

FORMATION 2002/2003

**DE CONSEILLERE FAMILIALE ET CONJUGALE
AU PLANNING FAMILIAL DE GRENOBLE**

MEMOIRE

Une étape particulière

La ménopause

A CONSULTER SUR PLACE

PLAN

I. INTRODUCTION	p.4
II. RESITUONS LA FEMME DANS SON HISTOIRE, SES DROITS, SA PLACE	
1) Le début des droits des femmes	p.7
2) Heureusement le féminisme	p.9
3) Accueil des consultantes dans les centres de planification	p.9
III. QU'EST CE QUE LA MENOPAUSE	
1) Définition	p.11
2) Age de la ménopause	p.12
3) Les symptômes	p.13
4) Les traitements	p.15
5) Celles qui ne prennent pas de traitement	p.17
IV- ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE LA MENOPAUSE	
1) Vie émotionnelle et contexte hormonal	p.18
2) La peur de vieillir	p.19
3) L'identité féminine	p.20
4) Le désir d'enfant	p.21
5) Le couple et la sexualité	p.22
6) Ménopause et dépression	p.23

V- GROUPE DE PAROLE DU PLANNING FAMILIAL DE 1985 A 1991

VI- MON ENQUETE PERSONNELLE

- | | |
|--------------------------------|------|
| 1) Entretiens | p.28 |
| 2) Analyses de mon enquête | p.29 |
| 3) Nouveaux groupes de parole | p.31 |
| 4) Informer | p.32 |
| 5) Entretiens individuels | p.32 |
| 6) Comment les mettre en place | p.33 |

VII- CONCLUSION

p.35

ANNEXES

p.38

BIBLIOGRAPHIE

p.52

I- INTRODUCTION

Une étape particulière, c'est ainsi que je préfère appeler la ménopause terme qui signifie « arrêt des règles ». Arrêt des règles !..... Quelle importance cet arrêt a-t-il sur chacune d'entre nous ? Comment vous, moi, abordons ou aborderons-nous cette étape ? Cette étape nous surprend-elle ? Un beau matin, la sentons nous sournoisement s'insinuer en nous ? L'attendons-nous de pied ferme afin de la combattre, ou de la vivre tout simplement.

A notre époque où la communication se fait de plus en plus vite avec des outils de plus en plus sophistiqués, téléphones portables, internet etc..., où enfin la souffrance est reconnue, où la douleur est quantifiée afin d'être soulagée, où tout se parle, où la sexualité n'est plus un tabou, où la vieillesse sujet tabou plus que tout car inévitable et dérangeante commence à être reconnue, cette étape, la ménopause, incontournable où est-elle parlée ? Bien sûr dans les cabinets médicaux, mais est-ce suffisant ? Une autre écoute est nécessaire et souhaitable, car cette étape va décider de la façon et de la qualité dont vont être vécues ces années de la vie d'une femme qui peut-être, seule, ne pourra pas entrevoir toutes les possibilités d'épanouissement qui peuvent encore s'offrir à elle.

La vie d'une femme est faite d'étapes successives rythmées par ses hormones. Cela commence lorsque petite fille elle voit son corps se transformer pour devenir une adolescente, puis elle va devenir une jeune femme, peut-être une mère. Vers 50 ans commence alors une autre étape qui pour certaines est plus ou moins angoissante.

Au cours de ma formation au planning familial, j'attendais un module sur la ménopause, la sexualité des personnes âgées au même titre que la contraception, l'ivg, la sexualité. De nombreux thèmes ont été abordés mais pas ceux-ci. Il me semblait que ce lieu destiné aux femmes, qui avait contribué à leur autonomie, qui avait permis qu'elles accèdent à la liberté d'être elles-mêmes et plus seulement des épouses et des mères, continuait de les accompagner, était à leur écoute tout au long de leur vie de femme. Alors, je décidais d'essayer de parler de la ménopause, comme j'aurais aimé qu'on m'en parle et d'en faire mon sujet de mémoire. Non pas pour recenser des considérations médicales qui sont très largement traitées dans les revues de vulgarisation, mais surtout pour savoir comment à notre époque la femme vit cette étape. Grâce aux progrès de la médecine la population voit son espérance de vie s'allonger et la femme peut vivre aujourd'hui environ trente ans sans ses hormones.

Lors de mes stages pratiques j'ai constaté que l'essentiel des consultations concernait un public jeune et portait sur la contraception, l'ivg, la sexualité. Pourquoi ce silence sur la ménopause ? Peut-être cela n'intéressait-il personne. J'ai donc enquêté dans mon entourage pour savoir si en parler était nécessaire. J'ai rencontré un vif succès, qui je l'avoue m'a étonnée. Le fait d'être moi-même ménopausée et de le vivre assez bien donne l'impression que peut-être j'en sais plus ou que je détiens le secret de recettes infailibles. Certaines de mes amies me demandaient si je faisais quelque chose de particulier, si je prenais un traitement, en fait, je ne faisais pas grand chose, mais leurs questions me laissaient supposer qu'elles auraient aimé savoir ce qui se passait lors de cette étape si peu parlée, mais parfois si mal vécue.

Comme lorsque la première fois, nous poussons la porte de notre analyste ou psychothérapeute en imaginant qu'il détient tous les secrets et qu'il va nous expliquer le grand mystère de la vie. Puis, on s'aperçoit que c'est en nous qu'il faut chercher et que tous et toutes nous avons ces craintes et ces

questionnements, mais que d'en parler, de les déposer quelque part, devant une personne neutre... Quel bien ça fait ! Depuis Freud on sait que la parole a une propriété curative « the talking cure ». Nous sommes tous tellement différents les uns des autres que parfois il est nécessaire que notre ressenti soit écouté avec le minimum de filtre pour nous aider à trouver en nous même une solution.

J'ai aussi constaté que pour la plupart des gens le planning se résumait à la contraception, l'ivg et l'information sur la sexualité dans les lycées, ce que je regrette vivement, car les conseillères sont là aussi pour écouter et peuvent tout aussi bien nous accompagner dans ce passage de la vie, qui chez certaines ne nécessite qu'un peu d'attention, et surtout leur faire savoir qu'elles sont toujours Femmes.

Je me propose donc, après un bref historique de la lutte des femmes et du planning familial, de parler plus précisément de cette autre étape de la vie d'une femme, la ménopause, qui, si elle est beaucoup expliquée dans les revues médicales, et bien prise en charge par les médecins, mérite à mon avis une approche plus intime, plus féminine.

