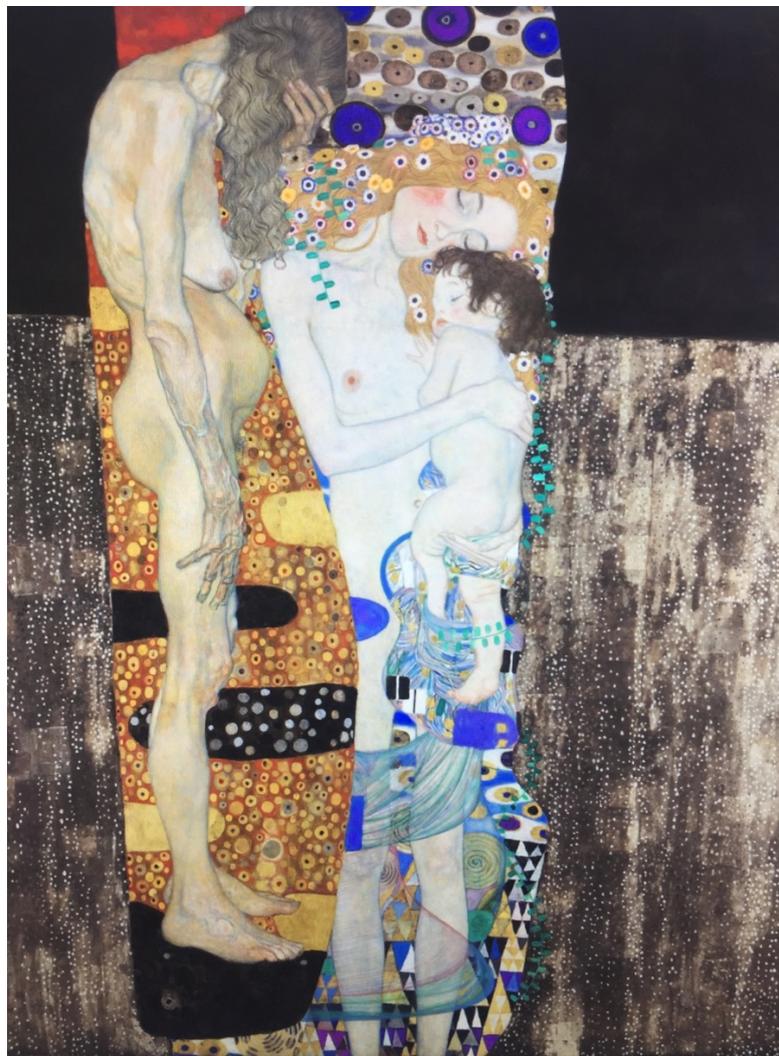


CORINNE BIR

## Ménopause et sexualité

Comment accompagner les femmes ménopausées ?



Écrit de fin de formation de Conseillère Conjugale et Familiale  
Session 2018-2019  
Planning Familial 13 Marseille

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1- MÉNopause</b> .....	<b>5</b>
1.1 <i>Ménopause physiologique et effets cliniques</i> .....	6
1.2 <i>Traitements médicaux, risques et remèdes alternatifs</i> .....	8
1.3 <i>Ménopause et représentations sociales</i> .....	12
<b>2- MÉNopause ET SEXUALITÉ</b> .....	<b>15</b>
2.1 <i>Impacts de la ménopause sur la sexualité des femmes</i> .....	17
2.2 <i>Recrudescence des IST chez les séniors</i> .....	19
2.3 <i>Enquête auprès de femmes ménopausées</i> .....	21
<b>3- RÔLE DE LA CONSEILLERE CONJUGALE ET FAMILIALE</b> .....	<b>25</b>
3.1 <i>Interview d'une CFF</i> .....	25
3.2 <i>La-le CCF : un-e interlocuteur-riche pertinent-e pour les femmes ménopausées ?</i> .....	26
3.3 <i>La sexualité des femmes ménopausées : un sujet de revendication à soutenir</i> .....	29
3.4 <i>Actions préconisées pour l'accompagnement des femmes ménopausées</i> .....	34
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>37</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>
<b>PODCASTS</b> .....	<b>40</b>
<b>FILMOGRAPHIE</b> .....	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>41</b>
<i>Résumé en 4<sup>ème</sup> de couverture/synthèse</i> .....	<b>46</b>

## INTRODUCTION

J'arrive au terme de ma formation de Conseillère Conjugale et Familiale (CCF), un métier d'aide appuyé sur des compétences d'écoute et d'accompagnement auprès des jeunes, des femmes, des couples et des familles, dans le champ de la sexualité aussi bien dans ses dimensions affectives, relationnelles que sociales. Au printemps 2019, je fêtais mes 50 ans et, dans la foulée, nous abordions le thème : « vieillissement et sexualité ». A cette occasion, nous avons fait un travail sur nos représentations et abouti au triste constat que le sujet reste, de nos jours, tabou.

Pendant ma formation, j'ai eu la chance de faire mon stage externe au sein du CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale) de Marseille 8<sup>ème</sup>. J'ai été étonnée en apprenant que l'accueil ne s'adressait qu'aux femmes en âge de procréer, et que le suivi gynécologique ne pouvait plus se poursuivre à la ménopause. En fait, les professionnelles du CPEF (dont plusieurs membres sont âgés de plus de 50 ans) ne s'étaient jamais vraiment posé la question. Et quand je leur ai demandé vers qui, quel professionnel, quelle structure d'accueil, ces femmes pouvaient se retourner, elles n'en avaient aucune idée. Si, dans un premier temps, il pouvait y avoir une sorte de tolérance à la venue d'une femme ayant son suivi là, l'activité du CPEF n'était absolument pas orientée vers cette typologie de public.

C'est à partir de ce constat que je me suis demandée ce qui était finalement à disposition de ces femmes confrontées aux problématiques liées à la ménopause. De toute évidence, il y a là un désert : les femmes ne savent pas ni où, ni vers quel professionnel se diriger. Elles n'ont pas d'espace d'écoute et de paroles où elles pourraient déposer leurs inquiétudes et questionnements. Plus j'avais et plus je me rendais compte que le duo « ménopause/sexualité » était un non-sujet, qu'on n'en parlait pas. Je constatais que la ménopause est de la même façon très peu abordée dans la littérature et apparaît vraiment comme un « impensé social ». Pourtant, c'est une étape de vie qui concerne en France 11,5 millions de femmes en 2009 soit 430.000 nouvelles femmes par an<sup>1</sup>. Elles représentent 21,3% de la population française<sup>2</sup>. C'est donc une réalité d'envergure. Alors, comment expliquer que ce sujet reste tabou dans notre société qui a pourtant connu la révolution sexuelle dans les années 70 ?

---

<sup>1</sup> [lamenopause.fr](http://lamenopause.fr) : chiffres-clefs-de-menopause 2009

<sup>2</sup> [medecine.ups-tlse.fr](http://medecine.ups-tlse.fr)

De par mon âge, je suis concernée par la thématique mais, au-delà de cela, j'ai voulu travailler sur ce sujet parce que l'invisibilité des femmes ménopausées dans notre société occidentale, les représentations sociales autour de leur image et plus globalement le tabou sur cette question me questionnaient, plus me dérangent.

Pour avancer dans cette réflexion, j'ai souhaité étudier le regard que porte la société occidentale sur cette phase de vie. Quelles conséquences cela implique-t-il sur les femmes ? Quels impacts a ce regard sur la sexualité des femmes ménopausées aujourd'hui en France ? En qualité de future CCF, je me suis interrogée sur le rôle que pourrait jouer une conseillère vers ce public oublié, puisque notre travail consiste à accueillir et à accompagner les personnes au cours de leur vie affective et sexuelle. Proposer une écoute et de l'aide aux femmes ménopausées me semble donc tout à fait dans notre domaine de compétences.

Au cours de cette étude, je m'attacherai dans un premier temps à définir ce qu'est la ménopause dans sa globalité, c'est-à-dire à la fois d'un point de vue physiologique et psychologique, en prenant en considération toutes les représentations véhiculées que subissent les femmes ménopausées. Je proposerai un aperçu des représentations sociales de la ménopause, afin de mieux comprendre comment, aujourd'hui, les femmes françaises vivent cette période charnière. Dans un second temps, j'étudierai les impacts de la ménopause sur la sexualité des femmes à cette période de leur vie, et je mettrai en lumière toutes les représentations sociales, les discriminations et le rejet dont sont victimes les femmes qui ne sont plus en âge de procréer. Dans la 3<sup>ème</sup> partie de mon exposé, je m'intéresserai à l'accompagnement que pourrait proposer la CCF. Qu'est-ce qui existe actuellement en France, quels suivis, quelles prises en charge semblent adaptés ? Comment accompagner les femmes ménopausées en France en étant au plus près de leurs attentes ? Pour tenter de répondre, je m'appuierai sur des lectures d'ouvrages et d'articles, des visionnages de films et de podcasts, mais aussi sur une interview réalisée auprès d'une CCF en activité. Enfin, au travers des résultats d'une enquête effectuée auprès de femmes ménopausées, je tenterai de mettre en évidence les problématiques rencontrées par les femmes ménopausées, leur sexualité, mais aussi leurs besoins et les aides dont elles aimeraient bénéficier.

## 1- MÉNopause

### **L'âge du désespoir**

Le terme « ménopause » est apparu à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Ainsi, la médecine s'est employée à spécifier les différences anatomiques et physiologiques (une nouvelle manière d'opposer le masculin et le féminin) avec la mise en évidence d'une infériorité « manifeste » et « naturelle » de la femme âgée. Le docteur et auteur Auguste DEBAY qualifiait de « décadence génitale »<sup>3</sup> la fin de la vie sexuelle féminine, période qu'il estimait entre 40 et 50 ans. D'ailleurs, des traces de cette « malchance » persistent encore dans notre langue populaire avec des expressions encore bien connues comme « retour d'âge », ou lorsque la femme « ferme boutique ». En un mot, à la ménopause, la vie intime est terminée. Rien de bien valorisant pour les femmes concernées ! En milieu traditionnel arabo-musulman, le terme qui désigne la ménopause est même : *sen al y ass* (signifiant littéralement : l'âge du désespoir<sup>4</sup>) qui signe la fin de la vie de la femme. Pourtant, dans d'autres cultures comme au Japon, le concept de la ménopause est inexistant. Et même valorisant dans certains pays africains et asiatiques<sup>5</sup> donnant à la femme ménopausée plus de pouvoirs...

D'un point de vue démographique, les sociétés du monde occidental connaissent, depuis environ deux siècles, un allongement de l'espérance de vie, accompagné d'une augmentation significative d'un vieillissement de la population (Roach 2004 ; Henrard 2006). Aujourd'hui en France, une femme majeure sur deux a plus de 50 ans, ce qui représente ¼ de la population majeure globale (Challenge.fr janvier 2019, par Laure Croiset). Cette tendance va se poursuivre dans les prochaines décennies. La ménopause apparaît donc comme un véritable enjeu de société que l'on ne peut ignorer.

---

<sup>3</sup> Hygiène et physiologie du mariage. Histoire naturelle de l'homme et de la femme mariés. Debay Auguste, Paris, E. Dentu, 1857

<sup>4</sup> Tiré de la brochure « Femme et Ménopause » tome 4 du Dr Brenot Philippe.

