 2019. Disponible sur: https://www.madmoizelle.com/deodorant-intime-978494

57. Hygiène intime : 3 étapes indispensables pour rester fraîche [Internet]. aufeminin. 2014. Disponible sur: https://www.aufeminin.com/sexualite-et-sante/hygiene-intime-femfresh-s1141371.html

58. Netgen. Les règles n'ont plus la cote : une question de contraception ou de choix ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-176/Les-regles-n-ont-plus-la-cote-une-question-de-contraception-ou-de-choix

59. editor ISS. New medical procedure could delay menopause by 20 years. The Guardian [Internet]. 4 août 2019; Disponible sur: https://www.theguardian.com/science/2019/aug/04/medical-procedure-delay-menopause

60. Yann Moix : « Même quand on rompt, on ment » [Internet]. Marie Claire. Disponible sur: https://www.marieclaire.fr/yann-moix-rompre-interview,1291590.asp

61. Bernard Andrieu sur Yann Moix: «Du porno à la pub, le modèle de la jeune fille nubile comme standard érotique». Le Temps [Internet]. 7 janv 2019 ; Disponible sur: https://www.letemps.ch/societe/bernard-andrieu-yann-moix-porno-pub-modele-jeune-fille-nubile-standard-erotique

62. Guessous SN. Printemps et automne sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc. Casablanca: Eddif Maroc; 2000.

63. Procréation médicalement assistée (PMA) | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462

64. Grossesse tardive : les stars enceintes après 40 ans [Internet]. Marie Claire.. Disponible sur: https://www.marieclaire.fr/,grossesse-tardive-45-ans-stars,20175,690593.asp

65. Média P. Tina Kunakey, la femme de Vincent Cassel, a accouché : découvrez le sexe et le prénom du bébé - Gala [Internet]. Gala.fr. Disponible sur: https://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/tina-kunakey-la-femme-de-vincent-cassel-a-accouche-decouvrez-le-sexe-et-le-prenom-du-bebe_428666

66. Colson M-H. Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? //www.em-premium.com/data/revues/11581360/00160002/06001757/ [Internet]. 25 juin 2007

67. pcsese2017-1-Agriculteurs | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1?champRecherche=true

68. Petersen W, Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Coédition Global Média Santé; 2018. 224 p.

69. COLLEGE DE MEDECINE GENERALE DE NICE (CAGE) - Recherche qualitative [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53

70. Beaujard C. Vécu des femmes ménopausées souffrant de troubles trophiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

71. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/content/article?id=108:menopause

72. Insee. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. 2019 Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-figure1_radio2

73. Insee. État matrimonial légal des personnes selon le sexe | Insee [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496

74. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 29 septembre 2020, n°24 Journée mondiale du coeur, 29 septembre 2020 [Internet]. Disponible sur: /import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-29-septembre-2020-n-24-journee-mondiale-du-coeur-29-septembre-2020

75. SFEndocrino. Hyperthyroïdie [Internet].. Disponible sur: http://www.sfendocrino.org/article/398/item-246-ndash-hyperthyroidie

76. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. Disponible sur: /determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception

77. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. La ménopause en pratique. Elsevier Masson; 2019. 352 p.

78. Nagata C, Shimizu H, Takami R, Hayashi M, Takeda N, Yasuda K. Hot flushes and other menopausal symptoms in relation to soy product intake in Japanese women. Climacteric [Internet]. 3 juill 2009; Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13697139909025557?needAccess=true

79. Vergne S, Sauvant P, Lamothe V, Chantre P, Asselineau J, Perez P, et al. Influence of ethnic origin (Asian v. Caucasian) and background diet on the bioavailability of dietary isoflavones. Br J Nutr. déc 2009;102(11):1642-53.

80. Kantar. Les Français et la ménopause [Internet]. Disponible sur: https://www.kantar.com/fr/inspirations/health/2020-les-francais-et-la-menopause

81. Bertschy G, De Ziegler D, Bianchi-Demicheli F. Troubles de l'humeur chez la femme périménopausique : traitement hormonal ou antidépresseur ? Revue Médicale Suisse [Internet]. 2005;1. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-33/30629

82. Assurance Maladie. Asthénie (fatigue) : définition, symptômes et causes [Internet]. Amélie. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthenie-fatigue/definition-symptomes-causes

83. Quels sont les signes de la ménopause ? [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.cngof.fr/menopause/328-quels-sont-les-signes-de-la-menopause

84. Monforte M, Mimoun S, Droupy S. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. //www.em-premium.com/data/revues/11667087/v23i9/S1166708713000389/ [Internet]. 3 juill 2013

85. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the "True" Prevalence of Female Sexual Dysfunctions and Does the Way We Assess These Conditions Have an Impact? The Journal of Sexual Medicine. 1 avr 2008;5(4):777-87.

86. Davis SR, Castelo-branco, Chedraui. Comprendre la prise de poids à la ménopause. CLIMACTERIC. 2012;15:419-29.

87. Greendale GA, Reboussin BA, Hogan P, Barnabei VM, Shumaker S, Johnson S, et al. Symptom relief and side effects of postmenopausal hormones: results from the Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial. Obstet Gynecol. déc 1998;92(6):982-8.

88. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-

sante.fr/jcms/c_272365/fr/ccq-cephalees-chroniques-quotidiennes-diagnostic-role-de-l-abus-medicamenteux-prise-en-charge

89. Vienet-Boulanger M-C. Traitement hormonal de la ménopause : quelle est l'acceptabilité des femmes symptomatiques seino–marines et euroises de 45 à 60 ans en 2017 ? 15 nov 2017;102.

90. Revue prescrire. Bouffées de chaleur et sécheresse vaginale liées à la ménopause. janv 2020 Disponible sur: https://www.prescrire.org/Fr/B01A62D52940B65FA58934E606F8D940/ViewClipping.aspx

91. Goldstein S. Un outil efficace de prise en charge de la ménopause en première ligne. Can Fam Physician. avr 2017;63(4):e219-22.

92. Tao M, Teng Y, Shao H, Wu P, Mills EJ. Knowledge, Perceptions and Information about Hormone Therapy (HT) among Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-Synthesis. PLoS One [Internet]. 16 sept 2011 [cité 21 nov 2020];6(9). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174976/

93. Bien vivre sa ménopause [Internet]. Santé Magazine. 2010. Disponible sur: https://www.sante-magazine.fr/sante/menopause-et-andropause/menopause/bien-vivre-sa-menopause-172698

94. Chiffres Clés : Gynécologue médical [Internet]. Profil Médecin. 2020. Disponible sur: https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/

95. Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035542928

96. Ioime E. Comment débute la vie contraceptive des adolescentes ? Etude de cohorte rétrospective de 22 819 adolescentes normandes. [Rouen]: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2020.

97. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA. 19 août 1998;280(7):605-13.

98. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SAA, Black H, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 14 avr 2004;291(14):1701-12.

99. AFSSAPS. Traitement hormonal substitutif de la ménopause Caractéristiques de l'utilisation en France Effets sur la survenue de cancers du sein et d'évènements cardiovasculaires en France Propositions d'études complémentaires [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9f6f8e565b5c23b497549ef4c50b2fe2.pdf

100. Manson JE, Allison MA, Rossouw JE, Carr JJ, Langer RD, Hsia J, et al. Estrogen Therapy and Coronary-Artery Calcification. N Engl J Med. 21 juin 2007;356(25):2591-602.

101. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. Int J Cancer. 10 avr 2005;114(3):448-54.

102. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2 oct 2013;310(13):1353-68.

103. Gabriel André, Florent Trémolleres, Anne Gompel. Le THM, 10 ans après la WHI [Internet]. GEMVI. 2012. Disponible sur: http://www.gemvi.org/congres-session-74.php

104. WHI (Women Health Initiative) [Internet]. Disponible sur: http://www.menopauseafem.com/afem/index.php/articles-enquetes/128-whi-women-health-initiative

105. GEMVI. Fiche informative patiente THM [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.gemvi.org/documents/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf

106. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescipteurs libéraux [Internet]. VIDAL.. Disponible sur: https://www.vidal.fr/

Résumé

Introduction

La ménopause est un événement physiologique survenant chez toutes les femmes.

Elle peut avoir des conséquences physiques, comme des bouffées de chaleur, des troubles génitaux ou des troubles de la sexualité. Ces symptômes peuvent avoir une incidence psychique : asthénie, trouble de l'humeur ou irritabilité. Cet ensemble de symptômes physiques et psychiques en fait une période qui peut être délicate dans la vie d'une femme.

Cette étude qualitative a pour objectif d'analyser le ressenti des femmes lors de leur ménopause et d'évaluer la prise en charge en médecine générale.

Méthodes

Quinze entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de femmes ménopausées recrutées par la méthode « boule de neige ».

Résultats

Quatorze des femmes ont présenté des symptômes de ménopause, qui ont pu interférer dans leurs rapports sociaux, que ce soit dans la sphère personnelle, amicale, familiale, conjugale ou dans la sphère professionnelle.

La ménopause a été un sujet de discussion fréquent avec les proches, mais toujours de façon assez superficielle ; dans seulement trois cas, le sujet a été évoqué avec le médecin généraliste. Les femmes pensent en majorité que la ménopause devrait être abordée, notamment par leur médecin généraliste.

La fin de la fertilité a représenté une période marquante pour la plupart de nos enquêtées, qui a été accueillie de façon variable en fonction des femmes, de leurs caractères, de leurs vécus, leurs convictions, et aussi vis-à-vis de leurs interactions sociales.

Conclusion

La ménopause est un virage qui peut s'avérer délicat dans la vie d'une femme. Le médecin généraliste devrait évoquer la ménopause de façon assez systématique, pour que les femmes puissent exprimer leurs symptômes. Le praticien aurait aussi pour objectif de détecter d'éventuels troubles de l'humeur dans le but de mieux accompagner les femmes au cours de leur ménopause.

Mots clés

Ménopause – Ressenti – Médecine Générale – Prise en charge – Symptômes – Définitions – Femmes