C'est pour cela que je pense que des groupes de paroles qui ont existé auparavant au planning seraient les bienvenus. Comment les réorganiser ? Quels thèmes aborder ?

II- RESITUONS LA FEMME DANS SON HISTOIRE, SES DROITS, SA PLACE

1) Le début des droits des femmes

La jeune femme d'aujourd'hui a certainement du mal à imaginer ce qu'était l'époque où la contraception n'existait pas, où même les droits de la femme n'étaient pas reconnus, et avaient-elles seulement des droits ?

L'image de la femme, sa vie, son rôle, ont subi un bouleversement rapide depuis la dernière guerre où elle a dû faire face à de nouvelles responsabilités, assumer la charge des enfants, le travail laissé par les hommes partis à la guerre qui font qu'aujourd'hui la vie des femmes est différente de celle de nos grands-mères.

Le planning familial est un mouvement qui a beaucoup fait pour la liberté des femmes, la défense de leurs droits, c'est un lieu où les femmes peuvent parler de tout.

Lors des interventions dans les collèges et lycées, lors des entretiens, lorsque la conseillère reçoit des jeunes femmes, je pense à la chance que nous avons aujourd'hui de pouvoir bénéficier de tous ces acquis. Moi-même j'en ai bénéficié, et j'ai du mal à imaginer que nous n'avons pas toujours eu ces droits.

Il n'y a pas si longtemps, les femmes n'avaient que très peu de droits. Elles restaient donc à la maison et se préparaient dès l'enfance à assurer les fonctions domestiques. Elles se devaient d'être une bonne mère et enseigner la foi chrétienne à leurs enfants.

A cet effet les jeunes filles recevaient un rudiment d'éducation dispensé par l'église. En 1762 Jean Jacques Rousseau écrit dans l'Emile ou de l'éducation, que « plaire aux hommes, leur être utile se faire aimer et honorer d'eux, les aimer jeunes, les soigner grands, les conseiller, les consoler, leur rendre la vie agréable et douce, voilà les devoirs des femmes dans tous les temps et ce qu'on doit leur apprendre dès l'enfance ».

Les femmes ne bénéficiaient pas des même droits civiques que les hommes, alors que le suffrage universel masculin est déclaré en 1948, elles n'obtiennent le droit de vote malgré le combat des suffragettes depuis le début du siècle, qu'en 1920 aux Etats Unis, en 1928 en Angleterre, **en 1944 en France** et seulement en 1971 en Suisse.

A cette époque on parlait peu de la ménopause, les femmes vivaient moins longtemps, et leur rôle était surtout de s'occuper du bien être familial et faire des enfants. La mère était valorisée avant tout.

Finis l'âge de procréer, elle se faisait discrète, disparaissait pratiquement de la vie sociale, assumait son rôle de grand-mère si on voulait bien le lui laisser, car parfois suivant les découvertes de la psychologie infantile, la grand-mère faisait de l'ombre à la façon d'élever les enfants. Elle s'enrobait et se ridait dans son coin, faisant des confitures.

Certainement quelques-unes devaient avaler quelques potions magiques pour éviter « les bouffées de chaleur », premiers symptômes inévitables de la ménopause.

Autant pour moi les premières règles étaient un mystère que j'attendais de connaître avec impatience, autant la ménopause ne signifiait rien sinon une chose qu'il fallait subir avec fatalité. Cela ne m'intéressait pas à l'âge où l'on veut bien croire que cela n'arrivera jamais, âge où l'on est encore dans « l'illusion de l'éternité ».

2) Heureusement le féminisme

Dans la deuxième moitié du XX^{ième} siècle, la femme va enfin pouvoir concilier sa vie professionnelle avec sa vie familiale, grâce à l'apparition des appareils électro-ménagers. Petit à petit elle va sortir du foyer familial, s'émanciper et prendre de plus en plus d'autonomie avec l'aide des mouvements féministes, dont le Planning Familial. On assiste au développement de la contraception, au droit à l'avortement, à une prise de conscience générale des femmes qui s'éveillent à la liberté, qui se libèrent petit à petit des carcans qui les enfermaient dans des rôles qu'on leur avait attribués et avec lesquels certaines ne pouvaient s'épanouir.

Grâce à la ténacité de certaines, le premier centre de Planning Familial ouvrira à Grenoble, suivi, en 1961 d'un centre à Paris et rapidement d'autres permanences dans la France entière. Ouf ! Pour moi il était temps, j'ai pu avec d'autres bénéficier de tout ce qui allait être mis en place, notamment la contraception qui laissait aux jeunes femmes la liberté de pouvoir enfin décider de leur maternité. Une autre vie s'ouvrait pour elles.

3) Accueil des consultantes dans les centres de planification

Les femmes ont maintenant à leur disposition un lieu à elles où elles peuvent parler et être suivies tout le long de leur vie de femme. Des conseillères sont formées à l'écoute et à tout ce qui touche les préoccupations d'une femme. Dans le livre «Les 25 ans d'histoire du planning familial », le témoignage d'une mère de famille de trois enfants qui a subi plusieurs avortements et qui finalement se fait avorter en Suisse et ligaturer les trompes, nous donne une idée des difficultés que rencontraient les femmes, à l'époque où le droit d'avoir des enfants quand on veut, comme on veut, n'était pas encore

acquis. Quel courage et quelle force de caractère pour endurer ce parcours douloureux ! Nous ne pouvons que les remercier pour le combat qu'elles ont mené.

Très vite ces lieux ont eu de l'importance, on pouvait venir chercher un moyen de contraception, parler de tout, de sa sexualité, de son désir d'avoir ou non des enfants, les désirs de la femme étaient entendus sans jugement ni tabou.

A la suite des différents combats menés et lorsque s'ouvrent les premières permanences, les conseillères au début appelées hôtesse ressentent le besoin d'être formées. Et surtout elles « prennent conscience que leur pratique de l'écoute est un réel savoir (Page 342 – 25 ans d'histoire du planning familial)» les militantes ont dû faire face à toutes les demandes et se former à l'écoute.

Que fait-on au planning familial ? On discute, on informe, sur la contraception, sur la sexualité, et surtout on est écoutée. Chaque femme qui rencontre un problème, ou a un questionnement sur sa vie de femme, de couple, sait qu'elle dispose de ce lieu pour en parler.

