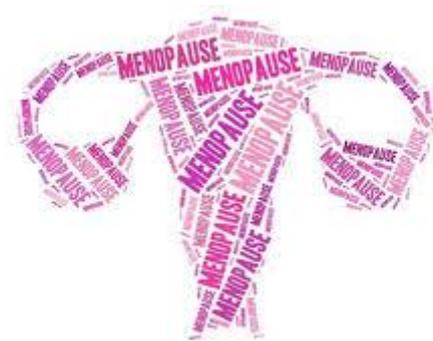


ECRIT PROFESSIONNEL

Formation au Conseil Conjugal et Familial

Planning Familial Bordeaux – NA

Pourquoi les femmes ménopausées sont-elles si peu accompagnées et prises en charge dans le cadre de la prévention pour la Promotion de la Santé Sexuelle des Femmes, alors qu'elles représentent, aujourd'hui, 11 millions de personnes en France.



REMERCIEMENTS

Au risque de créer une certaine redondance à ceux effectués lors de mon premier rapport de stage rédigé dans le cadre de cette formation et peut être même une impression de « flagellation » positive (un sourire se dessinant sur mon visage au moment même où je m'autorise à poser ces mots), je tiens en premier lieu, à me remercier.

Oui, je me remercie d'avoir osée prendre le risque, une nouvelle fois, dans mon parcours de vie, personnel et professionnel, de me lancer dans une nouvelle aventure humaine et intellectuelle, d'oser le changement.

Changer de cap, de métier, m'ouvrir à de nouvelles perspectives, me confronter à mes compétences, mes qualités, mes acquis aussi, sont autant de déséquilibres ressentis, venant bousculer ma stabilité, interne et externe, acceptant d'une certaine façon, de déconstruire certaines idéologies peut-être ou postures, ou bien encore croyances, pour aller vers une RE-construction, encore plus accomplie que la précédente.

Cumuler un emploi à temps plein très prenant, être inscrite dans une vie familiale, amicale, sociale et s'investir dans un projet de formation de presque 2 ans, à plus de 650 km de son domicile, n'a pas toujours été facile. Malgré des moments de doutes, de déception, j'ai dans la globalité de ce parcours apprécié chacun de mes pas, de mes découvertes, de mes rencontres et surtout de mes changements. Alors, oui, à l'aube de la grande finalité de ce projet, je me remercie et suis fière de moi.

Je remercie ma fille, mes amis et ma famille pour leurs encouragements et leurs croyances en mes possibles.

Je remercie mes collègues, mes cadres et ma direction de m'avoir permis d'aller au bout de mon projet, en m'autorisant d'investir d'autres sphères, que celles dont j'ai la responsabilité actuellement, en m'accordant leur soutien, leur patience et leur compréhension. Je remercie tous les enfants et familles dont j'ai le suivi, pour avoir acceptés et compris mon manque de disponibilité, parfois.

Enfin, je remercie le Planning Familial de Bordeaux pour m'avoir permis d'intégrer cette promotion. Je remercie mes collègues de promo, devenus.es source de soutien, d'inspiration, de questionnement et de changement mais aussi source de partage et de bienveillance et qui ont contribué à me faire grandir tout au long de ce parcours.

Je dédicace une mention spéciale à Marion, Alice et San pour cette fabuleuse rencontre humaine et professionnelle, pour leurs transmissions et leurs personnalités, tant appréciées. Je remercie Caroline, Coline, Fabrice, Elie et les autres intervenants pour leur partage de connaissances et leurs capacités à nous transmettre dans la générosité et la bienveillance.

Je remercie mes deux tutrices de stages CCF qui ont su me transmettre toute leur passion lors de mon immersion en centre d'orthogénie ou en CPEF, m'offrant une autre approche du métier. Je remercie ces femmes, ces couples qui ont accepté ma présence de stagiaire durant leurs entretiens, et qui m'ont permis de partager et vivre leurs questionnements, leurs doutes, leurs choix, instant suspendu et privilégié d'un moment de leur vie.



« Lorsque nous écoutons, nous n'avons pas besoin ni de connaissance en psychologie, ni de formation en psychothérapie. L'important est de savoir être présent aux sentiments et aux besoins spécifiques que ressent un individu ici et maintenant. »

Marshall ROSENBERG

PLAN

Préambule

- 1. Introduction et problématique**
- 2. La ménopause : qu'est-ce que c'est vraiment ?**
 - Définition
 - Origine du terme
- 3. La ménopause sociale**
- 4. La ménopause physiologique**
- 5. La transmission par les figures profanes**
- 6. Influence culturelle : La ménopause vue d'ailleurs**
- 7. Analyse et propositions d'actions dans le cadre de la fonction de CFF**
- 8. Conclusion**

Bibliographie

Annexes

Résumé

PREAMBULE

Tout mon parcours professionnel s'est effectué dans le secteur de l'animation et du social, au cœur de la relation d'aide et de l'accompagnement social, éducatif et professionnel, auprès de public variés : enfants, adolescents, adultes. Titulaire du Diplôme d'Etat d'Educatrice Spécialisée, j'ai exercé dans diverses structures telles que des maisons de quartiers, des centres d'hébergements d'urgence pour femmes victimes de violences, des instituts médico-sociaux, des centres de formations pour adultes ou encore de réinsertion socio-professionnelle.

Depuis plus de 20 ans, j'exerce en Protection de l'Enfance, au sein du département des Bouches du Rhône. Dans le cadre de l'assistance éducative et de soutien à la parentalité, j'interviens auprès d'enfants, âgés de 0 à 21 ans, confiés au Département, soit par mesures administratives ou judiciairisées, ainsi qu'auprès de leurs familles dans une dynamique de prise en charge globale de leur projet de vie. Ces interventions socio-éducatives sont guidées et prédéfinies, par la Loi du 7 Février 2002, relative au cadre national de la Protection de l'Enfance.

Durant la période de confinement de mars 2020, j'ai profité de cette forme de ralentissement global imposé par cette crise pour réfléchir à mes perspectives professionnelles, mes envies, mes désirs, en lien avec mes compétences et mes qualités, certainement activée par un sentiment de limites ressenties, non dans l'intérêt de mes fonctions mais plus par le cadre d'injonctions et de contraintes devenu trop pesant pour moi. Il était pour moi nécessaire d'envisager un changement, sécurisé, me garantissant de conserver mon statut actuel tout en m'ouvrant à de nouvelles missions et compétences.

Comment évoluer, comment continuer à m'épanouir, comment m'enrichir et recréer une dynamique professionnelle, tout en restant au plus près de mon éthique, ma déontologie et de la relation d'aide.

Par relation d'aide, j'entends celle définie par Carl ROGERS : « relations desquelles l'un au moins des protagonistes, cherche à favoriser chez l'autre, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie ».

J'ai regardé les postes à pourvoir en interne, les missions, les directions. Les fonctions d'encadrement ne m'intéressaient pas. Cependant deux postes de Conseillères Conjugales et Familiales (CCF) étant à pourvoir, mon attention était piquée. Les mots « conseil-familial-conjugal » résonnaient positivement en moi et se situaient au point d'équilibre qui anime mon éthique et mon implication professionnelle et personnelle.

En effet, il y a maintenant une dizaine d'année, j'ai ressenti le besoin de me former à l'approche systémique pour mieux appréhender et accompagner les familles, les couples et les enfants, que j'accompagnais. J'ai donc effectué la formation de Thérapeute Conjugale et Familiale en quatre ans, avec l'organisme de la Durance situé à Marseille. Ce nouvel angle de vue est venu bousculer, déstabiliser plusieurs points d'équilibre en moi, tant professionnellement que personnellement, pour me mener vers un nouvel ancrage, un nouvel équilibre plus en accord avec celle que j'étais devenue.

J'ai vu mon regard, ma posture et mon accompagnement se modifier dans une approche plus globale et plus à l'écoute des ressources et des « compétences des familles », définies par Guy Ausloos, pédopsychiatre belge, spécialisée en thérapie familiale systémique. Alors, j'ai prêté un vif intérêt à m'informer de plus près aux compétences requises, aux missions, aux rôles et fonctions d'une CCF au sein d'un CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale) du CD 13 (Conseil Départemental), bien consciente d'aller me confronter à nouveau à un point de déséquilibre mais assise et dotée d'une expérience et des compétences plus ancrées, plus militantes et alignées en accord avec moi.

J'exerce au sein d'une Maison Départementale de la Solidarité, dans une dynamique de travail pluridisciplinaire et transversale (médecins pédiatres, puéricultrices, infirmières, médecins gynécologues, sages-femmes, conseillère conjugale et familiale, auxiliaires de puériculture, conseillère en économie sociale et familiale, assistantes sociales, éducatrice de jeune enfant, éducateur.ric.es, psychologue, d'un secrétariat et d'une équipe des responsables), encadrée et organisée autour de trois grandes missions : La prévention sociale / L'enfance Famille / La Protection Maternelle et Infantile. Je n'ai pour autant que peu eu l'occasion de rencontrer la CCF. Elle occupe un poste à mi-temps sur 2 structures, et nos actions respectives, nous ont laissé, jusqu'ici, que peu d'occasions à travailler ensemble.