<sup>5</sup> Les perceptions et les mythes sur la ménopause (&1.3) RQASF (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2004

## 1.1 Ménopause physiologique et effets cliniques

Si le mot « ménopause » vient du grec *menos* (mois, menstruations) et *pausis* (cessation, fin), ce n'est pas pour autant que la ménopause physiologique se limite au seul arrêt des menstruations et à la fin de la possibilité d'être mère. Elle s'accompagne malheureusement de nombreux effets indésirables qui font de la ménopause une période difficile pour la plupart des femmes.

La ménopause survient en moyenne vers l'âge de 50 ans, et en moyenne un an plus tôt chez les fumeuses. C'est un phénomène naturel défini par la disparition des règles, appelée aménorrhée, depuis au moins un an. L'épuisement du capital folliculaire ovarien entraîne une carence oestrogénique qui va être responsable de la majorité des symptômes. Elle est précédée de la « pré-ménopause » caractérisée par une période irrégulière en termes de menstruations, un allongement ou raccourcissement du cycle, voire la disparition et réapparition inopinée de celui-ci. L'irrégularité des cycles s'installe environ cinq ans avant l'interruption définitive des règles. Biologiquement, la ménopause se caractérise par une diminution de l'estradiol plasmatique, associée à une élévation des gonadotrophines, en particulier de la FSH (hormone folliculostimulante). Le diagnostic est le plus souvent évident, associant aménorrhée et bouffées de chaleur chez la femme de 50 ans, ne nécessitant pas d'exploration complémentaire. Néanmoins, si l'on veut s'en assurer sans attendre une année d'aménorrhée, on peut effectuer une prise de sang et lorsque le taux de FSH est élevé, la ménopause est confirmée.

Si le système hormonal est affecté, toutes les femmes ne souffrent néanmoins pas des mêmes symptômes, et une petite minorité d'entre elles n'en ressent aucun. De la même façon inégale, si la ménopause est courte pour certaines, elle peut être longue pour d'autres<sup>6</sup>.

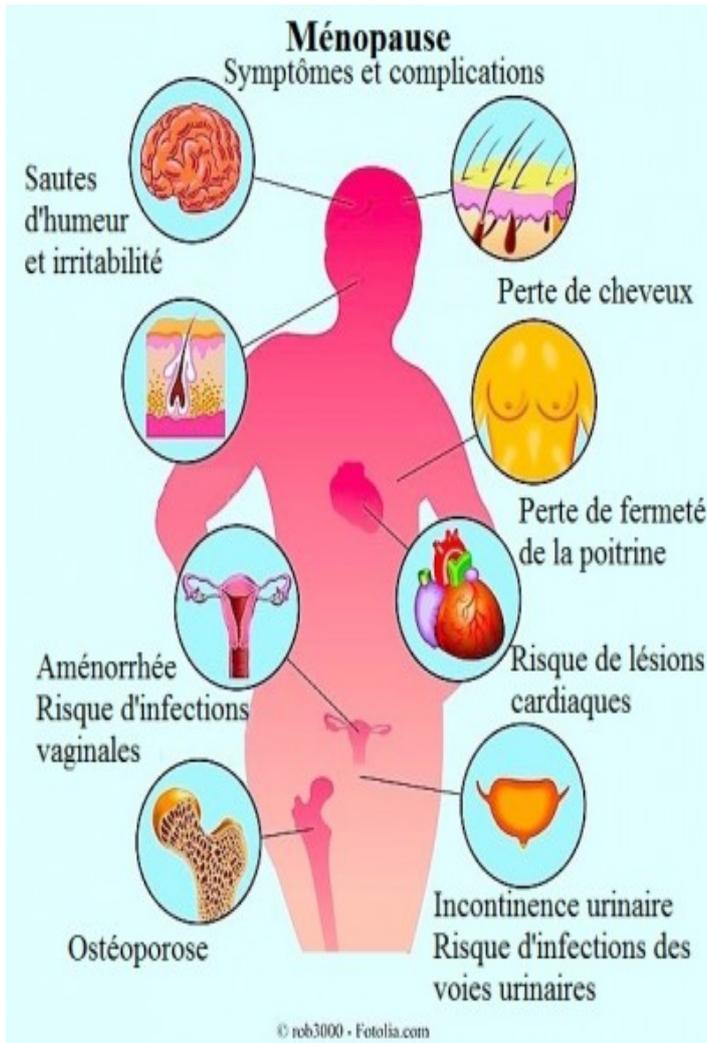
### **Les effets cliniques de la ménopause :**

A la ménopause, l'insuffisance en sécrétion d'hormones (progestérones et œstrogènes) s'accompagne souvent de multiples effets :

- manifestations vasomotrices, telles que des bouffées de chaleur, crises sudorales (sueurs) en particulier nocturnes et parfois très gênantes, entraînant ou majorant des troubles du sommeil ;

---

<sup>6</sup> SFE ; Site de l'Endocrinologie, Diabétologie et des Maladies Métaboliques, 2018.



- troubles du sommeil et de l'humeur (qui sont inconstants) à type d'irritabilité, d'anxiété, d'insomnie, et parfois à l'origine d'authentiques dépressions ;
- atrophie de la muqueuse vulvo-vaginale et diminution des sécrétions vaginales qui peuvent entraîner des irritations, sécheresse vaginale, voire une dyspareunie (15% des femmes disent avoir des rapports douloureux) ;
- altération de l'état cutané, avec en particulier un amincissement et une perte de l'élasticité de la peau par raréfaction des fibres élastiques et du collagène ;
- prise de poids ;
- augmentation des risques d'accidents cardio-vasculaires ;
- perte de la libido ;
- incontinence urinaire, etc.

La durée de ces symptômes (en particulier les bouffées de chaleur) après le début de la ménopause est très variable d'une femme à l'autre, mais le plus souvent ils s'atténuent spontanément après plusieurs années. Parmi les femmes ménopausées, 20% n'en souffrent pas et 20% les trouvent supportables (chiffres fournis par la Société Française d'Endocrinologie article 385). La ménopause n'est pas une maladie, pourtant 20 à 25 % des femmes se plaignent de troubles affectant leur qualité de vie à un moment ou un autre de leur ménopause, et 80% des femmes ménopausées présentent au moins un autre symptôme que l'arrêt des règles<sup>7</sup>. A moyen terme, la ménopause s'accompagne de douleurs ostéoarticulaires fréquentes (pour environ 40% des femmes). Au niveau du squelette, le déficit oestrogénique aboutit à une accélération rapide de la perte osseuse, qui peut atteindre 4% par an après la ménopause.

<sup>7</sup> Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), dossiers-information-ménopause, 2017.

Puis, à long terme, il existe une augmentation des risques cardiovasculaires (maladie du cœur et des artères ; obstruction des artères). Certains troubles liés au climatère, telle la baisse de la libido, les troubles de l'humeur, l'irritabilité et les syndromes dépressifs, semblent en rapport avec une hypoestrogénie au niveau du système nerveux central. Cependant, il n'existe pas actuellement de preuves formelles liant carence oestrogénique et troubles cognitifs.

Cas particulier : Femmes ménopausées précocement.

La survenue d'une aménorrhée avant l'âge de 40 ans est considérée comme pathologique, et identifiée à une insuffisance ovarienne prématurée. On attendra néanmoins deux années d'aménorrhée pour déclarer une femme comme étant ménopausée.

Avant 45 ans, un dosage de taux de FSH sera systématiquement réalisé pour ne pas passer à côté d'une autre étiologie de l'aménorrhée. Cette ménopause précoce concerne en France 1 à 2 % de la population féminine de moins de 40 ans, et dans 85% des cas, l'origine de cette pathologie reste inconnue. (*Allodocteurs.fr 2015*)

## 1.2 Traitements médicaux, risques et remèdes alternatifs

Avec l'évolution de la médecine et de l'endocrinologie, la ménopause a été identifiée dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle comme une carence hormonale. Cette nouvelle définition de la ménopause a rendu imaginable de la traiter, en comblant cette carence par la fourniture d'un supplément qui apporterait aux femmes concernées les substances qui leur manquent. La conséquence de cela est une prise en charge de la ménopause essentiellement médicale. Cette phase de vie est aujourd'hui considérée comme « pathologie », certes naturelle, mais à laquelle il faut remédier...

### **Le THS<sup>8</sup>**

Après la deuxième guerre mondiale, ce qui a été proposé aux femmes est un traitement de la ménopause nommé « traitement hormonal de substitution » ou THS. Dans les années 60/70, il y a eu une grosse propagande des représentants des compagnies pharmaceutiques auprès des médecins généralistes.

---

<sup>8</sup> Selon les dernières définitions mises au point en 2006, désormais le terme THM s'emploie pour une femme ménopausée à l'âge habituel, tandis que le THS est utilisé pour les femmes ménopausées précocement.

Et les femmes elles-mêmes, qui avaient lu des articles dans des magazines féminins, pressaient leur médecin pour bénéficier de ce nouveau traitement. Une partie du corps médical et quelques groupes féministes (en Amérique du Nord) ont contesté ce traitement mais, en dépit des critiques (que ce soit celles de la médicalisation, ou celles des risques du THS soupçonné d'augmenter la fréquence des cancers gynécologiques), le traitement hormonal a connu un énorme succès.

En France à cette époque, il n'y a pas eu de contestation sur l'usage d'hormones. Les Françaises avaient une très grande confiance en leur médecin de famille, et il faut dire que dans les années 60/70, la profession gynécologique s'était très fortement féminisée. Les gynécologues femmes soutenaient et participaient activement à la lutte pour la légalisation de la contraception et de l'avortement, et cela faisait d'elles des alliées. Donc, pour aider à lutter contre les désagréments de la ménopause, des traitements hormonaux de posologie oestrogénique sous forme de gélules, patches, crèmes et sprays ont été très largement prescrits.

Entre 1980 et 2002, le nombre de femmes traitées a régulièrement augmenté et a été multiplié par six en vingt ans pour atteindre son maximum en 2001-2002 avec un peu plus de 2.000.000 de françaises qui suivaient un traitement hormonal substitutif. Cela représente deux femmes sur cinq entre 50 et 65 ans<sup>9</sup>.

Le traitement hormonal donne satisfaction car il fait diminuer considérablement les bouffées de chaleur et les troubles de l'humeur, il permet une sexualité plus satisfaisante et redonne du tonus et de l'énergie. Il améliore la qualité du sommeil, protège le cœur, les artères, les articulations et le cartilage. Il entretient l'éclat de la peau, maintient une silhouette.

C'est donc à la fois un moyen de rester séduisante et en pleine vitalité, mais aussi un moyen particulièrement efficace d'éviter les maladies de la vieillesse : ostéoporose (fragilité des os), maladies cardio-vasculaires, démence sénile d'origine vasculaire ou démences de type Alzheimer. En contrepartie, selon certaines études ce traitement ne serait pas sans effets indésirables<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Analyses Études Enquêtes, AFEM : Association Française pour l'Étude de la Ménopause, 2012.

<sup>10</sup> Interview du Dr gynécologue Anne de Kervasdoué pour le magazine Pleine Vie, 2018.