J'ai regretté de ne pas rencontrer, au cours de mon stage pratique des femmes qui seraient venues parler de cette autre étape de la vie, la ménopause. Certainement elles en parlaient ailleurs, mais où ? Je trouvais dommage de ne pas utiliser ce lieu qui avait connu tant de moments heureux ou douloureux de ces femmes.

III- QU'EST CE QUE LA MENOPAUSE

1) Définition

La ménopause est une étape importante dans la vie d'une femme, aussi importante que celle qu'elle connaît à la puberté. A chaque étape, différentes modifications se produisent et la femme doit s'adapter à ce nouveau corps et à ses nouvelles fonctions.

L'apparition de bouffées de chaleur et sueurs nocturnes sont des signes très fiables bien que certaines femmes n'en ressentent jamais.

La ménopause est précédée de la périménopause, qui se caractérise par des dysfonctionnements des cycles menstruels, et des signes que l'on retrouve chez les femmes ménopausées.

Le tableau suivant propose une synthèse des trois phases essentielles dans la vie d'une femme :

Période d'activité génitale	Périménopause	Ménopause confirmée
- Cycles réguliers - Règles normales	- Cycles irréguliers. - Règles trop abondantes ou trop courtes - Saignement entre les règles	- Arrêt définitif des règles = absence de règles depuis 12 mois
Pas de symptômes	- Bouffées de chaleur (souvent intermittentes) - Prise de poids - Douleurs des seins - Gonflement - Parfois apparition des signes de ménopause confirmée	- Bouffées de chaleur - Sueurs nocturnes - Sècheresse vaginale - Fatigue - Insomnie - Baisse de la libido - Douleurs articulaires - Prise de poids - Fuites urinaires

2) Age de la ménopause

L'âge de la ménopause ne semble pas s'être modifié depuis l'antiquité. Il se situe vers 50 ans.

Cet âge est déterminé génétiquement, certaines sont ménopausées plutôt à 45 ans. Avant 40 ans on parle de ménopause précoce. D'autres l'ont vers 55, 58 ans.

L'espérance de vie des femmes d'environ 81 ans fait que la ménopause concerne de plus en plus de femmes qui passent 1/3 de leur vie ménopausée.

La ménopause n'est pas influencée par la date de la puberté ni par la prise de pilule ni par le nombre de grossesses.

Autres facteurs qui peuvent influencer l'âge de la ménopause :

Alimentation :

Les progrès de l'alimentation ont entraîné un abaissement progressif de la puberté mais n'ont pas de conséquence sur l'âge de la ménopause.

Le tabac :

Le risque de ménopause précoce est deux fois plus important chez les femmes qui fument que chez celles qui n'ont jamais fumé.

La limite se situe à 10 cigarettes par jour.

Les fibromes :

Entraînent une ménopause tardive. On suppose que ces femmes ont une sécrétion ovarienne plus importante ou plus prolongée.

Ménopause artificielle :

L'hystérectomie entraîne un arrêt brutal de l'imprégnation hormonale de l'organisme en oestrogène. On l'appelle aussi « castration chirurgicale ».

Les troubles de la ménopause en sont plus accusés.

En revanche chez celles qui ont conservé leurs ovaires (pas d'utérus donc pas de règle) l'activité ovarienne n'est pas altérée.

L'absence de règles ne permet pas à la femme de savoir si elle est ménopausée, sauf si apparition de bouffées de chaleur, ou constat de la chute hormonale par le médecin.

A savoir que la chimiothérapie peut exercer une action toxique sur les cellules ovariennes et provoquer une ménopause précoce (la maladie de Hodgkin). Actuellement ces risques sont prévenus.

On sait qu'il existe des ménopauses survenues après un choc émotionnel intense.

3) Les symptômes

Hormones féminines :

La diminution des hormones ovariennes est très variable d'une femme à l'autre si le taux d'hormones féminines est maintenu à un niveau appréciable. Certaines seront à l'abri de manifestations gênantes, comme les bouffées de chaleur.

Les oestrogènes agissent dans tout l'organisme, avec une influence plus ou moins importante selon la sensibilité des organes. L'arrêt de sécrétion des oestrogènes à la ménopause peut entraîner des troubles, dont certains

apparaissent parfois rapidement, d'autres de nombreuses années après l'arrêt des règles.

Hormones masculines (androgènes ovariens) :

Leur taux diminue faiblement. Ces androgènes peuvent se transformer en oestrogènes dans le tissu adipeux c'est-à-dire en graisse. Chez les rondes, la carence hormonale est moins accusée et le vieillissement cutané moins sensible. Donc la peau est plus fraîche et elles sont peu sujettes à l'ostéoporose.

La vie de la femme est rythmée par des étapes hormonales

Puberté

Première règles

Grossesses

Suite de couches

Ménopause

À chaque étape, différentes modifications se rencontrent et la femme doit s'adapter à ce nouveau corps et à ses nouvelles fonctions.

On constate que certaines transformations physiques se retrouvent aussi bien à la puberté qu'à la ménopause, notamment :

Seins

Hanches, ventre

Peau, acné

Douleurs ligamentaires, articulaires, musculaires, fatigabilité.

Troubles du sommeil, de la mémoire, hypersensibilité, irritabilité, angoisse.

Les symptômes physiques de la ménopause dus à l'arrêt de la sécrétion des oestrogènes entraînent les troubles suivants :

Aménorrhées (arrêt des règles)

Problèmes cardio-vasculaires.

Ostéoporose.

Troubles urinaires. Ce sujet est abordé avec difficulté, car c'est un problème gênant qui concerne beaucoup de femmes mais qui peut être facilement traité. (Voir annexe 5 articles du professeur VON THEOBALD du 22/01/2003)

Sécheresse vaginale

Insomnies

Prise de poids

Peau (voir annexe 1 article du professeur M. FAURE du 22/01/2003)

4) Les traitements

.

Il existe différentes façons de traiter la ménopause.

Beaucoup de femmes ne prennent pas de traitement, certaines ne souffrent d'aucun trouble, 25 % ne connaissent pas les bouffées de chaleur et continuent à avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Pour d'autres la ménopause est un phénomène naturel qu'elles acceptent comme une fatalité.

THS (Le traitement hormonal substitutif) :

Le THS a fait couler beaucoup d'encre et continue aujourd'hui après avoir été « le » traitement. Aujourd'hui certains médecins pensent qu'il peut provoquer des cancers notamment le cancer du sein.

L'étude faite par le LANCET montre que les femmes sous traitement THS ont un risque plus élevé de cancer du sein que les femmes non traitées (voir annexe 2 du 8/11/2003).