Je fais l'hypothèse que nous appartenons à deux directions distinctes et que nos approches auprès des usagers, qu'elle soit individuelle, auprès des familles et des couples ne se situent pas au même carrefour d'entrée, bien que toutes deux pleinement inscrites dans une Relation d'Aide. L'une intervient dans une « libre adhésion », l'autre dans une « aide sous injonction judiciaire ou administrative », une « aide contrainte » comme le nomme Guy HARDY, assistant social, formateur en approche systémique et en PNL (Programmation Neurolinguistique), dans son livre : « S'il te plait, ne m'aide pas ! » - Collection Relations 2012.

Après quelques recherches autour du métier de CCF, il me paraissait évident d'être pleinement en alignement et en harmonie avec mes envies, mes désirs, mes attentes et mes perspectives professionnelles, personnelles et humaines. J'ai donc sollicité la formation de Conseillère Conjugale et Familiale. Après des entretiens professionnelles et l'obtention d'accords de la DPMIST ainsi que celui de la DGAS, j'ai entamé mon parcours de formation au sein du Planning Familial de Bordeaux, en octobre 2021.

J'ai beaucoup appris, déconstruit et reconstruit certaines notions, approches, regards. Je me suis dotée d'un nouveau langage, d'un nouveau regard, d'une nouvelle appréhension des normes sociales, de la place, fonction de chacun et de l'identité de genre, de compétences et techniques nouvelles, qui m'ont enrichi durant ces deux dernières années. Mes deux stages pratiques, l'un en service d'orthogénie d'un centre de maternité et gynécologie, l'autre en Centre de Planification m'ont permis d'allier théorie et pratique, en expérimentant directement, le rôle et la fonction d'une nouvelle CCF, en devenir.

C'est donc dans le cadre de ma fin de formation et en vue d'obtenir mon diplôme, que je présente cet écrit professionnel.

1. INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

Lors de mon premier stage, effectué en service de gynécologie sociale et orthogénie au sein du Centre Hospitalier de Pertuis et d'Aix en Provence, j'ai rencontré différentes femmes, seules ou en couple, jeunes ou plus âgées, venues rencontrer les professionnels de ce service, avec l'intention d'avoir recours à une interruption de grossesse. C'était ma première expérience au sein d'un tel service, enfin, en qualité de professionnelle, stagiaire Conseillère Conjugale et Familiale, à vrai dire.

Dans mon parcours personnel, jeune adulte de 24 ans, (il y a plus de 25 ans), j'ai eu recours à l'interruption volontaire de grossesse, ne me sentant pas, à ce moment précis de la vie, prête à avoir et assumer un enfant. Conseillée par des professionnelles du Planning Familial du 95, ma démarche s'est faite dans la plus grande discrétion, tant au niveau familial qu'amical. Je pense alors qu'à ce moment de vie, je n'assumais pas cette décision, craignais le regard des autres.

Je suis issue d'une culture familiale, où nous ne parlions pas de sexualité ou encore de tout ce qui était lié au développement psycho-physiologique (menstruations, contraceptions, masturbations, changement corporel et hormonal). Dans mon cercle amical, je n'ai pas plus, le souvenir d'une parole libre et partagée, sauf dans un cercle intime très restreint de pairs. Comme si, la sphère de l'intimité de chacun était délimitée par une frontière invisible à ne pas franchir. Ma mère, ma grand-mère ne m'ont pas transmis leurs histoires, leurs ressentis relatif à leurs constructions de « femmes en devenir ou de mère ». C'est comme si chacune devait se débrouiller avec son propre passage, sa propre transformation, son changement.

Les notions de féminismes ou de militantismes n'étaient pas inscrites non plus dans le fonctionnement familial, dans lequel j'ai grandi, plutôt traditionnel et patriarcal, dans les places et rôles de chacun. Pour autant, adolescente dite « rebelle » par les miens, je me suis rapprochée de personnes ressources et aidantes, dont les valeurs humaines me correspondaient plus en terme d'ouverture sur le monde, de modes d'interactions ou de modalités de communication. La maturité de la vie, les changements et les évolutions, individuels et collectifs, personnels, familiaux, communautaires et sociétales, ont contribué à modifier les partages, les rôles et les fonctions en faisant évoluer les esprits collectifs, même si notre société est encore lourdement impactée par le prisme de pensées patriarcales.

Avant d'effectuer ce stage, j'avais quelques appréhensions liées avant tout, à la posture de CCF que j'allais nouvellement devoir prendre, en comparaison avec mes fonctions professionnelles. Accueillir à une demande d'IVG, en accompagnant la femme, le couple, dans leur cheminement et décision, sans jugement et dans une écoute et un conseil inconditionnel, sans que j'y apporte un cadre, une protection d'injonction, allait modifier mon intervention. Mes inquiétudes se tournaient principalement sur les demandes d'IVG de mineurs et leurs capacités à faire « un choix éclairé », en prenant en considération leur contexte de vie et les conséquences de poursuivre ou non une grossesse.

En effet, mon expérience d'éducatrice spécialisée en Protection de L'Enfance, m'avait amené à rencontrer de nombreuses adolescentes en prise à ce choix et constater des situations de précarité, de ruptures familiales, de conflits, de placements judiciairisés pour répondre à des situations de mises en danger. Souvent confrontée au manque de moyens et de réponses adaptés d'une sphère privée ou sociétale, je m'inquiétais de me défaire de cette « casquette » pour enrober « la robe de mes nouvelles fonctions ».

J'avais bien pris conscience du changement de posture et rôle, se modifiant progressivement dans mon accompagnement, devenant cette CCF en construction, du cadre référentiel et déontologique, dans lequel aujourd'hui, je me glissais et comment, chez moi, cela allait venir bousculer mes préconstruits (mes acquis, ma pratique), pour lesquels je m'étais formée tant théoriquement que dans la pratique.

Ainsi je m'attendais, je crois, à rencontrer durant cette période de stage de 40 heures, un pourcentage plus important de jeunes femmes, voire d'adolescentes, en demande d'IVG. Si la moyenne d'âge était en réalité autour de 30-35 ans, nous avons accueillis 4 femmes, dont deux venues en couple, âgées respectivement de 43, 44, 45 et 47 ans. Toutes quatre avaient arrêté leurs moyens de contraception depuis plusieurs mois, par choix, par conviction. L'une d'elle dira : « j'ai avalé des hormones durant plus de 20 ans » ; l'autre expliquera le choix d'une contraception définitive masculine, en cours, avec son époux, les deux autres utilisent des moyens de contraceptions tels que le préservatif ou le retrait. Des choix éclairés et consentants mais aussi justifiés par une phrase commune aux quatre : « **à mon âge, je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte** », faisant lien avec leur « **entrée dans l'ère des quadras ou presque quinquas et la phase de pré-ménopause** », corrélé avec un cycle hormonal plus irrégulier mais aussi avec une sexualité plus distendue.

Cette phrase a résonné en moi durant plusieurs jours, semaines. Je me souviens avoir eu le besoin de partager cette expérience avec mon entourage professionnel et personnel, ce dernier étant essentiellement composé de personnes de la même tranche d'âge. Je me suis demandée ce que j'aurai fait à leur place. Pour ma part, j'ai été placée en ménopause artificielle à l'âge de 42 ans, à la suite d'un problème médical. Le choix d'une maternité ou de questionnements autour de ma fertilité étaient résolument et définitivement, statué.

Je m'interrogeais sur ce point de « normalité » qui semblait les unir. Etait-ce le fruit d'une pensée individuelle, d'une croyance collective ou bien d'une sorte de norme sociétale, portée par un discours médicalisé et transmise de génération en génération ?

Je me sentais aussi déstabilisée dans mes croyances et ma carte du monde, préétablie en moi. Avec toute sincérité et authenticité, je pense que j'avais alors intégré le fait, que des personnes ayant eu enfants, ayant une sorte de maturité sexuelle, ayant rencontrées les prémices de l'arrivée du VIH, ces personnes âgées de 40/50 ans, étaient plus ou moins au clair sur les risques d'une sexualité non protégée. Je pensais aussi certainement, que les IVG ne concernaient que peu cette tranche d'âge, déjà dotée de connaissances de moyens de contraception (pilules, stérilets hormonaux ou non, préservatifs masculins / féminins, méthodes naturelles). Encore une fois, autour de moi, nombreuses sont celles qui me confieront ne plus avoir de moyens de contraception ou encore ne pas se sentir concernées par les campagnes publicitaires contraceptives, ne correspondant pas aux figures d'apparemment des cibles visées.