## **Les risques des traitements hormonaux**

En juillet 2002, ce traitement a pourtant été pointé du doigt suite à l'interruption prématurée de l'essai américain WHI (Women's Health Initiative) et en août 2003 par l'étude britannique MWS (Million Women Study). Ils remettaient en cause le rapport bénéfices/risques favorable du THM (Traitement Hormonal de la Ménopause) à cause d'une augmentation du nombre de cancers et d'événements cardio-vasculaires défavorables chez les femmes traitées, particulièrement pendant la première année de la prise d'hormones<sup>11</sup>. Cela est venu complètement contredire les précédentes enquêtes où d'ailleurs seul l'effet protecteur sur la fragilité osseuse avait été confirmé...

Si l'effet bénéfique sur les bouffées de chaleur, l'atrophie de la muqueuse vaginale et la sexualité, constitue une justification suffisante pour la prescription de ce traitement, il l'est surtout dans les cinq à dix ans suivant la ménopause. La publication d'études prospectives randomisées versus placebo a permis de confirmer l'efficacité de ce traitement sur la prévention du risque de fractures liée à l'ostéoporose ménopausique, mais elle a fait apparaître aussi un sur-risque du cancer du sein chez les femmes traitées. Et ce risque de survenue de cancer du sein est en moyenne augmenté de 20 à 30 % par le traitement hormonal après dix ans d'utilisation.

Quant au risque d'accident veineux thromboembolique (AVTE), il est multiplié par deux s'il est administré par voie orale (et non transcutanée). Le risque vasculaire, lui, n'a pas été évalué avec les molécules utilisées en France, et il est difficile d'extrapoler les données publiées nord-américaines aux habitudes de prescriptions françaises<sup>12</sup>.

Depuis plus de dix ans maintenant, la forte médiatisation d'études défavorables a largement contribué à la méfiance des patientes et à la baisse de motivation des prescripteurs, entraînant une chute des ventes des THM de 73% entre 2002 et 2011<sup>13</sup>. Très clairement, l'attitude des médecins vis-à-vis du traitement hormonal substitutif de la ménopause a changé ces dernières années. Et si au tout début des années 2000, ce traitement était encore préconisé largement, même à des femmes asymptomatiques, parfois très longtemps, ce n'est plus du tout une généralité. Il est difficile d'évaluer avec précision le nombre de femmes actuellement traitées

---

<sup>11</sup> Revue Médicale Suisse, 2004, volume o.23595

<sup>12</sup> Article 385 du SFEndocrino, site internet de la Société Française de l'endocrinologie, diabétologie et des maladies métaboliques.

<sup>13</sup> Annexe 1 : Analyse Études Enquêtes, AFEM 2012

en France mais l'AFEM estime à environ 650.000 patientes traitées par THM, dont les 2/3 par voie cutanée (essentiellement en gels) et le dernier tiers par voie orale. Il est clair qu'en plus de la baisse du nombre de femmes traitées, il y a aussi une diminution des doses prescrites et de la durée des traitements. C'est le cas pour le gel dont le flacon va durer un à deux mois, et le patch qui est souvent utilisé trois semaines sur quatre et pas en non-stop<sup>14</sup>.

Suite à l'étude française E3N (cohorte créée en 1996 par l'Inserm avec des françaises nées entre 1925 et 1950) publiée en 2004, on a assisté aussi à un transfert de prescriptions des progestatives de synthèse vers la progestérone naturelle micronisée ; c'est-à-dire sous forme d'une poudre très fine pour augmenter sa réactivité.

### Les médecines douces

Pour atténuer les changements physiques, endocriniens et psychologiques survenant à la ménopause, certaines femmes se tournent vers la phytothérapie, médecine fondée sur les extraits de plantes et les principes actifs naturels. En gouttes, en spray, en roll-on, il existe une large gamme de produits de phytothérapie. Les femmes réclament de plus en plus ces phyto-œstrogènes qui néanmoins ne sont pas recommandés chez les patientes ayant déjà eu un cancer du sein<sup>15</sup>. Nombreux sont les cocktails naturels proposés en pharmacie ou boutiques bio pour soulager les femmes. Leur efficacité est acceptable, pas totale mais cela soulage déjà bien<sup>16</sup>. De plus, il y a très peu de contre-indications en dehors des antécédents du cancer du sein.



<sup>14</sup> Analyse Études Enquêtes, AFEM 2012.

<sup>15</sup> Inserm, dossiers-information-ménopause, 2017.

<sup>16</sup> Doctissimo Santé, médecines douces face à la ménopause, mars 2018.

L'homéopathie est elle aussi utilisée pour gérer les symptômes liés aux bouffées de chaleur, au stress, à la fatigue, l'anxiété, l'irritabilité, l'insomnie, la baisse d'intérêt, l'hypersensibilité, la perte de mémoire...

L'acupuncture, le yoga et la réflexologie, favorisant l'équilibre entre le mental et le physique, sont efficaces dans l'atténuation des bouffées de chaleur et les effets psychologiques en particulier. La luminothérapie réveille l'énergie et régule l'humeur.

Malheureusement, ces remèdes alternatifs sont chers et non remboursés. Seule une minorité des femmes qui vivent en France aura le privilège de s'intéresser à ces traitements alternatifs.

Enfin, pour mieux vivre sa ménopause, il est aussi conseillé d'avoir une bonne hygiène de vie et extrêmement important d'avoir une activité physique. On préconise une alimentation équilibrée et variée, riche en légumes, fruits, viandes maigres, fibres, huiles végétales pour éviter la prise de poids, également équilibrée en calcium (laitages) avec un apport conseillé en vitamine D (surtout en hiver) pour la prévention de l'ostéoporose<sup>17</sup>.

### 1-3 Ménopause et représentations sociales

Dans notre société occidentale, la femme est associée à la féminité, laquelle réunit un ensemble de caractères morphologiques, psychologiques et de comportements spécifiques et conditionnés par l'environnement socioculturel. Mais la condition féminine est essentiellement articulée autour des notions de jeunesse, de séduction, de fécondité et de procréation. La société impose des normes et fait même pression sur les femmes après 40/45 ans pour les inciter à ne plus procréer. Sous prétexte médical, on parle alors de « grossesse tardive », terme peu valorisant et culpabilisant, comme si cela était trop tard pour elles. Alors qu'elles sont encore fertiles, il est mal vu dans notre société de vouloir « encore » devenir mère.

Le corps de la femme et son éventuel projet de maternité sont donc clairement soumis à des contraintes sociales. Il est intéressant et triste en même temps de constater comment le poids de notre environnement sociétal influence nos comportements et restreint le champ des possibles. Et comment il peut être difficile de sortir de ce schéma, de ne pas vouloir être où la société

---

<sup>17</sup> *Ménopause, toi et moi on s'explique ?* Charlotte Attry, Brigitte Carrère, Le Gâteau sur la Cerise, 2018.



La ménopause n'est décrite qu'en termes dénigrants comme : « dégénérescence », « involution », « déficience » (Cécile Charlap). La raison ? Elle tient en un mot : vieillissement.

*Tout se passe comme si la vieillesse était synonyme de sortie du marché des sexualités au motif qu'une femme ménopausée n'a plus cours et n'est plus en cour.*

(Rose-Marie Lagrave, Ré-enchanter la vieillesse, 2009)

Se sentant exclues du regard désirant, certaines femmes vont s'exclure elles-mêmes et les expressions comme : « il y a un âge pour chaque chose », « j'ai mon retour d'âge », expriment la crainte de troubler l'ordonnance des choses, des âges, des sexualités.

Il est important d'être conscient de ces injonctions sociales pour mieux s'en défaire. Si la société était plus clément avec la ménopause et qu'elle s'accompagnait de conséquences sociales favorables, désirables et valorisées, les femmes la vivraient beaucoup mieux ! C'est le regard que la société leur renvoie qui fait mal, et non ce qu'elles sont à l'intérieur d'elles-mêmes. Dans la culture occidentale et donc en France, la ménopause demeure un tabou, un héritage dont les femmes ont des difficultés à s'émanciper.

D'ailleurs dans la littérature, on ne trouve que très peu de films, livres, journaux sur le sujet. Quant aux sites internet, ils se cantonnent à en lister les symptômes. La ménopause en France fait l'objet d'un impensé social. Entrer dans la catégorie des femmes ménopausées, c'est devenir membre du clan de celles dont on ne parle pas ou avec raillerie. La ménopause est un élément de la condition féminine. On attend des femmes qu'elles composent avec lui en silence, avec discrétion et sans importuner l'entourage. Comme les règles, elle relève des « petites affaires » féminines qui vont à l'encontre de la représentation « glamourisée » de la femme. De ce fait, la femme ménopausée est invisible car elle ne correspond plus aux normes dominantes de notre société occidentale.



## 2-MÉNOPAUSE ET SEXUALITÉ

Traditionnellement, la sexualité a toujours été très liée à la fécondité jusqu'à ne plus faire qu'un avec elle. La femme avait essentiellement un rôle de génitrice, son rang et sa valeur étant fortement liés à sa fertilité. Message amplifié dans nos sociétés monothéistes où cela permettait d'asservir un peu plus les femmes qui, depuis l'origine, sont la grande menace du pouvoir masculin, la libre sexualité féminine fragilisant la certitude des mâles sur leur paternité. L'église réduisait la sexualité de la femme à sa seule dimension reproductive et considérait du coup la sexualité après ménopause comme un « péché contre nature » car allant à l'encontre de la fécondité.

Les mentalités ont évolué avec l'allongement de l'espérance de vie, les progrès de la médecine, la primauté du plaisir, le désir de rester jeune le plus longtemps possible. La révolution sexuelle des années 70 et la mise à disposition de la contraception ont permis la dissociation fécondité/sexualité et rendu possible une sexualité en dehors du prisme de la reproduction. La génération du baby-boom, celle qui a libéré la sexualité, institué la contraception, légalisé l'avortement, n'hésite plus à divorcer à 60 ans, et à se remettre en couple. Les femmes d'aujourd'hui chattent sur internet, s'inscrivent sur les sites de rencontres. Oui, les temps ont changé, les attentes et les comportements ont évolué. Mais jusqu'où ? Et où se situent les femmes ménopausées dans tous ces changements ? Sont-elles si libérées que cela ?

En France, grâce aux trois enquêtes nationales qui ont été menées sur les comportements sexuels depuis une quarantaine d'années<sup>19</sup>, nous pouvons remonter à des générations assez anciennes et observer deux grandes évolutions en termes d'âge et de sexualité.

La prolongation de la vie sexuelle aux âges avancés est un changement marquant des dernières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle et elle est liée bien sûr à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, mais pas seulement. Elle est aussi une conséquence de l'accroissement de l'autonomie de la femme. Ce sont de nouvelles générations de femmes qui ont eu une carrière professionnelle, qui ont bénéficié de la contraception médicale, et qui ont aussi connu l'expérience de la séparation et du divorce. La valorisation sociale d'un âge de vieillesse active et autonome contribue à faire reculer les préventions traditionnelles et dépassées contre la

---

<sup>19</sup> *Enquête Simon en 1970, Enquête ACSF en 1992 et Enquête CSF en 2006.*

sexualité des personnes vieillissantes et favorise la prolongation de la vie sexuelle des femmes à la ménopause.