Il en découle l'importance d'un bon dosage hormonal (voir annexe 4 du Dr Eliab du 21/10/2002)

Certains médecins ne sont pas très clairs vis-à-vis des hormones. Dans les années 90 les hormones étaient le traitement qui permettait à toutes femmes de se débarrasser de tous ces petits désagréments tels que les bouffées de chaleur, de garder une belle peau et une sexualité épanouie. Depuis quelques temps et surtout depuis des enquêtes aux Etats Unis qui prouveraient que le THS provoque des cancers, alors que les dosages hormonaux ne sont pas les mêmes chez eux que chez nous. Les médecins ne veulent plus donner ce traitement que sur une courte durée et se montrent réticents à le donner plus longtemps quand ils ne le suppriment pas complètement.

Contre les troubles les plus gênants seuls le THS et maintenant le tibolone ont apportés une preuve de leur efficacité. Le tibolone est une hormone de synthèse protégeant les os, active contre les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, à priori sans effet sur les seins, mais non remboursé par la sécurité sociale.

Le raloxifène est plus prescrit pour prévenir l'ostéoporose. Certains anti-dépresseurs comme le praxil sont efficaces contre les bouffées de chaleur.

Autres traitements d'accompagnement :

Phytoestrogènes :

Il a été observé un risque moindre de maladie cardio-vasculaire et de cancers hormono-dépendants en Asie que dans les pays occidentaux. Ceci est lié à l'alimentation et notamment à la consommation de protéines de soja.

Le soja fait partie des phytoestrogènes.

Les phytoestrogènes chez la femme ayant un cancer du sein ne sont pas conseillés (voir annexe 6 article du Dr E. Drapier Faure du 29/01/2003).

Ils conviennent pour des bouffées de chaleur peu importantes. Ainsi que l'acupuncture.

Acupuncture :

Peut être utilisée de façon préventive ou curative, influence favorable sur la densité osseuse donc prévention de l'ostéoporose.

Diététique :

Choix d'aliments nutritifs et digestibles ayant un effet anti-vieillessement comme le miel, le soja, les produits du soja, les arachides, les graines de sésame noir, les noix, les champignons, les légumes et les fruits frais, la chair de poisson et d'autres viandes maigres. Largement diffusé dans tous les magazines traitant de la forme et de la santé.

5) Celles qui ne prennent pas de traitement

Il est difficile pour certaines femmes de parler de leur ménopause à un médecin, le sujet est tabou ou douloureux. Elles vivent cet état comme une négation de leur féminité, elles ne sont plus femmes. Les changements physiques qui s'observent à cette période, prise de poids, transformation de la silhouette, troubles de l'humeur sont très mal vécus, et elles ressentent une

gène à parler de ces troubles mineurs. Il serait intéressant de connaître comment ces femmes vivaient leur féminité et leur sexualité avant, quelle position elles avaient par rapport à la prise de pilule.

Certaines préfèrent se soigner avec des médecines douces.

Le mot hormone avec toutes les connotations négatives qu'il véhicule n'est pas fait pour les rassurer.

Mais chacune trouvera le traitement qui lui convient, et souvent une simple écoute, une mise en parole de tous ces changements qui parfois les inquiètent, leur permettra de dédramatiser une étape qui somme toute est très naturelle, et n'est pas une maladie.

IV- ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE LA MENOPAUSE

1) Vie émotionnelle et contexte hormonal

Après la puberté et la maternité la ménopause est l'une des grandes étapes de la vie d'une femme. Cette étape est parfois difficile sur le plan psychologique car certaines l'associent à une entrée dans le vieillissement.

La vie émotionnelle est inséparable du contexte hormonal. Les travaux du docteur Guillemain sur le rôle joué par l'hypothalamus sur l'ensemble du système endocrinien ont permis aux médecins de prendre conscience du phénomène.

Les deux périodes importantes de la vie d'une femme, l'adolescence et la ménopause ont des conséquences sur le comportement. Chaque bouleversement hormonal demande un temps d'adaptation. La puberté avec

l'installation des cycles, la grossesse et la fin du cycle menstruel s'accompagnent eux aussi de fatigue et de trouble de l'humeur.

Lors de ces deux moments de sa vie, la femme vit une crise identitaire, chacune à sa façon va la vivre plus ou moins bien. Ce sont deux périodes de la vie où la femme a besoin d'être écoutée et conseillée.

Il n'y a pas une ménopause mais des ménopauses. Chaque femme avec sa particularité doit pouvoir être entendue et parfois cela suffit.

2) La peur de vieillir

Cette étape est difficile sur le plan psychologique car certaines l'associent à une entrée dans le vieillissement et à la mort.

En effet, elle renvoie à notre peur de vieillir, à notre mortalité. Les changements physiologiques importants touchent son identité féminine, c'est l'angoisse de la perte de cette identité.

La vie sexuelle se modifie, mais le désir est toujours présent. Freud a dit lui-même que le désir ne s'arrête jamais.

Cela se caractérise également par des deuils difficiles à faire et on peut comprendre que certaines soient dans le déni d'une réalité bien cruelle. Faire le deuil de sa jeunesse, de sa séduction, de son pouvoir, apprivoiser tous ces changements afin de trouver de nouveau une période de stabilité. En période de stabilité, on élabore une structure de vie en faisant des choix décisifs, en poursuivant certains objectifs. En période de transition on remet en question les fondements de cette structure.

Beaucoup de magazines féminins, certaines publicités cultivent le « jeunisme » La femme de 50 ans ne se reconnaît pas dans les images que lui

renvoie la vie quotidienne. Bien souvent les enfants sont partis, il faut renouer une relation à deux avec son conjoint, le couple se retrouve en face à face, parfois leurs routes se sont éloignées, chacun pris par ses préoccupations ils peuvent s'apercevoir qu'ils n'ont plus rien à se dire. Certaines femmes se retrouvent seules et ne se sentent plus aimables. C'est la société elle-même qui l'a mise en avant dans son rôle de mère, d'épouse, de séductrice et du jour au lendemain elle doit se trouver un autre rôle, un rôle beaucoup plus personnel et moins reconnu, et auquel souvent elles ne sont pas préparées. Beaucoup d'entre elles rêvent à leur future vie de couple, à la rencontre du « prince charmant » aux futurs enfants qu'elles auront. Peu anticipent cette période, ou alors la maintiennent bien loin en oubliant que les enfants grandissent vite et qu'un jour elles peuvent se réveiller grands-mères. Certaines d'entre elles abordent ce passage comme une nouvelle vie, elles vont enfin vivre pour elles.