Mony ELKAIM, psychiatre et psychothérapeute, figure emblématique de la thérapie familiale, parle de « carte du monde », pour la croyance construite par un individu à partir de son histoire familiale et personnelle, qui constitue le fond de son identité. Il s'agit en quelque sorte d'un mythe fondateur, constitutif de l'identité aussi bien d'un individu ou d'un groupe. Elle peut être différente de celle de notre interlocuteur, de celle de la personne que nous rencontrons. Pour qu'il y ait rencontre, il est alors nécessaire de s'intéresser, de découvrir, comprendre et accepter, sans jugement, celle qui guide l'autre.

La question des représentations sociétales, quant à la féminité, la fécondité, la sexualité des femmes et plus particulièrement autour de ces « quadras ou quinquas », a progressivement envahi mon intérêt. J'ai sondé mon entourage professionnel et personnel quant à leurs pratiques, leurs méthodes de contraception mais aussi quant à leur rapport à l'âge.

Moi-même appartenant à cette catégorie, je me sentais aussi pleinement concernée. Une forme de pudeur relative à l'âge m'a quelque peu amusée : « on ne dit pas que l'on vieillit », « on frôle avec humour ce cache-cache de la ligne du temps ». On s'attache à prendre le plus possible soin de soi, à cacher les stigmates du vieillissement, succombant à une injonction du jeunisme, imposée par les médias, le regard sociétal, activant ainsi une nouvelle forme d'exclusion par des critères liés à l'âgisme que l'on retrouve au niveau de l'emploi, de certains lieux festifs destinés au moins de 40 ans, par exemple.

Si l'on connaît quelques désagréments liés à ce carrefour de vie (corps vieillissant, douleurs articulaires, rides, etc.), on connaît aussi des joies à vivre des changements, notamment autour du cycle de vie d'une famille, les enfants grandissant laissant place à plus d'autonomie et de liberté.

C'est aussi un carrefour de vie où l'on compte de nombreuses séparations ou deuils, qui après une période plus ou moins longue de souffrance, de déstabilisation de son homéostasie, une autre période de la vie peut se réinventer et s'inscrire dans processus positif et dynamique d'aller vers une nouvelle existence, une existence différente. Il peut s'avérer nécessaire de se faire accompagner et soutenir par des professionnels spécialisés tels les psychologues, psychiatres, médecins, conseillers conjugaux ou thérapeutes, dans ce changement.

Qu'en est-il de son rapport à la sexualité dans cette période dite de vieillissement ?

J'ai commencé à lire des articles, écouter des podcasts en lien avec la façon dont on appréhendait la sexualité des femmes, à partir de cette tranche d'âge.

La prévention de dépistage autour du cancer du sein, du col de l'utérus, la prévention des risques liée aux maternités dites tardives, le suivi médical renforcé pour les traitements d'ostéoporose ou cardiovasculaires, semblait alors être, la porte d'entrée des suivis et accompagnements médico-sociaux de ces femmes âgées de 40 ans et plus.

Le manque de prévention autour des IST, par exemple, alors que l'on note une augmentation des prises de risques et contaminations pour cette tranche d'âge ou encore le vide immense d'information et de sensibilisation autour de l'entrée en péri-ménopause, me paraissaient flagrant.

Pour autant, peu d'expériences sont à noter autour d'une sensibilisation de l'entrée en ménopause.

Progressivement, encouragée par les deux CCF, tutrices de mes stages, par mes amis.es, mes collègues, je me suis de plus en plus focalisée sur cette période, rencontrée par Toutes, appelée **Ménopause**.

Etait-il possible de bien vivre sa ménopause ?

Pouvait-on encore se sentir femme ?

Quelles étaient les images véhiculées ?

Quel était le poids d'un héritage féminin au-delà du temps ?

Existait-il un tabou et était-il possible de lever les tabous sur cette période de la vie de toutes les femmes, de mieux les informer de ce qui se passe dans leur corps, leur donner conseil et réponses concrètes ?

Toutes ces questions me semblaient alors être en plein accord avec mes futures fonctions de CCF et je me projetais totalement dans ce genre de futur accompagnement. Sujet qui me touchait particulièrement de par mon histoire et ma place de femme au sein d'une société, d'une culture.

Depuis que le monde est monde, les femmes vivent la Ménopause. Les mots désignant l'intimité féminine, les règles et la fin du sang, existent dans le langage courant.

L'âge médian de la ménopause se situe à 51 ans. Si l'on considère que l'espérance de vie de la femme est actuellement de 85,3 ans, alors elle vit 1/3 de sa vie ménopausée.

Longtemps considéré comme un tabou, la ménopause suscite encore un bon nombre d'interrogations et d'idées reçues.

Alors qu'en est-il réellement de l'accompagnement proposé aux femmes qui vivent la ménopause ?

Pourquoi les femmes ménopausées sont-elles si peu accompagnées et prises en charge dans le cadre de la prévention pour la Promotion de la Santé Sexuelle des Femmes, alors qu'elles représentent, aujourd'hui, 11 millions de personnes en France.



Même dans le cadre de ma formation CCF, cette thématique autour de cycle de vie n'est pas abordée.

La Conseillère conjugale et familiale intervient dans un cadre de prévention de santé sexuelle des femmes, tout au long de leur vie. Cette période semble encore bien trop marquée d'invisibilité ou de prise en charge adaptée.

A chaque femme ses questions dans sa singularité et à chaque femme ses réponses. A chacune, peut-être, son féminin et son masculin, une équation complexe parfois, qui peut réclamer de se mettre au travail pour construire son désir et sa place.

En tant que future CCF, je serai amenée à travailler dans un CPEF des Bouches du Rhône, (Centre de Planification et d'Education Familial), nom en cours de mutation dont il semble que la nouvelle appellation serait « Centre de Santé pour Femmes ».

L'une des missions principales est la planification et l'éducation familiale : contraception, conseil conjugal, éducation à la vie et à la santé sexuelle, IVG médicamenteuse, entre autres, en visant une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif et du sanitaire. J'aurai à mettre en place également, des actions dans les MDS mais aussi dans les centres sociaux, à domicile, au sein d'établissements scolaires, par exemple.

La culture de la ménopause est propre à notre contexte social, culture partagée, qui trouve son principal fondement dans les discours médicaux. Ceux-ci s'intéresse à la ménopause sous l'angle physiologique et l'appréhendent comme une carence hormonale, associée à des troubles, à des risques. En conséquence, on nous offre un regard étriqué qui associe la ménopause à une expérience de la perte et du déclin, propres aux femmes. C'est un regard diffusé à travers de nombreux discours de femmes ménopausées.

Je me suis convaincue qu'en tant que CCF, je pourrais apporter un soutien, une écoute et un accompagnement adapté à ce groupe de femmes, souvent considéré comme « invisible » ou « oublié » dans l'appréhension de cette nouvelle phase de vie, trop régulièrement ressentie, vécue et appréhendée comme une expérience négative ou pire encore, de dégénérescence.

La CCF, de par sa place et ses missions, peut agir et contribuer à une meilleure appréhension de ce cycle de vie des femmes, par une sensibilisation et des actions menées, en ce sens, dans le cadre de la prévention de la Santé Sexuelle des femmes, dans chacun des cadres d'interventions relatifs aux missions de la CCF et même en libéral.

Faire changer les mentalités, améliorer les connaissances individuelles et collectives, lever les tabous et activer les ressources, orienter et conseiller, pour une meilleure prise en charge, favorisant l'épanouissement et un mieux vivre, de cette période qu'est le pré-ménopause et la ménopause, en tant que femme, mère, conjointe, dans une introspection individuelle et dans les interactions aux autres.

Dans un premier temps, je m'attacherais à définir ce qu'est la **Ménopause**, et mettre en lumière ces différentes formes : la **ménopause sociale**, prémices d'une **ménopause physiologique**.

Il s'agira aussi de constater la force de transmission et de comparaison existantes entre semblables, appelées aussi « **figures profanes** » et qu'en fonction de son origine culturelle ou sociale, celle-ci peut être perçue et appréhender de manières très distinctives.

Enfin, j'appréhenderais **mes futures fonctions de CCF comme actrices de changement** pour sensibiliser, prévenir et accompagner toutes les personnes concernées par cette période de transition et changement, qu'est la **Ménopause**, dans un souci de prise en charge globale de la santé des femmes, favorisant l'épanouissement individuel, dans une dynamique collective, pour continuer d'évoluer au sein d'une société concernée.



2. LA MENOPAUSE, qu'est-ce que c'est vraiment ?



Définition de la Ménopause :

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Assurance-Maladie, une femme est considérée comme ménopausée au terme d'une année entière sans règle (l'absence de règles est également appelée aménorrhée) : par épuisement du capital folliculaire, arrêt de l'ovulation des cycles et arrêt andocrinovarienne des sécrétions hormonales des œstrogènes.

On parle aussi de **Péri ménopause**, appelé aussi Pré ménopause : Il s'agit d'une période de transition comprise entre la période du fonctionnement normal des ovaires (où les cycles sont réguliers) et la phase post-ménopausique.