Si l'on observe les tableaux de comparaison entre les enquêtes Simon de 1970 et CSF de 2006<sup>20</sup>, on constate qu'en 1970 parmi les femmes mariées de plus de 50 ans, une sur deux seulement avait une activité sexuelle. Alors qu'en 2006, ce sont 86% des femmes en couple de plus de 50 ans qui sont sexuellement actives. Une norme s'est installée : continuer de vivre en couple, c'est continuer d'avoir une vie sexuelle. Alors qu'en 1970 encore, à la ménopause, il n'était pas anormal pour une femme de mettre fin à sa vie sexuelle, ce seuil-là s'est effacé. Ces deux tableaux de comparaison des enquêtes mettent donc en évidence des changements de l'activité sexuelle des françaises de plus de 50 ans avec une prolongation, une intensification, et une diversification de la vie sexuelle.

De même, le graphique de l'enquête CSF de 2006<sup>21</sup> sur la proportion de femmes et hommes de +50 ans vivant en couple (en 1970, 1992 et 2006) et ayant eu des rapports sexuels dans l'année, montre une augmentation de la fréquence de l'activité sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans. Les chiffres sont éloquentes puisque l'on passe de 53% en 1970, à 77% en 1992, à près de 90% en 2006 des femmes qui déclarent avoir eu une activité sexuelle dans les 12 derniers mois.

Les mœurs changent, pourtant les chiffres montrent aussi que les transformations de la vie sexuelle après 50 ans restent genrées, car même si l'on peut y voir un rapprochement des comportements des femmes et des hommes, une tendance à se retirer de la vie sexuelle continue à apparaître chez la femme au moment où elle sort de la vie reproductive (c'est-à-dire au moment de la ménopause) alors que chez les hommes, elle n'apparaît que dix ans plus tard au moment où s'arrête leur vie professionnelle.

Donc malgré ces évolutions, l'asymétrie persistante en matière de sexualité entre femmes et hommes reste très présente. Je citerais les mots de Simone Signoret, en 1979 :

« Nous avons le même âge Montand et moi. S'il a vécu mon vieillissement à mes côtés, moi, j'ai vécu son mûrissement à ses côtés. C'est comme ça qu'on dit pour les hommes. Ils mûrissent : les mèches blanches s'appellent des tempes argentées. Les rides les burinent alors qu'elles enlaidissent les femmes ».

---

<sup>20</sup> Annexe 3 : Tableaux 1 et 2

<sup>21</sup> Annexe 2 Enquête CSF 2006

## 2.1 Impacts de la ménopause sur la sexualité des femmes

L'OMS en 2000 considérait la sexualité comme « un élément fondamental de la santé physique et mentale, facteur de bien-être et d'épanouissement personnel et social »<sup>22</sup>. La sexualité est en effet conçue dans les sociétés occidentales contemporaines comme une composante essentielle de la qualité de vie (Bauer et al 2007). De ce fait, on comprendra aisément que les effets cliniques cités dans le paragraphe 1.1 peuvent impacter gravement la santé physique et mentale des femmes. Nombreuses sont celles qui souffrent de maux souvent lourds à supporter, douloureux, invalidants, voire très handicapants pour vivre sereinement une sexualité. Et cette longue liste des effets physiologiques indésirables de la ménopause peut représenter un frein suffisamment important pour que certaines femmes renoncent à leur vie sexuelle.

On constate qu'1/3 des femmes n'osent pas en parler à leur médecin<sup>23</sup> et, selon la thèse d'Anne-Laure Petit intitulée : *Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ?*<sup>24</sup>, les médecins sont aussi en grande difficulté pour aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes. Pour 60% des femmes, le médecin traitant n'a pas abordé ce sujet, et la moitié aurait souhaité qu'il le fasse.

Il n'est pas non plus toujours facile de partager avec son/ses partenaire-s sexuel-s, et d'avoir une écoute, voire une compréhension à cette période de vie. Or, ce syndrome entraîne non seulement des répercussions sur la vie sexuelle de la femme, mais aussi un risque accru de dépression. Psychologiquement, certains effets secondaires sont difficiles à vivre et peuvent nuire à la santé mentale de la femme si elle n'est pas entourée et prise en charge. Les femmes concernées ne comprennent pas toujours ce qui se passe en elles, et encore moins leur entourage. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, la ménopause véhicule une image vieillissante et peu valorisée dans la société actuelle. En France, parler de sexualité reste aussi tabou. Il n'est donc pas aisé d'en parler, même à son conjoint ou à ses amies.

---

<sup>22</sup> *Vieillesse et sexualité*, Cloé Vallée, HAL archives-ouvertes-dumas-ccsd-cnrs, 2014.

<sup>23</sup> Santémagazine.fr 19/01/2016.

<sup>24</sup> Thèse Anne-Laure Petit « *Les modifications physiologiques de la ménopause ont-elles un impact sur la sexualité de la femme ?* » pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, octobre 2015.

La ménopause est une transition vers un nouvel équilibre qui ne se fait pas en quelques jours et qui, pour certaines, est une épreuve compliquée à vivre. Sans compter toutes les injonctions qu'impose la société occidentale aux femmes, donnant des normes de ce que l'on attend de la femme de 50+, sur ce qu'elle devrait faire ou pas. Normes qui peuvent restreindre les femmes et les priver de leur liberté et de leur libre arbitre concernant leur vie intime et sexuelle.

Si la ménopause signe la fin de la fertilité, elle ne signifie pas pour autant la fin de la sexualité ! « Il n'y a pas de limite d'âge à la sexualité » nous disent Masters et Johnson. Certes, elle influence le désir et la qualité des relations, mais elle peut aussi accompagner un nouvel élan. A cette période de la vie, la femme est bien souvent libérée des obligations familiales, les enfants ont quitté le foyer. Aussi est-ce le moment pour s'observer, s'écouter, décoder ses états d'âme, prendre soin de soi, être bien avec soi-même et se faire du bien. Comprendre que les changements du corps n'ont rien à voir avec la force de son désir est la clé pour se sentir libre de vivre la sexualité que l'on choisit.

Nombre d'études montrent qu'aujourd'hui de plus en plus de femmes ménopausées vivent un regain d'activité sexuelle. Libérées de la contraception, du risque de grossesse, des règles ou de leurs enfants, elles se sentent disponibles et certaines disent vivre une sexualité améliorée. Elles ont plus de temps et sont libérées de la pression de la performance, de l'orgasme dictateur, libres de choisir les plaisirs et les gens avec lesquels elles ont envie de les vivre<sup>25</sup>.

La ménopause est donc une opportunité de faire le point sur soi et ses envies.



---

<sup>25</sup> *L'Âge, le désir et l'amour*, Marie de Hennezel, Pocket 2018.

Par ailleurs, la sexualité est un bon poste d'observation pour examiner la « déstandardisation » des âges, mais également son caractère genré. Car la discrimination par l'âge ne peut être abordée sans voir en quoi le genre y contribue. Il y a un seuil à partir duquel, différemment pour les hommes et pour les femmes, on va être considéré comme étant trop vieux. Par exemple, après une rupture conjugale, retrouver un partenaire sexuel prend beaucoup plus de temps pour les femmes qui sont considérées en dehors du marché affectif et sexuel.

Ce constat semble confirmer la croyance, profondément enracinée dans notre inconscient personnel et collectif, que le sexe c'est pour les jeunes. En mettant de la sexualité partout, les médias ont établi des normes dont il n'est pas facile de se dégager. Les corps vieillissants se transforment et sont de moins en moins conformes aux stéréotypes sexués. C'est d'ailleurs la représentation véhiculée dans notre société : la sexualité d'une personne âgée ne peut être que transgressive, ridicule, déplacée et, devenu vieux, on ne peut plus inspirer ni éprouver du désir... La sexualité des séniors gêne, nous met mal à l'aise. Notre société fait comme si cela n'existait pas, la cache. Et là encore, femmes et hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Majoritairement, un homme de plus de 45 ans choisit une partenaire plus jeune. L'inverse est moins vrai, même si à la vue du couple public de notre président actuel, on peut penser et espérer que cela puisse avoir une incidence et faire bouger le regard social ?!

## 2.2 Recrudescence des IST chez les séniors

Mais si la sexualité n'a pas de date de péremption, les IST (infections sexuellement transmissibles) non plus. Il y a vraiment auprès du grand public une méconnaissance des risques, et surtout une mauvaise représentation des personnes de plus de 50 ans comme pouvant être une population à risque. Plus on est âgé, moins on est conscient des dangers que l'on court dans une relation non protégée. Héritières d'une génération venue des années 60, ces personnes ne se sentent pas vraiment concernées par le préservatif ou par un risque sexuel potentiel et, comme les femmes ne sont plus exposées à la grossesse, elles n'utilisent plus le préservatif comme contraception. Pire, les professionnels de santé ne semblent pas voir cette tranche d'âge

comme des personnes à risque ! Le sujet des risques sexuels avec des patients de 50+ est peu, voire pas abordé en France et nos campagnes de prévention ne s'adressent qu'aux jeunes.

Les campagnes de prévention des IST ciblées 50+ sont extrêmement rares. Je n'ai trouvé qu'un exemple chez nos voisins belges via l'Association *Espace Séniors, réseau Solidaris* en 2013 : « Le Sexe... Quand je v(i)eux, comme je v(i)eux, où je v(i)eux ! ».

Dans notre société où la norme fait rimer sexualité avec jeunesse, tous les efforts de prévention ne sont orientés que vers une population jeune. La sexualité ne s'arrête pourtant pas avec l'apparition des premières rides. Les études françaises SIMON (1970) et CSF (2006)<sup>26</sup> démontrent bien une évolution et une augmentation de l'activité sexuelle chez les plus de 50 ans. Cela a pour conséquence grave que les personnes ne se protègent pas, et ne se font pas dépister.

Tristes constats recueillis auprès de Sidaction qui annonce que sur les 6000 personnes qui découvraient leur séropositivité en 2017, les 50+ représentaient 22% des nouveaux diagnostics. En 10 ans, la proportion des plus de 50 ans parmi les découvertes de séropositivité est passée de 12% à 20% (sidaction.org).



Campagne nationale contre le sida, affiches gagnantes du concours du magazine LGBT+ Têtu, 2009

<sup>26</sup> Annexe 3 : tableaux 1 et 2

Le nombre de seniors touché-e-s par les IST ne cessant d'augmenter, il est donc primordial que les pouvoirs publics, les professionnel-le-s et la population soient informés afin de faire un travail de prévention pour sensibiliser cette tranche d'âge. Et ce d'autant plus que les professionnels reconnaissent que certains changements inhérents au vieillissement augmentent les risques d'infection, notamment chez la femme ménopausée, car la fragilisation des muqueuses à la ménopause accroît la perméabilité du col de l'utérus et par conséquent amplifie le risque d'infection.

### 2.3 Enquête auprès de femmes ménopausées

Je me suis attachée à élaborer un questionnaire qui met en évidence les problématiques que les femmes rencontrent à la ménopause, avec ses effets et ses impacts sur la vie intime et sexuelle de chacune. Je me suis particulièrement intéressée aux ressources qu'elles mobilisent pour répondre à leurs besoins. Et j'ai essayé de les questionner sur la prise en charge et l'accompagnement qu'elles aimeraient et penseraient plus aidant pour elles dans cette phase de vie. J'ai reçu 20 réponses à mon questionnaire que j'ai analysées.