3) L'Identité féminine

Depuis Freud on sait que pour construire son identité féminine, la petite fille a besoin du regard de son père, c'est à travers celui-ci, qu'elle pourra devenir femme. A la puberté, des modifications corporelles marquent sa féminité, les premières règles, les rondeurs. Puis, les premiers rapports sexuels. La grossesse est une étape importante chez la femme, elle est la preuve de leur fertilité, leur féminité. Les enfants finissent par quitter leurs mères et on parle alors « du syndrome du nid vide », étape douloureuse pour la mère qui marque souvent l'entrée dans la ménopause, lorsqu'elle n'a pas su se détacher de ses enfants, et vivre en tant qu'individu et pas seulement mère ou épouse. L'identité féminine de la femme est alors mise à mal. Cette étape est vécue différemment selon les femmes et le regard de l'autre est très important.

4) Le désir d'enfant

La ménopause vient mettre fin à l'illusion d'avoir encore des enfants. La femme qui n'a pas eu d'enfant alors qu'elle en désirait, prise dans ses activités professionnelles, accepte encore plus mal cette étape.

Les récents progrès de la médecine permettent cependant à la femme ménopausée d'avoir des enfants, ce qui soulève beaucoup de controverses.

D'après la loi, en France, la femme ménopausée ne peut avoir droit à l'assistance médicale de procréation. Car « l'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants en âge de procréer.

Par contre c'est possible dans certains pays d'Europe, comme en Italie, où , en 1990 une femme de 60 ans a pu bénéficier de la fécondation in vitro et avoir un enfant.

Peut-être que dans quelques années, la femme pourra bénéficier de la contraception pour ne pas avoir d'enfant, et de l'assistance médicale à la procréation pour en avoir.

Les textes sur la législation concernant la procréation médicalement assistée, insistent sur « la capacité des parents à s'occuper de l'enfant à venir ». Et la législation Suisse précise que « les parents doivent être à même d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité ». Le désir de la femme d'avoir des enfants doit-il être personnel ou sociétal ?

L'homme âgé, lui biologiquement peut avoir des enfants jusqu'à un âge avancé, la loi n'exige pas qu'il soit capable de l'élever jusqu'à sa majorité, les hommes connus, médiatisés comme Charlie Chaplin, Yves Montant ont bien

eu des enfants tard, mais leurs compagnes étaient beaucoup plus jeunes. Pourquoi ? Alors une femme de 60 ans vivant avec un homme beaucoup plus jeune devrait se priver du plaisir d'avoir un enfant puisque lui serait en âge de l'élever jusqu'à sa majorité. On autorise la femme avec la contraception à avoir ou non des enfants, pourquoi ne l'autoriserait-on pas à en avoir plus tard ?

Cessons de toujours penser au couple traditionnel homme femme, avec l'homme plus âgé. Un couple peut se faire de différentes façons, homme femme avec une différence d'âge aussi bien dans un sens que dans l'autre, homme homme, femme femme, le désir d'enfant se rencontre chez tous les couples.

5) Le couple et la sexualité

De nombreuses études indiquent que les couples en bonne santé peuvent demeurer actifs sexuellement jusqu'à la fin de leur vie.

La femme connaît mieux son corps, et sait comment répondre à ses désirs. La procréation est derrière elle, elle peut se laisser aller à sa sexualité. Souvent les enfants sont partis, et les couples, lorsqu'ils s'entendent bien partent en toute liberté, à la redécouverte de l'autre, et au plaisir de se retrouver.

Cette nouvelle femme, peut aussi effrayer son partenaire, qui parfois lui-même, ne se sentira pas capable de répondre à cette demande. Les hommes rencontrent aussi des problèmes à cet âge, et sont souvent moins performants,

C'est par le dialogue que les couples pourront se retrouver.

Pour certains couples, la ménopause peut-être une étape difficile. Celles peu intéressées par la sexualité, trouveront là un prétexte pour mettre fin à leur sexualité.

Le désir ne meurt pas avec l'âge. Des enquêtes menées sur des femmes de 70 ans, montrent un intérêt pour le sexe chez une femme sur deux. Celles qui avaient peu de désir à un âge avancé, en avaient peu étant plus jeune.

6) Ménopause et dépression

Les modifications ovariennes peuvent entraîner des symptômes dépressifs. Voir article (annexe 3 articles du American Journal of psychiatrie du 15/10/2003).

Une anxiété plus ou moins forte avec troubles psychosomatiques, palpitations, douleurs intestinales concerne environ un tiers des femmes.

Hélène Deutsch écrit : « La ménopause se passe sous le signe d'une humiliation narcissique qu'il est difficile de surmonter. La femme perd alors tout ce qu'elle avait reçu à la puberté.

J'ai aussi retenu un extrait de l'article d' Andrée Chatel psychologue canadienne qui montre que la situation sociale a son importance. Elle développe :

« Chaque femme vivra ce passage en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle et relationnelle et de sa réactivité personnelle au stress. De façon générale cependant, la vulnérabilité physique et psychologique de la ménopause sera associée à une véritable crise existentielle et à une remise en question importante des valeurs et des rôles. Le contexte socioculturel contribue à la difficulté de cette phase de développement. Les études indiquent une relation significative entre la symptomatologie périménopausique et des facteurs tels qu'un bas niveau socio-économique et éducationnel, l'absence de travail rémunéré ou valorisant, des images négatives de la ménopause et l'insuffisance d'un soutien social adéquat. »

Cette crise n'est pas vécue de la même façon, par toutes les femmes, certaines renoncent, et d'autres se lancent dans une sur activité, pressées de vivre enfin ce qu'elles ne s'étaient pas permises de vivre, occupées par des contraintes familiales ou professionnelles.

La sur activité que l'on peut rencontrer chez ces femmes joue comme mécanisme de défense.