Selon Wikipédia, Ménopause, du **grec méno**, règles et **pause**, arrêt, appelée aussi *âge climatérique*, est l'arrêt du cycle ovarien, le symptôme le plus visible étant l'arrêt définitif des règles. Ce phénomène biologique n'est connu que chez les êtres humains et quatre autres espèces de mammifères (des cétacés). Chez l'humain, lors de la ménopause, la femme ne possède plus suffisamment de **follicules** car ceux-ci ont été utilisés pour le cycle ovarien soit les cellules folliculaires ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire.

Elle est divisée en plusieurs étapes : la péri-ménopause (période d'irrégularité des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles) et la post-ménopause (ménopause confirmée). La ménopause se produit habituellement vers la fin de la quarantaine ou le début de la cinquantaine. Wikipédia nous précise aussi qu'on la qualifie parfois, de façon familière chez l'humain, de « retour d'âge ».

Origine du terme :

La Ménopause relève avant tout d'une construction sociale. Dès son origine, elle reflète la crise du vieillissement, la cause de maladies mentales et explique les « fureurs cleptomanes » ou encore sexuelles. Le concept de la Ménopause est construit sur un mode pathologique, rendant alors le corps fécond, comme norme sociale.

Au 18^{ième} siècle, se développe l'intérêt pour les sciences naturelles et de la catégorisation des êtres et donc des sexes. Les menstruations n'étaient envisagées que comme une marque distinctive d'un sexe. Elles deviennent alors une caractéristique physiologique féminine. Nous sommes alors dans l'ère de la pensée bi-catégorielle du corps : féminin et masculin. Dans les écrits médicaux, on commence à s'intéresser aux grossesses et aux accouchements.

L'apparition du terme « ménopause » émerge en France en 1821, inventé par le médecin français Charles de Gardanne. A l'époque, on expliquait le fonctionnement du corps humain en termes d'humeurs. A l'intérieur de ce paradigme, la ménopause était perçue comme un manque de force pour expulser « le sang des règles ». On considérait que ce « trop-plein de sang » était délétère et qu'il créait un cortège d'affections, parce que faute d'être évacué, le sang montait au cerveau. Pour guérir, on pratiquait des saignées ou on appliquait sangsues.



Au début du 19^{ième} siècle, se développe l'intérêt pour la ménopause et donc celui de la santé des femmes. Le corps des femmes commence à être considéré comme un « cas particulier » par rapport à celui des hommes.

Sexes masculins et féminins vont être différenciés à partir de spécificités anatomiques posées comme déterminantes, de manière opposées et hiérarchisée.

On pense le corps en terme d'humeurs et donc la ménopause comme responsable de nombreux troubles féminins. Des interdits sont alors imposés aux femmes ménopausées, comme prendre le train ou faire du vélo.

C'est à partir de ce moment précis, que s'affermissent les représentations du féminin, associé à la nature, au corps, à la reproduction, au domaine émotionnel, à l'espace privé ; et du masculin associé à la culture, à l'esprit, au domaine rationnel, à l'espace public.

Après avoir longtemps était considérée comme une maladie, le règne des hormones s'impose au début du 20^{ième} siècle, décrivant alors la ménopause comme une carence en œstrogènes, ce qui va contribuer massivement à la création de l'image négative du vieillissement féminin. Le rôle des œstrogènes expliquant le processus de ménopause, constitue le socle de la médicalisation de celle-ci.

La ménopause est « pathologisée, médicalisée et pharmacologisée », devenant ainsi une maladie.

On en parle en terme de symptômes : bouffée de chaleur, dépression, etc.

On en parle en terme de risques : cancer, ostéoporose, risque cardiovasculaire.

La ménopause est inscrite dans l'Index des Maladies, du site « PasseportSante.net ».

Elle est appréhendée aujourd'hui comme un problème de santé qui mérite des solutions.

Les injonctions faites aux femmes sont celles qu'elles ont toujours connues, tout au long de leur vie et qui viennent renouveler la surveillance de leur corps : « Il y a toujours eu un souci avec le corps des femmes », nous précise Cécile CHARLAP, dans son ouvrage La Fabrique de la Ménopause. « Leurs règles sont un problème, leurs arrêts est un problème ».

Alors que la représentation du sang menstruel est « interdite » par nos normes, dans l'histoire, des milliers de tableaux nous offrent la vue d'écoulement de sang. Celui-ci n'est accepté que par l'angle de vue de conquêtes, de trophées ou de blessures collectives.

La création de l'injonction faites aux femmes, d'un suivi médical de ce sang et de ce corps, trouve sa source dès l'adolescence et le début du cycle menstruel. Il est de coutume de mener sa fille auprès de ce médecin spécialisé : le gynécologue, dès l'apparition des premières règles. Il est déjà moins usuel de mener son fils chez un spécialiste pour voir si son liquide biologique expulsé de son corps, nommé aussi sperme, est actif et productif.

L'apprentissage de la surveillance du corps, des menstruations, de la contraception du couple, pèse sur les femmes. L'injonction faites aux femmes, au 19^{ième} siècle, relative à la Ménopause, venait enjoindre une abstinence sexuelle.

Aujourd'hui, l'injonction de la société nous « invite » à ne pas avoir de grossesse après 40 ans. Les grossesses chez les femmes de 38-40 ans, sont présentées comme « particulières » et considérées comme « dangereuses ou à risque ».

Cela contribue à la construction d'une norme de déprise de la fécondité à partir de la quarantaine, distincte de celle de la paternité à 40 ans, chez un homme.

En conséquence, la stérilité chez les femmes arrive bien avant la ménopause.

On parle de Ménopause sociale qui se construit dans le discours médical et médiatique.



3. LA MENOPAUSE SOCIALE

Avant d'entrer un peu plus loin dans le sujet, je ressens de besoin d'éclairer la notion de « norme » que je vais employer tout au long de mon écrit.

Selon BECKER, sociologue américain, la norme n'existe pas en soi. C'est un ensemble de discours et de pratiques qui définissent des situations et des comportements appropriés à celles-ci.

Certaines actions sont prescrites : ce qui est bien ; d'autres interdites : ce qui est mal. La norme est toujours construite socialement. Selon ce dernier, les normes sociales sont construites en partie du fruit du travail d'entrepreneurs de morale, qui se mobilisent pour faire adopter ou maintenir une norme sociale. Ces normes découlent de valeurs, elles sont abstraites et ne peuvent pas être directement traduites sous forme de règles.

C'est l'interprétation de ces valeurs, par un groupe d'individus qui donne corps à la norme. Ce qui induit la notion de déviance, selon BECKER, qui explique qu'un individu est déviant parce qu'il est perçu comme tel par la société : il est « étiqueté » déviant (théorie de l'étiquetage ou labelling). La déviance n'a donc de sens qu'au regard d'une norme socialement construite, qui aurait pu être autre.

La ménopause sociale constitue une institution déterminante dans l'expérience de la ménopause, enjoignant les femmes à la cessation de la reproduction à partir de la quarantaine. Un bon usage du corps est implicite : elles passent de « pouvoir procréer au devoir de ne plus le faire ».

La diffusion de la norme qui invite les femmes à utiliser une méthode moderne de contraception si elles ne souhaitent pas d'enfant a indéniablement contribué à redéfinir les parcours génésiques (se rapportant à la génération et à la reproduction des êtres humains) des femmes en permettant le passage d'un modèle de maternité « subie » à celui de maternité « choisie » (Bajos et Ferrand, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative » - 2006).

Mais comme le montrait déjà les recherches d'Annette Langevin, (« Régulation sociale du temps de fertile des femmes » – 1984) il y a trente ans, le « choix » renvoie toujours moins au nombre d'enfants qu'à celui du « bon moment » pour les accueillir. Or, ce bon moment se définit socialement et médicalement en terme d'âge maternel essentiellement.

Ces normes tendent à enfermer l'utilisation du temps de fertilité des femmes dans des limites plus contraignantes que celles physiologiques, du corps humain, qui amènent à stigmatiser les femmes qui ne s'y soumettent pas.

Malgré la forte injonction faite aux femmes de ne pas concevoir « trop tard » et la forte intériorisation de cette norme, le mouvement de décalage de l'âge de la maternité s'est effectivement prolongé au-delà d'un âge considéré comme idéal, tant socialement que médicalement.

S'il est largement admis que la phase de transition de la jeunesse à l'âge adulte se soit concrètement allongée, les normes sociales sont restées très prescriptives sur l'arrivée de la première naissance. Le traitement social des maternités dites tardives révèle ainsi, au-delà de l'évolution des modèles familiaux, le poids des tensions normatives auxquelles sont confrontées les femmes.

Pour autant, ces dernières décennies sont marquées par un report important de l'âge à la première naissance, lié à une meilleure maîtrise individuelle de la fécondité grâce aux moyens contraceptifs, de la notion pensée de désir et projet d'enfant, mais aussi de par l'allongement d'études et d'évolution de carrières professionnelles, notamment des femmes.

Ces changements pourraient être mis en lien avec la lutte pour l'évolution des droits des femmes au sein de notre société.