#### Questionnaire-enquête auprès des femmes ménopausées :

- 1- Quels ont été (sont) les effets de la ménopause sur vous ?
- 2- Si les effets de la ménopause vous ont gênée (gênent), quelles ressources avez-vous pu trouver pour vous aider ?
- 3- Avez-vous (eu) recours à des traitements ou remèdes ? Lesquels ?
- 4- Avez-vous ressenti le besoin de parler de votre vécu de la ménopause et avec qui ?
- 5- Quels impacts la ménopause a-t-elle (eu) sur votre vie sexuelle ?
- 6- Avez-vous pu parler de la ménopause et de ses éventuels effets avec votre (vos) conjoint-es/partenaire(s) sexuels?
- 7- Comment aimeriez-vous être accompagnée pendant cette étape de vie ?
- 8- Aimeriez-vous une prise en charge différente que celle apportée par le corps médical ?
- 9- Qu'est ce qui ferait que ce serait plus facile à vivre ?

J'ai réalisé un tableau pour organiser et analyser les résultats de mon enquête auprès des vingt femmes ménopausées que j'ai interrogées au printemps 2019.

#### RESULTATS QUESTIONNAIRE FEMMES : MENOPAUSE ET SEXUALITE

<b>Effets ménopause</b>			
Fatigue			15%
Problèmes articulaires			10%
Perte de sommeil			10%
Prise de poids			20%
Sécheresse vaginale			15%
Vieillessement peau			10%
Tristesse, dépression			30%
Bouffées de chaleur			50%
Migraines			5%
Irritabilité			5%
Aucun			0%

<b>Ressources utilisées</b>			
Consultations médicales			30%
Traitement d'appoint			20%
Médecines douces			20%
Sport			15%
Livres			5%
Rien			20%

<b>Traitements utilisés</b>			
Crèmes, gels, huiles essentielles			25%
Hormones			10%
Antidépresseurs			5%
Vitamine D			10%
Phyto, homéo, acupuncture			15%
Rien			30%

<b>Impact vie sexuelle</b>			
Baisse libido			40%
Sécheresse vaginale			30%
Eloignement			5%

<b>Aide recherchée</b>			
Amies			40%
Famille			5%
Médecin			25%
Personne			30%

<b>Dialogue partenaire</b>			
Oui			40%
Non ou peu			55%

<b>Accompagnement souhaité</b>			
Médecin dédié			40%
Lieu d'écoute (femmes)			50%
Informations			20%

<b>Facilitateurs</b>			
Soutien affectif			10%
Entourage			10%
Fin du tabou			45%
Prévention, information			25%

<b>Prise en charge différente</b>			
Oui			80%
Médecines douces			15%
Lieu d'écoute et de parole			70%
Soutien psychologique			15%
Pas d'avis			10%

Questionnaire réalisé auprès de 20 femmes.

### Analyse de l'enquête :

Au vu des réponses données par l'échantillon de 20 femmes ménopausées interrogées, il apparaît de manière claire que la problématique « ménopause et sexualité » est une véritable préoccupation (voire une souffrance) pour ces femmes car :

- 1) Toutes ces femmes étaient heureuses de répondre à ces questions concernant un aspect de leur vie habituellement peu pris en compte,
- 2) Toutes ont indiqué ressentir un ou plusieurs effets de la ménopause (dont des symptômes parfois très handicapants),
- 3) 70% d'entre elles ont avoué que la ménopause a un effet significatif sur leur sexualité.

Même si les effets ressentis varient d'une femme à l'autre (avec une nette prédominance des bouffées de chaleur, prise de poids et sécheresse vaginale), il apparaît aussi que 30% d'entre elles ressentent tristesse et rejet, voire développent une dépression à ce moment de leur vie où elles se sentent mal dans leur corps, rejetées, voire niées en tant que femmes désirables.

Ces femmes en mal-être recherchent pour la plupart d'entre elles (70%) une aide médicale ou médecine douce afin de faire disparaître le plus possible les symptômes dérangeants de la ménopause, mais rares sont celles qui trouvent dans le milieu médical une écoute bienveillante et adaptée. Elles ont l'impression d'aller à la pêche aux informations et trouvent peu de soutien.

Ces femmes ménopausées mettent en avant la solitude qu'elles ressentent dans cette période particulière de leur vie que le regard de la société rend plus pénible encore. Si certaines trouvent auprès de leurs amies réponses et conseils, seules 40% confient à leur conjoint leurs difficultés et peuvent en parler librement avec lui.

De manière évidente surtout, ces femmes disent souffrir d'un véritable tabou entourant cette période de vie féminine, ses difficultés et le rejet qu'elle génère tant professionnellement qu'intimement. Elles regrettent le manque d'information, de transparence, de lieux d'écoute et d'échange.

80% d'entre elles aspirent à une prise en charge différente de leur ménopause ! Elles souhaiteraient bénéficier de lieux d'écoute et de conseils, des lieux où elles pourraient trouver un soutien psychologique, une aide médicale adaptée et variée (psychologues, médecins et thérapeutes) et d'autres femmes avec qui échanger. Elles se sentent isolées et démunies face aux bouleversements qu'impose la ménopause.

Conclusion : il apparaît bien, au regard des résultats de cette petite enquête auprès de 20 femmes ménopausées issues de différents milieux, que la ménopause est vécue majoritairement de manière difficile par les femmes. Elles sont en situation de souffrance et ne bénéficient pas d'interlocuteur dédié auprès de qui trouver écoute, conseils, réconfort. Dans cette problématique de la ménopause, l'aspect de la sexualité plus particulièrement reste complètement tabou, du fait que cela touche à l'intime et au regard négatif posé sur ces femmes par la société et par les hommes en particulier.

### 3. RÔLE DE LA CONSEILLERE CONJUGALE ET FAMILIALE

Afin d'éclairer le positionnement d'une-un CCF face à ce besoin d'écoute et d'accueil des femmes ménopausées, j'ai eu l'occasion d'interroger longuement une conseillère en poste. J'ai fait le choix de retranscrire ici la totalité de cet échange, car je pense qu'il est représentatif de la réalité du terrain dans l'exercice du métier de CCF sur ce type de problématique.

#### 3-1 Interview d'une CCF

1-Dans votre pratique du métier de CCF, recevez-vous des femmes ménopausées ?

Y-a-t-il une demande ?

Oui, dans les entretiens de couple, je reçois des femmes en âge d'être ménopausées ou en pré ménopause, mais qui ne le formulent pas. Il n'y a pas une demande clairement signifiée autour de cette problématique.

2- Si oui, quelles sont leurs demandes ?

La question de la ménopause n'est jamais apparue directement. Elle pourrait cependant être sous-jacente d'un problème de conflit, de relation extra conjugale, d'absence de sexualité ou d'une communication qui ne fonctionne plus et qui génère beaucoup de souffrances. Il me semble que cette problématique reste tabou et peut être même non conscientisée comme pouvant être en partie source des problèmes relationnels dans le couple.

3- Si non, vers qui pensez-vous que les femmes ménopausées se tournent pour soumettre leurs questions ?

Vers leur médecin, leur gynécologue, mais cela reste un accompagnement médical sans forcément de prise en considération des conséquences dans la vie de couple et de famille.

4-Pensez-vous que la-le CCF est apte à accompagner les femmes ménopausées ? Pourquoi ?

Tout à fait oui, car elle peut aider à mettre en mot les souffrances et incompréhensions, souvent par méconnaissance d'ailleurs, des impacts de ce moment de la vie d'une femme sur l'équilibre de la relation conjugale. Elle/il peut entendre les questionnements, les doutes, les craintes, en toute bienveillance et en prenant le temps de l'écoute. C'est la prise en considération à sa juste valeur de cette problématique qui pourrait permettre de rétablir la communication, de parler

sexualité et d'envisager ce que le couple pourrait mettre en place conjointement pour entendre et répondre aux besoins de chacun.

- 5- En quoi, selon vous, est-ce important que la-le CCF remette en cause les représentations que la société nous renvoie sur la ménopause et la sexualité des femmes ménopausées ?

Afin de libérer la parole de madame, mais aussi de monsieur, face à ce qu'ils vivent et leurs représentations sur ce sujet, il peut être intéressant de questionner le couple sur ces images véhiculées par la société, pour leur permettre d'exprimer l'un et l'autre leurs ressentis.

Comment la ménopause est-elle appréhendée ? Est-ce une fin ou un début ? Que pourrait apporter ce changement dans la complicité du couple ? La-le CCF pourrait aider le couple à cheminer vers leurs besoins et leurs désirs.

### 3.2 La-le CCF : un-e interlocuteur-riche pertinent-e pour les femmes ménopausées ?

Il est intéressant de voir que les femmes ne vivent pas la ménopause de la même manière en fonction de l'accompagnement qu'elles reçoivent. Si elles sont entourées par un compagnon bienveillant qui comprend que cette période peut s'accompagner de désagréments psychologiques, physiques et sexuels, et/ou par un médecin à l'écoute qui leur proposera une prise en charge adaptée et personnalisée, elles vivront mieux ce cap. Mais il n'est pas toujours facile de se confier à sa/son partenaire ou conjoint-e, ni même à son médecin de famille ou son gynécologue. Cela touche à l'intime et il peut s'avérer difficile d'en parler.

#### ***Quelles propositions d'accompagnement une-un CCF pourrait offrir à une femme ménopausée ?***

Le champ d'action du/de la conseiller-ère est la vie relationnelle, affective et sexuelle et même s'il/elle ne fait pas partie du corps médical, il/elle a une très bonne connaissance du corps féminin. Il/elle adopte une posture facilitatrice qui tient en trois principes : la congruence, l'empathie et le regard positif inconditionnel. Elle se nomme ACP (Approche Centrée sur la Personne) et a été développé par Carl Rogers, psychologue nord-américain (1902-1987) qui

insiste en priorité sur la qualité relationnelle client-thérapeute qui se lie à travers des attitudes facilitatrices. « La congruence est la capacité de la personne aidante à prendre conscience du flux des sentiments et émotions qui la traversent. La-le CCF ne se présente pas comme un expert professionnel des problèmes émotionnels mais au contraire comme un individu à part entière, un-e écoutant-e humble et désireux-se de comprendre le monde intérieur de l'autre. C'est ce qu'on appelle la compréhension empathique. De plus, le-la conseiller-ère fait preuve de considération positive inconditionnelle (ou regard positif inconditionnel) en accueillant l'autre de manière positive, sans jugement, ni condition. Elle/il a une attitude chaleureuse et réceptive en acceptant la personne telle qu'elle est, ce qui a pour effet de la libérer de toute pression moralisante.

Lorsque la-le CCF arrive à instaurer un climat de confiance, la personne peut progressivement explorer son expérience comme elle se la présente et sans la déformation des filtres « défensifs » car elle se sent dans une relation rassurante. La/le CCF a la capacité d'identifier, valoriser les ressources et les potentialités de la personne, afin de l'aider à cheminer et trouver en elle ses propres réponses »<sup>27</sup>.

La-le CCF a donc toute sa place dans cette étape de vie de la femme et peut être une ressource très aidante. Entendre les questionnements et l'imaginaire que les gens ont autour de la sexualité à l'âge de la ménopause, avoir une écoute concernant les soucis corporels, psychiques et sociaux, fait, me semble-t-il, complètement partie du rôle de la-le CCF.

- **Une écoute, par des entretiens individuels ou groupes de parole**

Cet accompagnement peut se faire sous la forme d'entretiens individuels. La posture du ou de la CCF étant d'être là où en est la personne ou le couple. Surtout ne pas rajouter d'injonctions aux femmes, comme celle d'avoir une sexualité épanouie après la ménopause ! Car la problématique de la sexualité à la ménopause peut être très loin des problématiques de certaines femmes, soit parce qu'elles n'ont pas de temps à consacrer pour elles, ou que cela est trop éloigné de leurs préoccupations.