La crise d'identité de la ménopause est aussi fortement liée à la réalité inéluctable du vieillissement et de la mort. À la ménopause, la plupart des femmes n'abordent pas ce sujet trop menaçant pour être dit. Elles l'expriment pourtant souvent avec intensité à travers d'autres plaintes ou par la voie somatique. Les changements de la maturité apparaissent à plusieurs d'autant plus inacceptables que les messages sociaux qui relient beauté, minceur, désirabilité et jeunesse sont encore bien ancrés chez un trop grand nombre. Faire la paix avec le vieillissement implique de faire des deuils et ceci s'accompagne souvent d'anxiété qu'il importe de savoir reconnaître. »

Les manifestations anxio-dépressives sont nombreuses à cette période. Selon l'ensemble des études, il n'y a pas plus de dépression majeure à la ménopause qu'à d'autres moments de la vie, mais des affects dépressifs surgissent fréquemment ou sont exacerbés lors de cette transition.

Sans minimiser l'importance du rôle que joue le déséquilibre hormonal dans ces situations, les problèmes d'estime personnelle et d'affirmation de soi ne doivent pas non plus être oubliés. L'image de soi de bien des femmes se reflète trop souvent dans le miroir que leur tendent les autres. Leur peur de déplaire tisse la toile d'un « faux soi » dont il n'est jamais facile de se débarrasser même quand il est souffrant et empêche de vivre pleinement.

Les aider à vivre selon leurs aspirations profondes et non plus à travers ce que l'on attend d'elles pourrait être un des objectifs du planning.

V- GROUPE DE PAROLE DU PLANNING FAMILIAL DE 1985 A 1991

Lors de mes stages pratiques je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer des femmes qui correspondaient à ma recherche.

En interrogeant les conseillères, et recherchant dans les archives je retrouvais les comptes rendus de ces groupes de paroles, et je recensais les différents thèmes abordés, et m'intéressais à la façon dont ils étaient constitués. Dans le but qu'un jour ils soient remis en place.

Ces groupes étaient animés par une ou deux conseillères avec, suivant le sujet abordé, un médecin, une diététicienne, un homéopathe.

Le nombre de participants variait de 8 à 18 personnes.

Les sujets abordés étaient les suivants :

- La diététique : les habitudes alimentaires, et les problèmes de poids.

L'exposé de la diététicienne portait principalement sur l'alimentation moderne, la malnutrition, et la dénutrition, sur l'importance d'une alimentation équilibrée, riche en calcium, en fer. Et surtout conserver à la nourriture son rôle de plaisir.

- Les différents traitements et leurs effets : explications du mécanisme de la ménopause, le traitement hormonal les risques cardio-vasculaires, l'ostéoporose.

- L'importance de conserver une activité physique.

- Les difficultés de dialogue avec le médecin et les attitudes contradictoires de ces derniers.

- La mémoire avec la présence d'un gérontologue. Comment apprendre d'une manière raisonnée ce qu'on faisait autrefois machinalement.

- Conseils pratiques sur les dernières années de vie professionnelle : comment préparer sa retraite. Les aspects financiers et quelques notions de droit pour préserver l'avenir.

- Une approche psychologique de la ménopause, la peur de vieillir, peur de mourir, difficultés à accepter les changements du corps et les deuils successifs. L'éclatement de la vie familiale.

- Réflexion sur le comportement de l'homme. C'est une période fragile aussi bien pour l'homme que pour la femme, cela demande une certaine philosophie, une certaine écoute de l'un et de l'autre, une acceptation des réalités de la vie. L'importance du psycho-social.

- Sophrologie et approche de la relaxation analytique, training autogène de Schultz.

- Une séance à laquelle participaient quelques hommes a traité de l'andropause.

Il serait intéressant, vu le nombre de participants et les thèmes abordés, de continuer ce qui avait été précédemment mis en place, et d'inclure les hommes dans ces groupes de paroles. Eux aussi sont confrontés, a des problèmes avec l'âge d'ordres psychologiques et physiologiques, comment faisaient ils avant le viagra ? C'est par le dialogue que le couple pourra ensemble, envisager leur avenir, en mettant en parole dans des lieux adaptés, leurs soucis, leurs désirs. L'important c'est de leur faire savoir que leur questionnement n'est pas unique mais que d'autres le partage avec eux, et que d'échanger permet d'avancer.

"SI ON PARLAIT DE LA MENOPAUSE " Groupe de parole du Planning Familial				
Thèmes	Date	Participants	Animateurs et médecins	Résumé
Diététique	06/05/85	12	2	mauvaises habitudes alimentaires et aspect psychologique des problèmes de poids
Sophrologie	15/05/85	9	2	approche relaxation analytique, training autogène de schultz
Rapport de la femme et du médecin	04/03/85	15	2	mal de vivre, angoisse de l'après 17 h,
Questions médicales	04/02/85	18	3	Inquiétudes au sujet de : - attitudes contradictoires des médecins difficulté de dialoguer avec eux
Approche psychologique de la ménopause	07/01/85	9	1	peur de vieillir, peur de mourir, difficultés à accepter les changements du corps et les deuils successifs le médecin insiste sur l'importance de la relaxation analytique
Préménopause	03/12/85	25	1	transformations physiologiques à cette période importance du psychosocial
Information médicale sur la ménopause	15/10/90	8	1	explication du mécanisme de la ménopause traitement hormonal
50 ans et le bonheur	12/11/90			50 ans âge étape, le temps n'a pas la même importance période d'acceptation
50 ans les risques cardio vasculaires	10/12/90	2	1	participation d'un cardiologue gérontologue, inquiétude des femmes vis-à-vis des THS. Spécialiste positif sur les effets bénéfiques de ce traitement
50 ans préservons notre mémoire	14/01/91			apprendre à faire d'une manière raisonnée ce qu'on faisait autrefois machinalement
50 ans prévenir l'ostéoporose	11/02/91	18	2	effet bénéfique du ths sur l'ostéoporose importance d'un contrôle de densité osseuse importance de l'alimentation et d'une activité physique
Les hommes et la ménopause	11/03/91	16		réflexion sur le comportement de l'homme, sa peur de vieillir "démon de midi". Période fragile aussi bien pour l'homme que pour la femme demande une certaine philosophie, une certaine écoute de l'un et de l'autre, une acceptation des réalités de la vie.
Diététique	08/04/91	18	1	exposé d'une diététicienne sur alimentation moderne attention à la malnutrition et la dénutrition. Alimentation équilibrée riche en calcium, en fer. Conserver à la nourriture son rôle de plaisir
dernières années de vie professionnelle et retraite	13/05/91	13		origine de la retraite, éclatement de la vie familiale, aspects financiers, notion de plaisir
Traitements hormonaux	10/91	16	1	ménopause et andropause
quelques notions de droits pour préserver l'avenir	12/91			

V- MON ENQUETE PERSONNELLE

Je me suis demandée si aujourd'hui les femmes avaient envie de parler de cette étape importante de leur vie. J'ai donc interrogé les personnes de mon entourage, amies et simples connaissances selon un questionnaire préparé auparavant, qui figure en annexe. Je suis partie sur une base de dix personnes. Très vite d'autres personnes se sont intéressées à ces diverses conversations, mes entretiens individuels se terminaient souvent par des discussions de groupe. J'ai retenu les six témoignages qui suivent.