La construction de la norme de la ménopause sociale s'opère au sein de l'institution médicale et d'autre part, elle est nourrie par un mécanisme fondamental : la désignation de sa transgression dans l'espace médiatique.

En exemple, les stars telles que Monica BELLUCCI, donnant naissance à son deuxième enfant à l'âge de 45 ans ; ou encore, Laurence FERRARI, enceinte de son 3^{ième} enfant à 43 ans, feront la UNE de l'actualité. Ces femmes qui ne se soumettent pas à cette norme, font l'objet d'une désignation publique de leur grossesse, mettant en avant l'âge de ces femmes en exergue, mais ne parlant pas ni de la grossesse, ni de de l'accouchement. Elles enfreignent la norme de la ménopause sociale, la médiatisation réaffirmant ainsi la norme, qui rappelle le caractère exceptionnel de leur expérience, « à ne pas reproduire ».

4. LA MENOPAUSE PHYSIOLOGIQUE

Dans notre culture, la ménopause physiologique est une expérience ancrée dans la médicalisation, processus par lequel, des questions non médicales se voient définies et traitées comme des problèmes médicaux, en termes de maladies ou de troubles.

L'institut médicale délivre aux femmes un modèle éducatif efficient, construisant ainsi la catégorie ménopause, à partir d'une rhétorique fondée sur le symptôme, la déficience et le risque. Le discours médical enjoint d'une certaine façon les femmes, a opéré un apprentissage du corps ménopausé.

Les femmes sont invitées, d'une certaine façon, à porter attention à certaines sensations et à interpréter certains signes du corps, afin d'être à même de décoder les signes d'une nouvelle grammaire médicale. Cette lecture médicale du corps opère comme éducation. Apprendre à être ménopausée consistera alors à opérer la transformation de la sensation en symptôme.

L'interaction avec le médecin en constitue l'épisode majeur, au cours duquel le praticien endosse un double rôle de « passeur et d'éducateur ». Cet apprentissage consiste en l'assignation des femmes à une catégorisation minorée, forme d'étiquetage réalisé par le médecin, référent savant pour les femmes, passant alors de « femme » à « femme ménopausée ».

Avoir une identité implique d'être assignée à une place spécifique dans le monde.

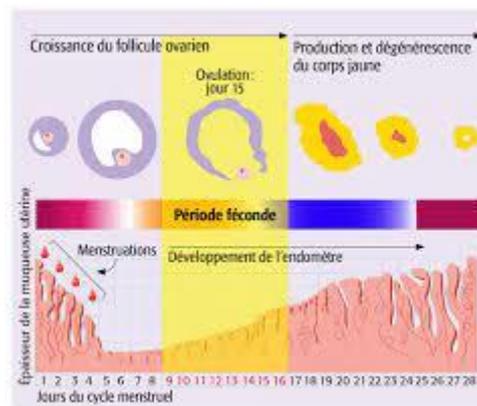
Un petit point biologique et anatomique s'impose !

La ménopause correspond à l'arrêt du fonctionnement ovarien donc des règles. En général, elle survient entre 45 et 55 ans, avec une moyenne autour de 50 ans.

Le cycle ovarien est orchestré par les follicules présents dans les ovaires. Dans un premier temps, l'un d'eux mûrit : l'ovocyte qu'il contient grossit, incitant l'ovaire à sécréter des œstrogènes.

Ceux-ci stimulent la croissance muqueuse de l'utérus, appelée endomètre, qui s'épaissit en vue d'une possible grossesse.

Autour du 14^e jour, le follicule éclate pour libérer l'ovocyte, devenu ovule. Il se transforme alors en corps jaune et diffuse de la progestérone qui va stopper la prolifération des cellules de l'endomètre et donner à celui-ci les propriétés nécessaires à la nidification. Mais si l'ovule n'est pas fécondé dans les jours qui suivent, le corps jaune disparaît. Le taux de progestérone chute brutalement.



Cette chute, conjuguée à une moindre production d'œstrogènes par les ovaires, induit la desquamation (élimination des couches superficielles de l'épiderme sous forme de petites lamelles) d'une partie de l'endomètre.

Ce sont les règles. Un nouveau cycle s'amorce alors et cet enchaînement se poursuit jusqu'à la fin de la réserve de follicules. Constituée avant la naissance, elle est en effet limitée.

Quand le stock de follicules s'amenuise, la production de progestérone s'arrête, suivie par celle des œstrogènes. Il n'y a alors plus de menstruations.

Cet arrêt du cycle ovarien passe le plus souvent par une période de transition : **la périménopause.**



Pendant deux à quatre ans, les règles peuvent devenir irrégulières, le syndrome prémenstruel (seins douloureux, irritabilité...) s'accroître ou apparaître et, sans que ce soit systématique, des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes peuvent survenir.

La ménopause est confirmée après 12 mois sans saignement.

Si la ménopause arrive avant 40 ans, on parle d'insuffisance ovarienne prématurée. Celle-ci peut être naturelle ou provoquée par un traitement lourd (ablation des deux ovaires, chimiothérapie ou radiothérapie, par exemple).

En plus de l'arrêt des règles, la ménopause s'accompagne parfois de symptômes, appelés troubles du climatère (synonyme de ménopause). Leur intensité et la durée de leur manifestation varient : certaines femmes y échappent tandis que d'autres en sont très gênées.

Selon les chiffres de l'INSERM – 2017, 80% des femmes présentent au moins un autre symptôme que l'arrêt des règles. 20 à 25% se plaignent de troubles affectant leur qualité de vie à un moment ou un autre de leur ménopause.

Certains symptômes peuvent être transitoires, présents les premières années puis s'atténuent avec les temps. Cela peut être des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, des maux de tête, une sensation de fatigue, des troubles du sommeil, une irritabilité ou encore des douleurs articulaires.

D'autres peuvent s'installer durablement, comme une sécheresse vaginale ou des troubles urinaires.

Mais les œstrogènes n'ont pas qu'un rôle sexuel. Ils interviennent aussi dans d'autres mécanismes : remodelage osseux, métabolisme, etc. Leur déficit peut donc être associé à des pathologies plus graves. L'ostéoporose, par exemple, est 2 à 3 fois plus présente chez les femmes ménopausées que chez les hommes du même âge. Le risque cardiovasculaire en raison du déficit d'œstrogènes qui a un rôle protecteur sur les artères.

Le risque du cancer du sein n'augmenterait pas avec la ménopause mais avec l'âge et avec le nombre total de cycles mensuels. Les facteurs comportementaux (utilisation de traitements hormonaux, consommation d'alcool, tabagisme, indice de masse corporelle, alimentation) sont attribués au risque.

Dans son ouvrage, *Ménopausée et Libre*, Sophie KUNE nous liste « les signes qui ne trompent pas », tirés de « megsmenopause.com » :

- Les signes les plus « Famous » : cycles irréguliers, l'aménorrhée, bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, baisse de la libido, sécheresse vaginale
- Les signes qui « tourneboulent et foutent les boulent » : anxiété, irritabilité, troubles paniques, difficultés de concentration, sautes d'humeur, cerveau embrumé, fatigue, insomnies, étourdissements, dépression
- Les signes « physiques...pff » : perte de cheveux et ongles cassants, peau sèche, prise de poids, ballonnements, fuites urinaires, descente d'organe, ostéoporose, allergie, battements cardiaques irréguliers, modification de l'odeur corporelle.
- Les signes qui font « aie aie aie » : douleurs mammaires, seins qui grossissent, maux de tête, douleurs articulaires, bouche brulante, nausées et problèmes digestifs, tension musculaire, picotements aux extrémités

En terme de prise en charge de la ménopause aujourd'hui, des médecins peuvent proposer un traitements hormonaux (THM) destinés à remplacer les œstrogènes et la progestérone qui n'est plus produite par l'organisme.

Le profil de risque de chaque femme ainsi que le bénéfice du traitement doivent être régulièrement évalué.

8 à 10 % des femmes seulement prennent un traitement hormonal (Source Inserm.fr.2017)
D'autres se tournent vers des médecines naturelles et traitements alternatifs, tels que les compléments alimentaires, le yoga, l'acupuncture, etc.



L'apprentissage de la ménopause se fait aussi en interactions avec des figures profanes telles que les mères, les aïeules et les pairs.

5. LA TRANSMISSION PAR LES FIGURES PROFANES

Les figures profanes participent à l'apprentissage de la ménopause. Les mécanismes qui sous-tendent l'apprentissage auprès de ces interactantes sont l'observation, l'anticipation, la recherche de conformité et le partage de savoir.

Les interactions autour de la ménopause diffèrent selon les CSP (catégorie socio-professionnelle) ou les lieux de résidence des femmes. En milieu rural, par exemple, il est repéré que les catégories populaires partagent d'avantage leur expérience en famille alors que les catégories supérieures évoquent le silence qui entoure la ménopause, dans le cercle familial.

Le fait que la ménopause soit l'objet d'interaction, dépend ainsi de la « culture somatique », propre à chaque catégorie sociale. BOLTANSKI, sociologue français, définit la culture somatique comme « les représentations sociales et les pratiques corporelles –légitimes- au sein d'un groupe ».