Que ce soit au sein d'associations ou en cabinet libéral, recevoir individuellement les femmes ou les couples dans un cadre de confidentialité complète peut être rassurant. Cela peut s'avérer une aide importante afin d'ouvrir le champ des possibles et discuter de sexualité sans tabou, ni jugement.

---

<sup>27</sup> Wikipédia.org Approche centrée sur la personne chapitre 4 « Les trois attitudes du thérapeute centré sur la personne ».

Je citerai les mots de Valérie B, la CCF que j'ai interrogée sur cette question : « C'est la prise en considération à sa juste valeur de cette problématique qui pourrait permettre de rétablir la communication, de parler sexualité et d'envisager ce que le couple pourrait mettre en place conjointement pour entendre et répondre aux besoins de chacun ».

Cet accompagnement peut aussi s'envisager sous forme de groupes de paroles et d'ateliers puisque la/le CCF possède aussi la compétence d'animation en mettant en place des outils adaptés. Il-elle partira de ce que le groupe apporte afin de développer la réflexion et les échanges sur le sujet choisi, dans une perspective d'éducation populaire<sup>28</sup>. « Il s'agit de partir de ce qui affecte et indigné les gens et ainsi privilégier l'approche ascendante et transversale de la construction des savoirs (à l'inverse de l'inculcation descendante qui va de ceux qui savent aux apprenants) ».

- **Conseils, prévention et relais vers des professionnels de santé**

La/le CCF a un rôle d'orientation afin d'aider les femmes à identifier des lieux ou professionnel-le-s disposés à les recevoir et à les prendre en charge. On peut imaginer que si des pôles dédiés aux femmes ménopausées et à leurs spécificités s'ouvraient afin de leur offrir un panel de professionnels disposés à les recevoir et les prendre en charge. Naturopathes, sophrologues, coachs sportifs, nutritionnistes, etc. De véritables lieux ressources où les femmes pourraient venir chercher conseils et suivis thérapeutiques pour affronter au mieux leur ménopause. Dans ce contexte, la/le CCF serait l'interface entre les femmes et le monde médical et paramédical pour un accompagnement au plus près de leurs demandes et besoins (cf 2.4 : enquête auprès de femmes ménopausées).

Dans le paragraphe 2.3, nous avons abordé le problème de la recrudescence des IST chez les personnes de 50+. Or, l'un des champs d'actions des CCF est la prévention et la réduction des risques en santé sexuelle. Par exemple dans le cas de personnes qui changent de partenaires ou qui en ont plusieurs, le/la conseiller-ère est complètement compétent-e pour apporter informations, conseils et les aider à prendre conscience de l'intérêt de se protéger. Le travail de réduction des risques peut se concevoir en accueil individuel, tout comme en groupe sous formes d'ateliers, ou d'interventions ponctuelles dans des endroits stratégiques que les femmes fréquentent afin de communiquer au maximum sur la réduction des risques en santé sexuelle.

---

<sup>28</sup> Annexe 4 : définition de l'Éducation populaire.

### 3.3 La sexualité des femmes ménopausées : un sujet de revendication à soutenir

Je pense qu'étudier la sexualité de la femme à l'âge de la ménopause est un bon moyen de mettre en lumière toutes les représentations sociales, les discriminations et les violences faites aux femmes. Ce choix me paraît pertinent car en tant que future conseillère conjugale et familiale, il est primordial d'être conscient-e de cet enjeu sociétal.

#### Une inégalité sexuelle accrue

Les femmes ménopausées d'aujourd'hui font partie de la génération du baby-boom, celle qui a fait Mai 68, celle qui a connu une pseudo-libération sexuelle. Pour autant, il n'a pas suffi que l'on parle librement de la sexualité pour que les femmes accèdent à une vraie liberté érotique.



Nous vivons encore une époque où les femmes ont du mal à se libérer de la domination masculine. Pour cela, il est important de dissocier fécondité et sexualité afin de ne plus limiter la sexualité féminine à son rôle d'enfantement, à la nécessité d'être mère qui la réduirait à son utérus. S'émanciper et refuser que la sexualité féminine soit réduite à la procréation mais aussi au plaisir, au désir... Un combat démarré dans les années 70 mais toujours d'actualité.

Avec la « seconde révolution contraceptive », s'achève le long processus historique de séparation de la reproduction et de la sexualité. Un des grands effets de cet achèvement, c'est de définir des moments de la vie spécialisés dans la sexualité non reproductive. Sorties de la période reproductive, les femmes peuvent s'emparer de ce moment pour vivre une sexualité répondant plus à leurs désirs. Pour cela, elles doivent se sentir libres et non soumises à de quelconques jugements et injonctions sociétales et familiales sur ce qu'on attend qu'elles soient et comment elles doivent se comporter. De nos jours, la société est loin d'être égalitaire et les femmes peinent à devenir l'égal de l'homme concernant ce sujet épineux qu'est la sexualité.

### **Un combat féministe**

Dans ce combat de femmes pour les femmes, « les Babayagas » ou les « Panthères grises »<sup>29</sup> sont des initiatives remarquables (mais dispersées) car le féminisme français ne s'est pas vraiment attaqué à ce sujet comme il a pu le faire avec des combats pour la contraception ou l'avortement. Or, la France est vieillissante, les femmes âgées sont plus nombreuses, mais aussi plus pauvres et solitaires que les hommes, ce qui accentue les inégalités sociales sexuées. Pourtant, aucun groupe féministe ne travaille durablement sur ce sujet ; il y a comme une cécité des groupes féministes à l'égard du grand âge dont la sexualité est restée un impensé social. Toutefois, il faut quand même citer deux collectifs, les « Ménopause rebelle » à Marseille et les « Fouffe qui peut » en Ariège, qui réfléchissent à des moyens collectifs de lutter contre l'âgisme (discrimination envers toute personne âgée) et le sexisme. Elles échangent aussi sur la ménopause, ses tabous et ses alternatives. Elles analysent la façon différente de voir le corps des femmes et hommes vieillissants. Elles dénoncent les normes de genre que révèle la vieillesse.

---

<sup>29</sup> Les Babayagas : maison de vie autogérée pour femmes âgées créée à Montreuil (93) en 2012 par Thérèse Clerc, féministe militante décédée en 2016. Les Panthères grises : association de défense des femmes âgées, antenne française créée en 1989 par Renate Gossard.



En visionnant le podcast à soi sur arteradio.com N°14 : « Vieilles et alors ? », une création de Charlotte Bienaimé avec le collectif « Ménopause rebelle » de Marseille qui mêle documentaires et entretiens, récits intimes et paroles d'expert-e-s, textes inspirants et réflexions personnelles, pour évoquer la question du regard de la société sur la femme vieillissante, on y découvre pendant plus d'une heure des femmes qui revendiquent leur âge et qui refusent de se soumettre aux injonctions sociétales occidentales.

Lorsqu'on entretient non seulement son état physique mais aussi son esprit, que l'on reste ouverte aux autres, alors c'est la personne avec son charme, son esprit, sa joie de vivre qui reflète une bonne et belle image d'elle-même. Il est donc primordial de briser l'omerta pour éveiller une prise de conscience de tous ces stéréotypes qui enferment et desservent les femmes.

### **Un déficit d'image dans la presse, la littérature, l'audiovisuel**

Concernant la sexualité, Brigitte Lahaie, animatrice radio de « L'amour et vous », est un témoin important de la vie sexuelle des français-es. Elle parle de femmes pas si libérées que cela, malgré l'évolution des mœurs et de la parole autour du sexe. Elle fait part de femmes qui subissent l'influence normative des magazines féminins, ces derniers donnant une vision de la sexualité en décalage total avec ce qu'elles ressentent intimement. Les femmes subissent une obligation de performance, donc, qui ne les aide pas à vivre une sexualité heureuse et épanouie. Elles ne s'identifient pas à ces standards, se sentent en décalage avec ces revues.

Pour faire tomber le tabou de la sexualité des femmes ménopausées, la presse pourrait donner la parole plus largement à ces femmes afin qu'elles prennent place et s'imposent dans la

littérature globale. Des magazines féminins ou people, à ceux orientés santé et bien-être, il serait préférable que toutes les catégories de femmes soient présentées et puissent s'informer, s'exprimer, libérer leurs mots.

Les femmes ménopausées ne doivent pas se sentir exclues ou stigmatisées. C'est le rôle de la presse de répondre présente à toute la diversité de leur public. Les femmes, quels que soient leur âge et leur orientation sexuelle, doivent pouvoir se retrouver et s'identifier dans les articles des magazines. Mais il est primordial que les femmes de plus de 50 ans soient présentes et visibles dans tous les champs de la littérature. Plus elles seront visibles, plus elles pourront libérer leur parole. De même, plus le thème de la ménopause ainsi que la sexualité à la ménopause sera abordé, traité, renseigné, discuté, débattu, moins il sera tabou et difficile à partager et à vivre.

« Ménopause », au théâtre de la Madeleine, Paris, juillet 2019



Dans l'audiovisuel aussi, il est fâcheux de constater à quel point dans notre société occidentale actuelle les femmes ménopausées sont très peu représentées : elles n'apparaissent nulle part. Ni sur le petit ou sur le grand écran. Et lorsqu'une actrice doit jouer le rôle d'une femme de 50+, trop souvent le réalisateur choisit de faire jouer le rôle par une femme nettement plus jeune. C'est l'injonction au jeunisme (culte de la jeunesse), tandis que les confrères, les hommes, ne semblent pas subir une telle discrimination. Ce sexisme sociétal est donc un véritable enjeu de société que dénoncent certaines associations, comme par exemple : AAFA (Association Actrices Acteurs de France Associés). L'actrice Marina Tomé a d'ailleurs créé en 2015 la commission « AAFA-Tunnel de la comédienne de 50 ans » en collaboration avec Catherine Piffretti, afin de combattre les stéréotypes sexistes liés à l'âge des femmes et reproduits dans les fictions françaises<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Article de Médiapart dernière édition du 3/12/2016 « Pour la comédienne de 50 ans, à quand la sortie du tunnel ? » par Corinne KLOMP.

Car il faut être conscient qu'au-delà de la dimension artistique, les films véhiculent des normes, transmettent des valeurs et mettent en jeu des représentations qui influencent notre perception du monde. Il est donc essentiel de lever l'omerta pour décrire une situation actuelle où majoritairement les femmes en âge de procréer, de 20 à 35 ans, sont visibles à l'écran. Pour exemple, sur l'ensemble des films français sortis en 2016 et 2017, seuls 6% des rôles ont été attribués à des comédiennes de 50+ ! Il y a même une blague qui circule pour évoquer cette invisibilité chronique : à partir de 50 ans, les femmes développent un « superpouvoir » ; elles deviennent invisibles. La commission AAFA « Tunnel de la comédienne de 50 ans » a rencontré en 2019 Agnès Saal, la haute fonctionnaire à l'égalité et la diversité du ministère de la Culture, afin de lancer une étude genrée par âge.