1) Entretiens

1) Céline est institutrice, c'est une femme de 46 ans, dépressive. Elle a été très intéressée pour parler de cette étape qu'elle vivait comme un bouleversement, qui pour elle est intervenu de façon brutale alors qu'elle ne s'y attendait pas. Son gynécologue lui annonce « plus besoin de contraception, vous allez être tranquille, vous êtes ménopausée ! ». Céline bien qu'ayant déjà 2 garçons était toujours dans le désir d'avoir un jour une petite fille. Elle vit sa ménopause d'une façon douloureuse, elle se sent vieille. Elle apprécie le fait d'en parler et accepte de partager son vécu avec le groupe.

2) Madeleine, est une femme de 55 ans, divorcée, elle n'a jamais refait sa vie, elle a deux enfants, elle vit seule, elle ne prend pas de traitement, elle a pris 15 kilos, et vit repliée sur elle-même, elle a eu beaucoup de mal à accepter le départ de ses enfants, elle vit sa ménopause comme une fatalité contre laquelle on ne peut rien faire. Elle veut bien en parler mais il faut aller vers elle. Elle se fait suivre pour dépression.

3) Martine. 40 ans, 2 enfants, prend l'initiative de l'entretien, car elle n'est pas encore concernée, mais elle est très inquiète de son apparence physique, femme très sportive, elle voudrait savoir comment éviter le vieillissement, si le

fait de commencer un traitement très tôt, peut éviter les désagréments comme prise de poids, sécheresse de la peau. Elle voudrait participer à des groupes de parole pour préparer la ménopause, éviter les désagréments. On sent chez elle le besoin d'être rassurée. Et surtout la peur de vieillir.

4) Claire 49 ans, profession libérale. Un enfant, en pré ménopause, se pose des questions sur les divers traitements, sur les changements physiques, mais pour le moment ne ressent pas de grandes différences, en parle plus par curiosité de ce qui va se passer. Elle veut se tenir au courant pour savoir que faire le moment venu. Elle avait pris sa contraception, au planning familial.

5) Christine 55 ans, 2 enfants, sportive, ne prend pas de traitement, car une de ses amies est décédée du cancer du sein, s'inquiète de ses performances physiques qui diminuent. Elle ne ressent pas de problèmes particulièrement gênants, elle regrette de voir apparaître quelques rides et est plutôt intéressée par les solutions pour garder la forme. Elle et son mari font beaucoup de sport.

6) Josy 52 ans profession libérale, sans enfant, ne prend pas de traitement a la chance de n'avoir aucune gêne, si ce n'est une légère prise de poids, elle se contente de faire attention à son alimentation. C'est une femme dynamique.

2) Analyses de mon enquête

A travers mes différents entretiens, je retrouvais les mêmes thèmes qui avaient été abordés pendant les groupes de paroles du planning. Je rencontrais une grande liberté de paroles, et un plaisir de partager cette expérience, c'était peut-être aussi une façon de se rassurer, en vérifiant aussi que d'autres pouvaient vivre les mêmes choses, et que finalement nous sommes tous égaux devant le vieillissement, même si certains socialement plus aisés peuvent

retarder cet état, mais ne peuvent éviter la fin qui certainement est le nœud de cette angoisse qui habitent beaucoup de personne, surtout celles qui n'ont pas tout à fait intégré le fait qu'elles sont mortelles, celles qui ont dépassé ce stade sont beaucoup plus sereines et peuvent pleinement profiter de ces années à vivre.

Les informations médicales sur le sujet étaient dans l'ensemble bien connues mais le désir de témoignages des unes et des autres était évident. Savoir comment chacune le vivait, si les traitements étaient bien supportés, si des changements importants étaient constatés sur la forme, la libido, la féminité.

Sur cet échantillon j'ai pu constater que la ménopause était beaucoup mieux supportée par les femmes qui travaillaient et celles qui avaient encore des enfants à la maison, que celles qui se retrouvaient seules

Pour celles qui étaient au foyer et dont les enfants étaient partis, un sentiment de vide. Elles ressentaient plus le besoin de partager ce qui leur arrivait, ce qui semble compréhensible car elles ont moins l'occasion de pouvoir en parler.

A la question : En parlez vous avec votre conjoint ? j'ai pu constater que oui, car ce qui gêne le plus les hommes ce sont les bouffées de chaleur nocturnes. A cette occasion ils se concertent pour éviter cette gêne. Ceci est une des plus grande préoccupation des femmes et un des symptômes considéré comme le plus gênant. Souvent à cette occasion les couples qui connaissent une certaine complicité, qui ne se sont pas perdus de vue, envisagent ensemble des solutions, et cherchent à vivre le mieux possible cette période.

J'ai constaté que la ménopause était très peu anticipée, et encore moins préparée. Si la petite fille attend avec impatience les premiers signes de sa féminité, la femme adulte évite de penser à sa future ménopause.

Quelles sont les principales craintes ? La majorité s'inquiète de ne plus pouvoir plaire, des premières rides, de ne plus pouvoir faire du sport comme avant, et certaines se lancent dans des activités comme si elles voulaient rattraper le temps perdu.

Toutes m'ont dit que lors de ces discussions elles avaient apprécié le fait d'échanger des expériences, des craintes, et se trouvaient rassurées de voir que d'autres comme elles avaient le même questionnement.

Toutes connaissaient le planning familial, certaines avaient bénéficié de ses services, mais elles pensaient que le planning ne s'adressait qu'à un public de jeunes femmes.

Pour toutes les personnes qui ont participé à ces discussions, le dialogue avec leur mère sur ces sujets tels que : première règles, contraception et ménopause était inexistant. Les sujets comme la contraception, les grossesses étaient largement abordés avec les amies et les conjoints, mais la ménopause pas du tout, elles en parlaient un peu avec leur conjoint car parfois lui aussi subissait les bouffées de chaleur nocturnes de leur femme.