Dans l'expérience de la femme, la figure maternelle constitue une référence à part, figure d'interaction réelle ou non. Aux yeux de presque toutes les femmes, la ménopause relève de l'atavisme (hérédité des caractères physiques ou psychologiques). Si la mère opère comme référence, la figure de mère fonctionne soit comme repoussoir, soit comme modèle, avec pour cœur des affects.

Plus largement, l'apprentissage de la ménopause se fait en interactions avec les femmes de la famille et les pairs, l'observation constituant un ressort important de l'apprentissage.

« J'ai vu jamais ma mère se plaindre de bouffées de chaleur, je l'ai jamais vu avoir des bouffées de chaleur, donc je me n'attendais pas à une catastrophe », Inès ;

« Ma grand-mère avait beaucoup de bouffées de chaleur, c'était au point qu'il fallait qu'elle se mette en soutien-gorge. J'ai des images comme ça de ma grand-mère, sur le moment, ça me faisait rire », Odette ;

« On en a parlé avec mes copines, celles qui ont commencé à avoir des symptômes en parlaient aux autres, pour savoir combien de temps et d'années ça dure ? », Lisette ;

« J'en ai parlé à mes sœurs, je voulais savoir si c'était normal ce qui se passe », Josée ;

« On se demande ce qu'on prend comme traitement, on se donne des conseils au sujet des THS, s'il faut ou non en prendre », Mylène.

Témoignages tirés de l'article Corps.2014

Il apparaît qu'en dehors de la sphère médicale, l'apprentissage de la ménopause constitue un système d'interactions informel et codé. Les interactantes y sont ménopausées et l'objet de ces interactions est d'ordre symptomatique.

Hors de ce système, les femmes n'évoquent pas ou très peu l'expérience de la ménopause.



6. INFLUENCE CULTURELLE : la ménopause vue d'ailleurs :

Le système socioculturel de références à l'intérieur duquel la femme évolue influence nettement la façon dont la femme perçoit et va vivre sa ménopause. L'origine ethnique, sociale et géographique a aussi son importance.

Aux Etats-Unis, par exemple, les études montrent que, selon leur « niveau social », les femmes considèrent soit que la ménopause est une maladie, soit qu'elle n'est qu'un changement prévisible qui survient dans leur vie. Pour celles qui pensent que c'est une maladie, le perçu est nettement plus négatif que chez celles pour qui ce n'est qu'une transition, voire un signe de vieillissement.

De même, il est noté que les femmes de type caucasien souffraient plutôt de de symptômes de la série psychosomatique, tandis que les femmes de type afro-américain se plaignaient plutôt de symptômes de la série vasomotrice.

En Asie, par exemple dans le Japon traditionnel, il n'y a pas de mot pour désigner la ménopause. Il y a un terme, le « konenki », qui englobe le vieillissement général, féminin comme masculin : le blanchissement des cheveux, le raidissement du corps, etc. Cela renvoie à des représentations du corps, différentes.



De même, si en Occident, être féconde, c'est mettre au monde un enfant, au Japon, cette notion se poursuit dans l'éducation : les grands-mères sont considérées, se sentent « toujours fertiles » parce qu'elles participent et s'occupent de l'éducation de leurs petits-enfants.

Aux alentours de la cinquantaine, les femmes vivent un changement social important : leur rôle s'intensifie dans la cellule familiale, où elles doivent prendre, également en charge l'accueil et le soin des parents âgés.

Chez les Bété, au Cameroun, être ménopausée permet d'accéder à des fonctions de pouvoir ; chez les Baruya, en Nouvelle-Guinée, cela confère une liberté de parole ; chez les Indiens Piegan, au Canada, les femmes acquièrent le droit, comme les hommes, de mener leurs propres affaires, d'organiser des danses et de participer aux jugements....

Dans ces sociétés traditionnelles, la ménopause va de pair avec un accroissement des possibles et des pouvoirs.

La catégorie « ménopause » est bien l'objet d'une construction sociale sous-tendue par des représentations et des normes.



7. ANALYSE et PROPOSITIONS D' ACTIONS DANS LE CADRE DE LA FONCTION DE CCF

Encore aujourd'hui, le sexisme et les inégalités femmes-hommes traversent toutes les catégories de nos sociétés. Partout dans le monde, des femmes luttent depuis des décennies, pour défendre leurs droits. Ces luttes ont permis aux femmes d'arracher des acquis mais de nombreuses injustices persistent encore. Les injonctions faites à travers le temps, par le control du corps, notamment, en font partie.

L'expérience de la ménopause, dans le contexte français, s'inscrit comme un processus d'apprentissage, s'élaborant à partir d'une ménopause sociale jusqu'à la ménopause physiologique.

La « norme » de la ménopause sociale comme institution dans l'expérience de la ménopause, enjoignant les femmes à une déprise de la fécondité avant qu'elles ne soient stériles. La médicalisation de la ménopause physiologique fonctionne comme cadre efficient d'éducation des femmes.

Les figures profanes (les mères, les aïeules, et les paires) dans l'apprentissage de la ménopause ont aussi une fonction de transmission, qui peut se montrer soutenante et constructive ou maintenir une forme d'injonction du « bien vieillir » par une sorte de comparaison à une dite normalité.

➤ Vieille et alors ?

Il ne faudrait pas confondre vieillissement et ménopause. « Beaucoup de femmes ne parlent pas des symptômes parce qu'elles ne les rattachent pas à la ménopause, elles pensent que c'est du vieillissement », dévoile Brigitte LETOMBE, gynécologue, autrice du manifeste, « Femmes, réveillez-vous ! ».

La vieillesse réveille des normes de genre. Chez la femme, elle est stigmatisée dès lors l'apparition du premier cheveu blanc.

Très tôt, dans le parcours de vie des femmes, il existe cette pression à rester dans la jeunesse, à avoir conscience des signes de vieillissement et de son horloge biologique, qui induit une familiarisation précoce que nous sommes des êtres dans le temps et que le temps nous est compté, conscience très genrée.

Les femmes sont globalement plus « préparées, conditionnées », alors que les hommes peuvent se penser en dehors du vieillissement de par le regard sociétal.

Le Collectif 50/50 « Tunnel de la comédienne de 50 ans », est une association française dont le but est de promouvoir l'égalité des femmes et des hommes, et la diversité sexuelle dans le cinéma français. Créé en 2018 à l'initiative de l'association féministe Le Deuxième Regard et d'une quinzaine de réalisatrices, productrices et distributrices, le collectif est également à l'origine des Assises sur la Parité, l'Égalité et la Diversité dans le cinéma et des Etats Généraux contre le harcèlement et les violences sexuelles.

Dans la même dynamique, AAFA (Actrices Acteurs de France Associés) combat les stéréotypes sexistes liés à l'âge des femmes présents dans les fictions en questionnant le phénomène d'invisibilité des femmes de 50 ans. Selon AAFA, en 2021, seuls 7% des rôles ont été attribués à des comédiennes de plus de 50 ans. Le cinéma français, dans ses représentations des femmes de plus de 50 ans, est en décalage avec la réalité démographique, qui compte une majeure sur quatre ayant plus de 50 ans, aujourd'hui :
« Les femmes ne vieillissent pas, elles disparaissent des écrans ».

Après 50 ans, les femmes ont donc tendance à disparaître dans les fictions, que ce soit au cinéma ou à la télévision, pour ne réapparaître que dans des rôles de grands-mères vers 65 ans.



L'âgisme est un terme inventé en 1969 par le docteur Robert Butler qui théorise l'âgisme en relation et en comparaison avec le racisme et le sexisme. Il s'agit d'inférioriser une personne, de la discriminer en l'excluant d'une activité ou en lui refusant l'accès à un bénéfice, un privilège pour la seule raison de son âge, sans rapport avec ses capacités, ses désirs. Il peut être fondé sur l'âge civil lorsque l'on refuse quelqu'un sur la base de son CV par ce qu'on estime que la personne n'a pas le bon âge pour le poste, par exemple.

Cet âge touche de la même manière les hommes et les femmes. Mais il peut être aussi fondé sur l'apparence, et là, les femmes sont beaucoup plus discriminées.



➤ **Quelques mots sur la ménopause masculine : l'Andropause**

L'andropause est le terme médical désignant le passage de la vie d'un homme de la période de fertilité à la ménopause. On parle d'andropause quand des signes physiologiques apparaissent après l'âge de 45 ans, en moyenne vers 65 ans. Dès lors, il est précisé dans toutes les approches médicales, physiologiques et médicamenteuses, « qu'il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'évolutions physiologiques liées à l'âge ».

La fertilité des hommes n'est jamais questionnée, alors qu'elle diminue également. L'andropause est la baisse du taux de testostérone associée à l'âge chez l'homme. Elle est fréquente, mais pas systématique, ce qui crée une différence fondamentale entre l'homme et la femme.