### **Une inégalité sociale**

Selon les classes sociales, la ménopause est vécue et acceptée différemment. Nous pouvons tout à fait envisager que la problématique de la sexualité à la ménopause peut être très loin des préoccupations de certaines femmes. On peut même supposer que cela peut ne concerner que des femmes qui vivent déjà dans un certain confort de vie, ayant du temps pour elles et suffisamment de moyens financiers car chaque consultation d'un spécialiste ou thérapeute coûte un minimum de 50 euros, et est très rarement pris en charge dans sa globalité. Cette disponibilité et cette charge financière représentent certainement des freins pour une catégorie sociale plus modeste et augmentent les inégalités sociales.

Dans son livre « La Fabrique de la Ménopause », Cécile Charlap écrit ainsi que les femmes issues des classes supérieures urbaines auront plus recours à un traitement hormonal de substitution (TSH) que celles issues d'un milieu populaire. Les premières adhèrent plus aux normes savantes alors que les secondes adhèrent aux normes familiales, qui sont transmises notamment par la mère, qui permet de résister aux normes médicales. Elles partagent ouvertement avec les femmes de la famille. La ménopause fait partie de la vie, c'est la nature. *Elles perçoivent la ménopause comme une manifestation légitime de la nature face à laquelle il leur faut faire preuve d'endurance.* Selon leur catégorie sociale, les femmes ne sont donc pas soumises aux mêmes influences.

En conclusion, déconstruire les préjugés et les représentations toutes faites sur la ménopause et les femmes vieillissantes est une priorité. Les aider à prendre du recul sur le regard social que la société porte sur elles et sur les attendus de posture qu'elle impose me semble être un enjeu de société majeur pour libérer les femmes et lutter contre les discriminations de sexe, d'âge et de classe.

### 3.4 Actions préconisées pour l'accompagnement des femmes ménopausées

Il apparaît donc essentiel que les femmes ménopausées puissent bénéficier d'une écoute appropriée, ainsi que d'un suivi et de conseils adaptés à leurs besoins, sans aucune discrimination. Si elles en ressentent le besoin, la plupart d'entre elles ne savent pas où trouver ce soutien car rien ne les aide à identifier ces structures d'accueil, si elles existent.

Une communication ciblée serait donc nécessaire aux associations et autres centres dédiés à l'accueil des femmes afin d'être repérés par ces dernières comme lieux ressources.

Il serait aussi intéressant d'établir des synergies entre les associations travaillant sur le registre de la santé sexuelle (comme le Planning Familial), ainsi qu'avec les associations qui ciblent le même type de population pour développer des actions communes de communication sur les femmes ménopausées. Dans le but de les rendre visibles aux yeux de tous et de dénoncer les rapports sociaux de sexe. Cela pourrait se faire au travers de campagnes publicitaires, affiches, clips, blogs, podcasts ...<sup>31</sup>

Au-delà de la communication autour de l'image de la femme ménopausée et de l'identification des lieux ressources, c'est tout un dispositif d'accompagnement spécifique qui mériterait d'être réfléchi et mis en place pour accueillir et répondre efficacement aux besoins particuliers des femmes de 50 ans et plus.

En particulier, il apparaît indispensable de proposer un panel de professionnel-le-s formé-e-s à l'écoute et au suivi (psychologues, CCF, etc.) ciblé aussi bien sur la prévention des risques que sur des propositions d'accompagnement et d'aides.

---

<sup>31</sup> Alain Héril, « Parlons peu, parlons sexe » Doctissimo, You Tube, 17/10/2015 ; Brigitte Lahaie, « Lahaie, l'amour et vous : quinze ans de sexothérapie », Solidays You Tube du 9/02/ 2017 ; Catherine Solano, sexologue, Émission Comment ça va bien « quelle libido après la ménopause », You Tube 1/02/2016.

Les problématiques liées à la ménopause étant tout à la fois médicales, sexuelles, mais aussi psychologiques, sociales et de bien-être, il serait opportun aussi de réunir dans des lieux d'accueil différents types de thérapeutes afin de proposer plusieurs alternatives de traitements et de suivis (médecins, acupuncteurs, naturopathes, sophrologues, diététiciens, coachs sportifs, psychologues, sexologues, etc.) pour aborder les problématiques de la ménopause et de la sexualité.



L'un des axes de travail serait enfin de mobiliser les pouvoirs publics afin d'élargir la prévention santé sexuelle en ciblant cette catégorie de femmes de plus de 50 ans. Cela contribuerait aussi à lutter contre les discriminations sociales et de sexes.

Bien entendu, tout cela a un coût qui représente un frein certain et qui limite aujourd'hui les possibilités d'action. Mais accepter de considérer les femmes au-delà de 50 ans comme des femmes à part entière, ayant droit à un accompagnement adapté au même titre que les femmes plus jeunes en âge de procréer, me semble non seulement souhaitable mais juste.

En ne voulant pas voir qu'un grand nombre de femmes vivent mal cette période de leur vie, qu'un nombre non négligeable d'entre elles subissent une discrimination sociale, personnelle voire professionnelle à ce moment, que les cas de dépressions augmentent considérablement chez la femmes au moment de la ménopause, que les risques d'IST sont plus importants, les services de santé, les lieux d'accueil et même les associations féministes se détournent d'une

souffrance réelle, d'une problématique sociale et économique, et d'un véritable problème de santé publique.

Pourtant, il suffirait d'un autre regard sur la ménopause et l'âge des femmes en général, d'un accompagnement médical adapté et de conseils ciblés, pour que les femmes en France vivent mieux cette période charnière de leur vie, et l'expérimentent même comme le début d'une nouvelle harmonie.



Pour que 50 ans ne soit plus considéré comme le « nouvel âge ingrat » (Figaro, 2014) mais comme l'âge de l'épanouissement de la femme.

## CONCLUSION

En 2009, plus de 11.500.000 femmes seraient ménopausées en France, en comptant celles qui montrent les premiers signes de ménopause, ce sont 430.000 nouvelles personnes qui viennent grossir les rangs des femmes ménopausées par an.

La plupart d'entre elles vont vivre durant plusieurs années une période difficile, voire un véritable calvaire, tant physiquement, que psychologiquement, socialement, affectivement. Car la ménopause est plus qu'un changement d'état hormonal induisant des bouleversements physiologiques, c'est aussi pour toutes ces femmes le début d'un nouvel âge, celui de l'arrêt de la fécondité, du début de la vieillesse, et pour ces raisons-là d'un changement important de leur image, de leur place dans la société, de leur prise en considération.

Or, parce que justement cette période de la vie des femmes est tabou, on en parle peu, et aucune prise en charge adaptée n'est proposée, ni d'un point de vue médical, ni d'un point de vue psychologique, encore moins d'un point de vue social.

Les femmes doivent souvent lutter seules pour supporter les effets indésirables de la ménopause, privées d'informations, de soutien, d'écoute. Il n'existe aucune structure médicale ou sociale ressource pour accueillir, conseiller, accompagner spécifiquement ces femmes. Les médias même, la littérature, le cinéma ne traitent le sujet que rarement, et le plus souvent en le tournant en dérision.

Gestion des impacts physiques et psychologiques de la ménopause, sexualité tabou, manque d'informations sur les risques de IST, représentations sociales désastreuses des femmes qui ne sont plus fécondes, sont autant de problématiques dont pourraient se saisir des structures d'aide aux femmes telles que le planning familial, et en particulier les conseiller-ère-s conjugal-e-s et familial-e-s.

Ce mémoire est guidé par mon intérêt et mon envie d'ouvrir des possibilités d'accompagnement pour ces femmes. Mon travail d'enquête m'a permis de mieux comprendre les besoins et les attentes des femmes ménopausées françaises. Je suis aussi perplexe que frustrée de constater que peu, très peu d'espaces leur sont dédiés. Un accueil adapté, une écoute bienveillante, l'orientation vers des thérapeutes dédiés pourraient aider ces femmes de plus de 50 ans à ne plus vivre leur ménopause comme « l'âge du désespoir » ! Au travail !

## REMERCIEMENTS

Pour la réalisation de ce mémoire, je remercie tout particulièrement mon amie Pascale qui m'a soutenue, relue et qui a été d'une grande aide pour moi.

Je remercie mes collègues stagiaires de cette formation CCF pour leur disponibilité à échanger et tout particulièrement ma référente de mémoire, Aurélie pour ses conseils et ses retours critiques bienveillants et très utiles. Merci au Planning Familial 13 de lui avoir libéré du temps pour les relectures et entretiens. Un grand Merci à toutes ces femmes anonymes qui ont accepté de participer à mon enquête et à la professionnelle CCF, Valérie, qui a pris le temps de répondre à mon interview.

## BIBLIOGRAPHIE

- ATTRY Charlotte, CARRERE Brigitte, Ménopause, Toi et Moi on s'explique, le gâteau sur la cerise, 2018
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, Enquête sur la sexualité en France, La Découverte, 2008
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel, Les Transformations de la vie sexuelle après 50 ans : un vieillissement genré, dossier Vieillir, Edition : Genre Sexualité et Société, 2011
- BESSIN Marc, Déprises sexuelles : penser le vieillissement et la sexualité, Edition : Genre, sexualité et société, 2011.
- BESSIN Marc, Les âges de la sexualité : entretien avec Michel Bozon, Edition La Découverte dans Mouvements, 2009
- BRENOT Philippe Tome 4, Gynécologie et obstétrique pratique, Femme et Ménopause, LEN Médical (2015)
- CHARLAP Cécile, La fabrique de la ménopause, CRNS Éditions, 2019
- DISPA Marie-Françoise, Ménooptimiste, Racine 2017
- HENNEZEL Marie, L'Âge, le désir et l'amour, Pocket (2018)
- HERIL Alain, Femme épanouie, les âges sexuels de la femme, Payot 2012, P97
- KLOMP Corinne, Pour la comédienne de 50 ans, à quand la sortie du tunnel ? Article de Médiapart dernière édition du 3/12/2016
- LAGRAVE Rose-Marie, Ré-enchanter la vieillesse, La Découverte « Mouvements », 2009, p119
- LAHAIE BRIGITTE, auteure, animatrice émission sur RMC : « Lahaie, l'amour et vous »
- MUNIER Carlotta, Sexualité féminine : vers une intimité épanouie, le Souffle d'Or collection des femmes et des hommes, 2018
- NANCY Jean-Luc et VAN REETH Adèle, La Jouissance, Plon 2014
- SFE Société Française d'Endocrinologie : Site sfendocrino article 385
- VALLEE Chloé, Vieillesse et sexualité, Anthropologie sociale et ethnologie 2014. Dumas

## ARTICLES de PRESSE

Association, Espace Séniors, réseau Solidaris : « Le Sexe... Quand je v(i)eux, comme je v(i)eux, où je v(i)eux ! » 2013.

Ça M'intéresse Santé, « Spécial Femmes », Magazine trimestriel : Juin, Juillet, Août 2019

Féminin Senior N°3, Magazine trimestriel : Septembre, Octobre, Novembre 2018

Mutuelle de France Unie : article de prévention et actions sociales « IST : Pas que chez les jeunes, les séniors aussi », 18/07/2017

Santé au féminin, Magazine du mois de juillet 2019

## PODCASTS et BLOGS

Alain Héril, « Parlons peu, parlons sexe » Doctissimo, You Tube, 17/10/2015

Brigitte Lahaie, « Lahaie, l'amour et vous : quinze ans de sexothérapie » Solidays You Tube du 9/02/ 2017

Catherine Solano, sexologue, Émission comment ça va bien « quelle libido après la ménopause » You Tube 1/02/2016

Charlotte Bienaimé avec le collectif Ménopause-rebelle de Marseille, « Un podcast à soi » épisode 14 « Vieilles et alors ? » Femme Féminisme You Tube du 19/01/2019.

Magali The Mouse, SilverTubeuse « les quinquas rebelles », 2019

## FILMOGRAPHIE

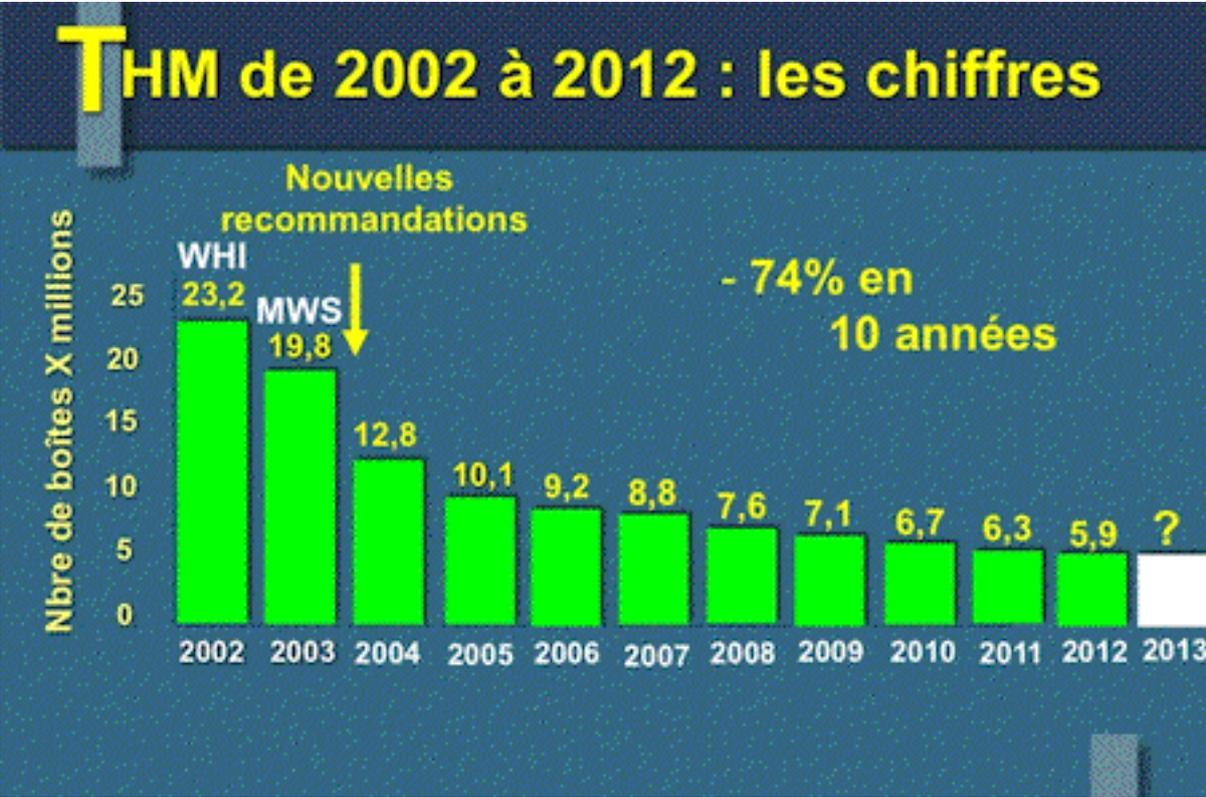
CLERC Thérèse et GEROULD Benoîte, émission 2011.

REYNAUD Jean Luc, L'art de vieillir, 2006 Vimeo.com

ANNEXES

Annexe 1

**Tableau :** Analyse étude enquête AFEM 2012. Évolution des Ventes de THM en France



## Annexe 2

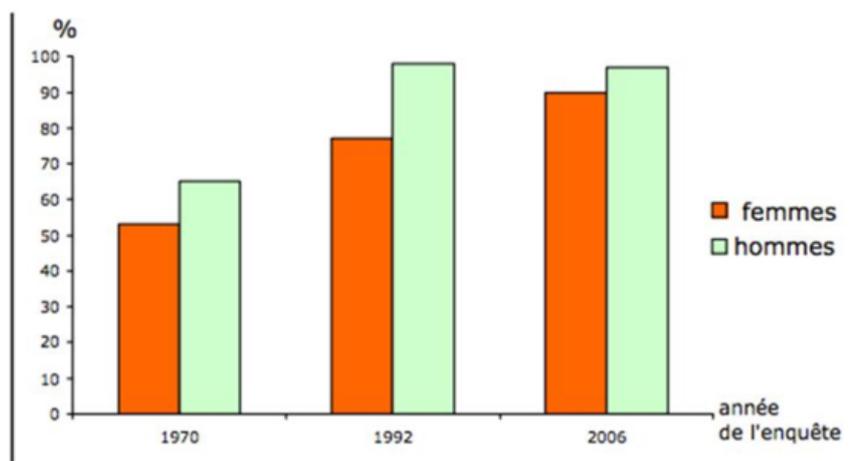
**Graphique : Enquête CSF 2006 : Proportions de personnes ayant eu des rapports sexuels dans l'année, parmi les femmes et hommes de plus de 50 ans vivant en couple en 1970 en 1992 et en 2006**



### «Contexte de la Sexualité en France» (enquête CSF-2006)



Proportions de personnes ayant eu des rapports sexuels dans l'année, parmi les femmes et les hommes de plus de 50 ans, vivant en couple en 1970 en 1992 et en 2006



### Annexe 3

**Tableau 1 : Attitudes à l'égard de la sexualité chez les plus de 50 ans.  
Comparaison des deux enquêtes françaises SIMON (1970) et CSF (2006)**

	Enquête Simon 1970 Personnes mariées de plus de 50 ans		Enquête CSF 2006 Personnes en couple ou relation stable (50-69 ans)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ont eu des rapports sexuels:				
dans les 12 mois (%)	62 (77*)	49 (69*)	95	86
dans les 4 semaines (%)	53 (65*)	37 (52*)	86	79
Nombre moyen de rapports (4 semaines)	5,2	6,0	6,7	6,5
Durée moyenne rapports (minutes)	18	15	22	21
Des rapports sexuels sont nécessaires pour être bien (% d'accord)	58	33	69	55
Voudrait avoir (%)				
plus de rapports	20 (26*)	7 (11*)	24	12
moins de rapports	5 (7*)	12 (19*)	1	3
c'est bien comme ça	51 (67*)	45 (70*)	75	85
A des rapports pour faire plaisir au partenaire sans en avoir vraiment envie (%)				
souvent	6 (7*)	30 (34*)	2	10
parfois	46 (52*)	53 (61*)	27	54
Qui prend le plus souvent l'initiative (1970)? Qui en avait le plus envie (2006) (dernier rapport)? (%)				
L'homme	59 (69*)	58 (70*)	23	3
La femme	1 (1)	1 (1)	4	27
Les deux	20 (24*)	16 (19*)	72	70

- \*Pourcentage calculé en excluant les non réponses

**Tableau 2 : La sexualité chez les plus de 50 ans : partenaires, représentations.  
Comparaison des deux enquêtes françaises SIMON (1970) et CSF (2006)**

	Enquête Simon 1970 Personnes mariées de plus de 50 ans		Enquête CSF 2006 Personnes en couple ou relation stable (50-69 ans)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nombre moyen de partenaires au cours de la vie	10,9	1,4	12,8	3,6
Masturbation (au moins une fois dans la vie)	62	15	87	52
Sexualité orale (au moins une fois)	47	41	90	85
Orgasme (femmes)				
1970: toujours ou presque		32 (40*)		79
2006: au dernier rapport				
Proportion très satisfaits de leur vie sexuelle** (%)	45 (53*)	14 (17*)	35	35
A déjà lu des livres érotiques (1970)	52	28	82	70
A déjà vu des films pornographiques (2006) (%)				
Déjà eu des rapports avec des prostituées (hommes)	44	--	27	--
Opinion à l'égard de la prostitution				
Nécessaire	11	10	16	9
Inévitable (à régler)	66	55	60	50
Intolérable (à faire disparaître ou reculer)	23	35	24	41

- \*Pourcentage en excluant les non réponses
- \*\*Population : personnes qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois

## Annexe 4

### **Définition de l'Éducation populaire** ; extraits de l'encyclopédie libre, Wikipédia 2018

Une éducation visant l'amélioration ou l'amendement du système social, afin de permettre à chacun-e de s'épanouir et de trouver une place dans la société. C'est une éducation qui reconnaît à chacun-e la volonté et la capacité de progresser et de se développer, à tous les âges de la vie. Elle ne se limite pas à la diffusion de la culture académique, elle reconnaît aussi la culture dite populaire. Elle est perçue comme l'occasion de développer les capacités de chacun à vivre ensemble, à confronter ses idées, à partager une vie de groupe, à s'exprimer en public, à écouter, etc.

Une définition sociale et politique :

L'éducation populaire est tout à la fois une philosophie de l'histoire, une configuration et un outil. Elle est au carrefour de l'éducation permanente, de l'éducation des adultes, de l'éducation ouvrière, de l'animation socioculturelle et de l'économie sociale.

Une définition pédagogique :

L'éducation populaire est le processus par lequel le destinataire de l'acte éducatif est associé à la définition des contenus légitimes de savoirs transmis.

Une définition politique :

L'éducation populaire est le développement des capacités de chacun à comprendre son environnement, à pouvoir s'y situer pour agir à le transformer.

## Résumé en 4<sup>ème</sup> de couverture/synthèse

Si le rôle d'une CCF est l'accompagnement des personnes au cours de leur vie affective et sexuelle, dans ce cas pourquoi si peu de femmes ménopausées sont-elles accueillies et accompagnées ?

Est-ce parce qu'elles n'en ont aucun besoin ? Parce que la ménopause sonne le glas des problématiques féminines et des questions de sexualité ? Ou parce que les difficultés de cette période de vie sont minimisées, ignorées voire moquées par la société, leurs conjoints, les pouvoirs publics même ?

Puisque je fais moi-même partie de ces femmes de plus de cinquante ans, puisque je subis moi-même les effets indésirables de la ménopause, j'ai souhaité comprendre quelle était la situation réelle de cette catégorie de femmes dont on parle si peu, ou si mal.

Quels sont les effets physiologiques, psychologiques, sociaux de la ménopause sur les femmes ? Qu'en est-il de la sexualité après 50 ans ? Quelle est l'image de la femme ménopausée dans la société actuelle, les médias, la littérature ?

Je me suis tournée vers des femmes pour comprendre comment elles vivaient cette phase de vie, quel soin elles prenaient d'elles-mêmes, quelle aide elles recevaient et de qui.

Le constat est accablant. Hormis l'aide d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste pour la prescription de traitements destinés à limiter les effets indésirables de la ménopause, très peu de femmes reçoivent une aide réelle, adaptée, concrète aux difficultés qu'elles rencontrent.

Et elles aspirent à trouver dans des structures d'accueil dédiées à l'écoute, au conseil, et à l'orientation vers des thérapeutes spécialisés.

Les CCF trouveraient toute leur place dans ce processus d'épanouissement, voir contribueraient à construire une image positive de la femme ménopausée.

Les trois mots-clés : ménopause /sexualité/accompagnement.