La différence de traitement des corps dans la médecine renvoie largement aux représentations des rapports sociaux entre les sexes : le corps des hommes et son vieillissement physiologique, ne sont pas du tout investigués comme l'est, le corps des femmes. On a d'un côté, le corps féminin dont tout le monde se saisit et dont les femmes doivent rendre compte, de l'autre, le corps de l'homme largement supplanté par sa raison et qui en fait l'usage qu'il entend.

➤ **Préjugé ? les femmes vieillissent plus mal ou plus vite que les hommes**

L'expérience des transgenres (personnes assignées femmes qui deviennent hommes), elles se voient rajeunir dans le regard social, alors qu'ils ont les mêmes rides ; à l'inverse, les hommes qui accèdent à une identité sociale féminine, se voient dans le regard des autres vieillir par ce qu'on est beaucoup plus intransigeant avec le vieillissement de la peau, des cheveux, des femmes.

« Il y a une tradition qui est vivante encore, qui donne une symbolique plutôt négative à la femme vieillissante et plutôt positive à l'homme vieillissant. C'est quelque chose qu'on peut observer de l'âge classique à travers le Moyen-âge et jusqu'au XXe siècle. Il en reste des vestiges dans notre culture aujourd'hui ». Annette Keilhauer – France Culture.2021

➤ **La journée mondiale de la Ménopause est célébrée le 18 octobre**

La prévention et la sensibilisation de la Ménopause auprès des femmes restent insuffisantes et surtout encore trop considérée comme vieillissement, associée au déclin, aux risques et à la dégénérescence. Nombreuses ont été à partager le manque d'informations ou pire encore, ce sentiment d'incompréhension, de banalisation ou de fatalité, véhiculé dès lors des premiers symptômes.

L'angle de vue des prises en charge reste essentiellement médical et physiologique alors que la dimension affective, émotionnelle, psychologique, relationnelle paraissent indispensables qu'il s'agisse d'aller vers d'un épanouissement individuel ou d'une dynamique collective, de la sphère privée, familiale, au sein d'un couple ou même pris dans un système d'appartenance plus large comme le milieu professionnel ou une place dans une société.

Malgré le faible nombre d'entretiens et sans que cela soit représentatif de la réalité, les témoignages recueillis vont dans le même sens que mes différentes recherches effectuées autour de cette thématique.

Les chiffres en 2001, relevé par l'A.F.E.M (Association Française pour l'Etude de la Ménopause) nous apprennent qu'alors que l'espérance de vie d'une femme âgée de 50 ans est de 33 ans, il y a en France, 10.000.000 femmes ménopausées dont 5.000.000 ont plus de 65 ans. Chaque année, avec l'arrivée du « baby-boom », 400.000 nouvelles femmes atteignent la cinquantaine.

En 2009, le nombre de femmes ménopausées représente 11.5 millions de femmes en France.

Le collectif « All for Ménopause », créé en 2022, alerte sur les tabous qui entourent encore la Ménopause, alors que près de neuf femmes sur dix en ressentent au moins un symptôme. Les généralistes sont surchargés, les spécialistes sont de moins en moins nombreux. Il recommande la création d'un parcours santé dédié aux femmes dès 45 ans.



J'ai choisi de mettre en lumière ces quelques témoignages recueillis soit lors d'entretiens, d'écoute de podcasts ou encore dans des articles relatifs à mon écrit :

- *Sophie, 38 ans, en couple sans enfant : « lors de mon dernier rdv chez le gynécologue, ce dernier m'a indiqué que si je voulais des enfants, il fallait que je me dépêche, car à l'approche des 40 ans, les choses sont plus compliquées ».*
- *Christine, 53 ans, mariée et 2 enfants, souffre d'ostéoporose depuis plus de 15 ans. En arrivant dans la région des BDR, elle est dans l'obligation de changer de gynécologue. Elle prend la pilule depuis de nombreuses années, tant pour gérer son cycle menstruel (encore actif, me précisera-t-elle) mais également pour atténuer ses douleurs physiques corrélatives à sa maladie. Ce nouveau médecin lui prescrit l'arrêt total de la pilule « à votre âge, cela n'est plus nécessaire ». Les douleurs sont réactivées.*

- *Laura, 36 ans, mariée et 2 enfants : « jamais dans mon accompagnement autour de ma maternité, de ma féminité, on ne m'a parlé de cette phase de Ménopause. On en parle pas, c'est vrai ».*
- *« Problème de sècheresse vaginale associé à un manque de désir pour mon mari », le gynécologue invoque une possible séparation, Valérie, 49 ans.*
- *« Ma mère ne m'en a jamais parlé, mes tantes non plus », Brigitte*
- *« Dès que j'ai été ménopausé artificiellement, on m'a dit que je n'aurai plus de désir », Valérie, 52 ans*
- *« Lorsque mon mari a su que je n'avais toujours aucun signe de ménopause, il était content. Pour lui, je restais encore jeune », Florence, 52 ans*
- *Je n'ai pas envie d'en parler pour ne pas LA voir débarquer », Anne 48 ans.*

Alors comment faire évoluer le regard social et individuel, comment proposer une approche constructive et nourrissante positivement pour appréhender cette nouvelle phase de vie dans une santé sexuelle épanouie et libre.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la Santé Sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnelle, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits Sexuels de toutes personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ».

Nous avons vu, que depuis le début, la Ménopause est pensée principalement sous l'aspect pathologique :

- Comme Symptôme : grammaire du corps de la femme
- Comme Déficience : pensée comme perte et non comme transformation
- Comme Risque : cancer, ostéoporose, problème cardiovasculaire, etc.

Les souffrances et les troubles physiques, physiologiques, psychologiques peuvent impacter la vie affective, relationnelle et sexuelle et de fait, nuire à l'estime de soi ou encore entraver, déstabiliser une dynamique du couple.

Mais alors les femmes peuvent-elles être mieux accompagnées et vivre cette entrée dans ce nouveau cycle de vie différemment ?



Le collectif « All for Ménopause » composé de 4 femmes de la société civile et de 4 gynécologues, préconise 6 recommandations pour une meilleure information des femmes :

- La création d'un diplôme universitaire de « patient expert » dédié à la ménopause
- Un parcours santé dès 45 ans consacré à la ménopause
- Une meilleure information des professionnels de santé
- Une sensibilisation des dirigeants d'entreprises
- La création d'un poste de représentante de la santé des femmes au gouvernement.

En tant que future CCF exerçant au sein d'un CPEF du CD 13, j'interviendrai dans les services de la Protection Maternelle et Infantile, qui dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Dans le cadre de la prévention de la Santé Sexuelle, la CCF se voit confiée les missions suivantes :

- Accompagner dans le champ de la sexualité dans les dimensions affectives, relationnelles et sociales, des personnes seules ou en couples, mineures ou non, avec la possibilité de garder l'anonymat ;

- Aider dans le choix de la contraception, la préparation à la vie de couple et la fonction parentale ;
- Pouvoir apporter une écoute bienveillante sans jugement. Les CCF sont formé.e.s aux entretiens pré-IVG (entretien dit psychosocial obligatoire pour les mineures) ;
- Aider les personnes et des couples dans leurs difficultés relationnelles, affectives, sexuelles ou éducatives
- Proposer des espaces de paroles lors de situations conflictuelles et/ou de violences conjugales et/ou familiales ;
- Participer à l'élaboration et à la mise en place d'animations collectives, de groupe, avec différents partenaires et réseaux associatifs ;

Dans mes futures fonctions, je souhaiterai sensibiliser et accompagner les femmes dans leur prise en charge de la ménopause et de leur expérience permettant d'œuvrer ainsi dans une dynamique d'information et de prévention pour la santé des femmes, encore bien trop existante dans son approche et sa prise en charge de la ménopause, aujourd'hui.

En ce sens, la CCF trouve toute sa place, dans le suivi et la prise en charge globale du parcours de femme, tout au long de leur vie. L'objectif d'activer des leviers, des ressources, pour un mieux vivre la Ménopause, leur sexualité, leur féminité, en utilisant mes deux cadres principaux d'interventions.

- Le cadre d'entretiens individuels
- Les entretiens de couple et de famille
- Les animations collectives
- Le travail en partenariat



Petit point de théorie et de déontologie relatif au cadre d'intervention de la CCF :

Carl ROGERS, psychologue et humaniste américain, nous invite à **une approche centrée sur la personne**. Il s'agit de considéré que **la.le patient.e possède en elle.lui, la solution à son problème ainsi que les ressources nécessaires pour le résoudre**.

L'écoutant.e va ainsi instaurer une relation authentique dans un climat sécurisant, fait d'attitudes facilitatrices, permettant à l'écouté.e d'exprimer son vécu actuel et d'accéder à ses ressources.

L'écoutant.e va instaurer une relation positive, authentique, de confiance, sécurisante et basée sur l'acceptation inconditionnelle, qui va favoriser, pour l'écouté.e, l'émergence de la conscience par rapport à son vécu.

L'écoutant.e, est dans une écoute dite « active » et se doit également d'observer les trois attitudes fondamentales à l'égard de l'écouté.e, définies par ROGERS :

- **L'empathie** : c'est-à-dire la capacité à se mettre à la place de l'écouté.e et à entrer dans son univers et ses sentiments.
- **La congruence** : c'est-à-dire l'accord avec soi-même qui incitera l'écouté.e à rétablir sa propre congruence et à déjouer certains mécanismes de défense.
- **L'acceptation positive inconditionnelle** : et ce, quel que soit ce qui est dit ou vécu par la personne au cours de l'entretien. La personne se sent respectée sans avoir l'impression d'être jugée.

Les principes de l'écoute active sont l'authenticité, la non-directivité, le respect et la considération, l'empathie et la congruence, l'attitude inconditionnellement positive.

La technique de l'écoute consiste à accueillir l'autre comme il est et favoriser la confiance, s'intéresser plus à la personne qu'au problème, montrer à l'autre qu'on le respecte, être en miroir de l'autre, par le biais de questions ouvertes, de la reformulation, en respectant les silences et en tenant compte des attitudes non verbales

Le cadre des entretiens de couple et/ou de famille permettrait d'accompagner les personnes dans leurs questionnements et dans une prise en compte mutuelle de leurs difficultés qu'elles soient relationnelles, affectives et sexuelles. En effet, on peut facilement lier la ménopause à la diminution de l'orgasme, par exemple.

La mise en œuvre d'actions collectives telles que des séances d'EVARS (Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle) pourraient tout à prendre sens si adaptées au public et aux thématiques souhaitées. Des groupes de parole, des Café-Débat ou encore la mise en place d'ateliers relatif au « Bien-Etre », à la sophrologie, ou toutes autres approches bénéfiques pourraient répondre à des besoins et attentes du public ciblé.

Le travail en partenariat avec tous professionnels spécialisés et sensibilisés à la prise en charge de la Ménopause : Médecins, psychologues, thérapeutes du couple et de la famille, thérapeutes alternatifs, Associations spécifiques – Collectifs, contribueraient à une meilleure orientation et prise en charge des Femmes

8. CONCLUSION

Les différentes significations et représentations associées à la ménopause sont propres à un contexte culturel, social et historique. Elles ne sont ni universelles, ni figées.

La Ménopause n'est donc pas une maladie. C'est la carence en œstrogènes qui peut manifester des symptômes, qui affectent la vie des patients.

Elle peut impacter la femme, le couple mais une meilleure appréhension de cette nouvelle phase de vie, un accompagnement et une écoute, adaptés et congruents avec les besoins et attentes de chaque individu, peuvent contribuer à vivre une vie affective, relationnelle et sexuelle épanouie sur ce chemin de vieillissement de l'individu.

Le partage, l'accueil, l'écoute active, le regard inconditionnellement positif, la prise en considération des ressources individuelles et collectives sont autant d'atouts, favorisant le bon développement psychoaffectif de tout individu, permettant ainsi de s'inscrire dans une dynamique et un processus positif.

Le travail et les fonctions de la Conseillère Conjugale et Familiale se trouvent justement à ce carrefour. C'est ici que je souhaite me situer. La posture professionnelle est à mettre en jeu en permanence et à confronter à celle de nos collègues, dans des temps dédiés à cette réflexion, comme les espaces d'analyses de pratiques professionnelles ou/et de supervisions.

Cela permet une prise de recul sur le parcours que l'on rencontre, mieux comprendre ce qui se passe en nous, en soi et ainsi retrouver une position d'écoute dont les personnes ont besoin. Il semble essentiel et nécessaire de se décentrer de nos repères, de nos représentations, nos croyances et comprendre la culture de l'autre.

Odile DUTEY, CFF nous met en garde, dans son livre « Vivantes, des femmes migrantes », sur le « sentiment de désirante » à la place de l'autre, aux prises avec un processus d'identification. C'est un peu comme un chemin de crête, où nous évoluons : d'un côté notre jugement et notre incompréhension ; de l'autre, notre identification à l'autre en imaginant savoir ce qui est le mieux pour lui. Le chemin de la crête étant celui de la reconnaissance inconditionnelle de l'autre dans sa singularité, à travers l'écoute.

« Notre pratique s'enrichit de l'autre et nécessite, pour nous professionnelles, des remises en question fréquentes dans le respect de chaque situation rencontrée, lors des entretiens afin de ni banaliser, ni culpabiliser, ni nier, ni juger. » - Marie-Laure BAZILE et Marie CHOSSON.

Avant de clôturer, je souhaite partager mes ressentis quant à ce travail de recherches et d'analyses effectués autour de cette problématique choisie.

Bien au clair sur le fait que je me sente directement concernée par celle-ci, tout au long de mon élaboration, j'ai été saisi de sensations diverses, d'interrogations, de doutes ou encore de certitudes, relatives à l'évolution des droits des femmes, à sa place et fonction occupée depuis la nuit des temps, à ce patriarcale, qui conditionne, ordonne, guide et contrôle les normes de notre société, notre culture, notre devenir.

J'ai parfois été envahi de colère, en lisant des articles par exemple, de ne m'être pas suffisamment révoltée auparavant. Je me suis aussi sentie rassurée par mes choix de vie personnelle et professionnelle qui ont, à leur manière, été engagés et militants.

Ce travail de recherche, cet écrit professionnel ne se situe qu'aux prémices, d'un intérêt majeur à poursuivre d'enrichir, encore et encore ce sujet, mais également mes connaissances et mes compétences de Conseillère Conjugale et Familiale, pour accueillir, écouter, accompagner, orienter et conseiller toutes les femmes, dans une considération positive inconditionnelle.



« Il y a un moment où vous allez bien, puis un autre où vous avez l'impression d'être dans une cuve d'eau bouillante et où vous avez l'impression qu'on a tiré d'un coup le tapis sur lequel vous étiez. Ce que je dirais, et que je me suis dit à moi-même et à des amies qui ont également connu des bouffées de chaleur, en particulier, c'est que le chemin fait partie de l'être humain. Nous évoluons et nous ne devons pas craindre ce changement. Vous n'êtes pas seule. J'ai l'impression que vivre aussi longtemps fait partie de cette expérience, alors j'essaie d'en faire quelque chose de très positif pour moi, ce qui a été le cas, dans le sens de l'acceptation, de la tolérance et de l'éducation sur cette période de la vie ». Extrait de Kim Cattral, interviewée dans le Huffington Post – Ménopausée et Libre – Sophie KUNE, Ed. Marabout, p.61.

BIBLIOGRAPHIE

La relation d'aide et la psychothérapie – Carl ROGERS

La Fabrique de la ménopause – Cécile CHARLAP. Ed. Biblis

Vivantes, des femmes vivantes racontent – Odile DUTREY, CCF

Ménopausée et libre – Manifeste pour une ménopause réinventée – Sophie KUNE. Ed. Marabout

Sources internet / articles CAIRN:

A.F.E.M (Association Française pour l'étude de la Ménopause)

Lamenopause.fr

ERUDIT – « Le genre et le vieillissement »

« Comment on devient ménopausé » : de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage - DANS CORPS - 2014/1 n°12- CNRS Editions

COLLECTIF « Ménopause Rebelle » à Marseille -13 ; les « Fouffe qui peut » - Ardèche

<https://information.tv5monde.com/terriennes/la-menopause-du-bouleversement-la-liberation-377174#:~:text=En%202020%2C%20une%20femme%20peut,500%20000%20femmes%20en%20pr%C3%A9m%C3%A9nopause.>

PODCAST :

« Les invisibles » ; « Menop'ose » ; « Un podcast à soi »

RESUME

Les normes sociales, médicales, physiologiques et psychologiques ont guidé, dirigé, orienté, contraint parfois, les femmes dans leurs évolutions et leurs droits. Les luttes ont permis aux femmes de se faire entendre, d'obtenir des acquis et des égalités même si, encore aujourd'hui, les inégalités demeurent nombreuses.

Tout au long du parcours de la vie d'une femme, l'évolution de son corps est soumise à une sorte de control, qui va s'établir par un apprentissage, guidé soit par ces normes soit par des profanes. Pour autant, une longue partie de sa vie va tendre vers l'invisibilité collective et individuelle.

La ménopause est universelle inéluctable, faisant partie de l'histoire physiologique de la vie des femmes. La ménopause n'est pas bienvenue car elle rappelle le temps qui passe et l'inéluctable vieillissement, honteux ans une société qui cultive le jeunisme.

C'est une période semée de tabous et de non-dits, de honte, parfois.

Alors que l'on compte 14 millions de femmes ménopausées en France, il existe aujourd'hui un manque global de prise en considération et de prise en charge de la ménopause chez les femmes.

La Conseillère Conjugale et Familiale participe, de par sa place, son rôle, ses fonctions et ses missions, à agir pour la prévention de la santé sexuelle des femmes, relative à la définition de l'OMS, tout au long de leur vie. La prise en charge et l'accompagnement de la ménopause en fait partie.