3) Nouveaux groupes de parole

A la question : participerez vous à des groupes de parole ? Toutes ont répondu oui. De quoi voudriez-vous parler ? Des traitements. Le discours du médecin, leur paraît insuffisant. Elles veulent du vécu, partager ce qu'elles vivent. Bien sûr la diététique, la forme, la séduction les intéressent plus que jamais, la chirurgie esthétique, pourquoi pas, si elles le désirent. Tous les

sujets doivent être développés et discutés afin qu'elles puissent choisir en toute liberté, et surtout sans culpabilité ce qui leur convient.

4) Informer

Le discours médical n'est pas suffisant. Souvent elle vient consulter son médecin avec un retard de règle en pensant qu'elle peut être enceinte, et souvent elle n'est pas prête à entendre autre chose. Voir le cas de Céline qui était toujours dans le désir d'enfant.

Certaines ont besoin de plus de temps pour réaliser ce qui leur arrive. C'est là que les conseillères ont leur importance. Le planning qui les a accompagnées depuis le début de leur vie de femme doit leur faire savoir qu'elles sont toujours les bienvenues et qu'elles ont encore leur place dans ce lieu qui n'est pas seulement réservé aux jeunes femmes, mais à la femme tout au long de sa vie, en prenant en compte parfois le refus de la femme de cet état.

5) Entretiens individuels

Certaines éprouveront le besoin d'en parler en particulier, et d'autres auront parfois à cette occasion envie de commencer une démarche personnelle afin de mieux se connaître, ce sera à la conseillère de les aider à trouver ce qui sera le mieux pour elles. J'ai pu constater que certaines personnes préféraient en parler en particulier, puis ne voyaient aucun inconvénient à en parler en groupe.

6) Comment les mettre en place

Plutôt que ménopause, je préfère parler d'étape particulière. Ce serait important de trouver un nom. Ce serait le but de la première réunion. Le terme ménopause n'est pas approprié, dans la bouche de certains. Il est péjoratif et négatif, car on pense : « arrêt » des règles. Cette nouvelle étape peut être une ouverture, une liberté, entreprendre des désirs laissés de côté, car les priorités étaient les enfants, la vie professionnelle. Se réapproprier du temps pour soi, être à l'écoute de soi.

Cette période pour la femme va durer environ une trentaine d'année, les progrès de la médecine, de la chirurgie, de la cosmétologie sont en continuelle évolution. C'est une période qui, si elle est bien préparée, peut être bien vécue, être très agréable.

Il faut 20 ans environ pour devenir une jeune femme, autant pour élever ses enfants. Il n'y a aucune raison pour que la femme au cours de cette ménopause se mette en retrait, ou se laisse mettre à l'écart sous prétexte que ses hormones n'agissent plus.

L'intérêt de ce groupe ce serait de faire comprendre aux femmes qui se sentiraient à l'écart, qu'elles font toujours partie de la société, qu'elles sont toujours des femmes, qu'elles ont des droits, qu'elles n'oublient pas leur importance en tant que mère, épouse, femme. Souvent pour s'occuper de leur famille elles ont été socialement défavorisées, elles ont plus connu le chômage que les hommes, et souvent les divorces les font basculer dans la pauvreté. Les informer à cette période qui parfois les fragilisent encore plus de tous les choix qu'elles peuvent avoir pour être aidées médicalement et psychologiquement, et après s'être battues pour la gratuité de la contraception se battre pour la gratuité des traitements et des examens pour l'ostéoporose, par exemple, faire en sorte qu'à tout âge de la vie il n'y ait pas : celles qui ont

accès à l'information celles qui ne l'ont pas, celles qui sont socialement favorisées, celles qui ne le sont pas. Toutes doivent pouvoir choisir en connaissance ce qui leur convient le mieux. Le rôle éducatif doit continuer quel que soit l'âge et la situation sociale, il est important de pouvoir toucher les plus démunies.

Les thèmes abordés précédemment par le planning sont toujours d'actualité. Ils seraient choisis en commun avec les participants et s'appuieraient sur les témoignages de ceux qui le voudraient bien, afin de créer une dynamique et une interaction dans le groupe. Je pense que les conseillères ont l'habitude de faire vivre un groupe, j'ai pu le constater lors de ma formation. Les groupes seraient formés de 12 à 15 personnes : pas trop petits pour que chacun puisse être à l'aise, pas trop grand pour que les personnes puissent toutes s'exprimer. Ils seraient animés par 2 conseillères qui proposeraient, et animeraient chacune un thème. Un invité viendrait étayer un des thèmes choisis, médecin, psychanalyste, diététicienne, esthéticienne, etc.....

Il est certain que les thèmes du traitement avec ses avantages et inconvénients seraient inévitables. Il correspond à la première demande des femmes

Pour le thème sur la diététique, il serait intéressant de demander aux participants qui le veulent bien de proposer eux mêmes des menus avec les conseils de la diététicienne qui apprécierait la valeur nutritive de ces mets, et indiquerait comment éviter la prise de poids, et aborderait les problèmes de cholestérol.

Le thème de la forme, l'image de soi, où interviendraient des dermatologues pour parler du vieillissement cutané, comment le prévenir et quels sont les moyens pour conserver une belle peau, avec la participation

d'une esthéticienne. Comment garder la forme ? Quels sports peuvent être pratiqués ou pourquoi pas commencés ?

Les réunions pourraient s'organiser suite à une lecture comme par exemple « le foulard bleu » de M. Chapsal, qui raconte la nouvelle histoire d'amour d'une femme plus toute jeune et ses craintes face au regard de son nouvel amant. Un film, les cinéastes mettent en scène des couples de la cinquantaine, une publicité, la publicité a compris qu'il y avait un marché à saisir.

La mode Jean Paul Gaultier n'hésite pas à faire défiler des mannequins qui ont la cinquantaine. Habituellement ce sont de jeunes femmes qui présentent la mode ou les produits de beauté concernant la femme de cinquante ans. Comment voulez-vous qu'elles se reconnaissent dans cette fausse image que les médias leurs transmettent à longueur de journée ? La « ménagère de moins de cinquante ans », cela aussi il faudrait que ça disparaisse, car les plus de cinquante ans consomment et si elles décidaient de se faire entendre, je pense qu'elles seraient assez nombreuses pour que leur opinion soit prise en compte. Ces groupes existent dans les pays anglo-saxons. On les appellent « les panthères grises ».

VI- CONCLUSION

La place que la femme a occupé dans la société fait qu'elle va plus ou moins aborder ce passage avec difficulté ou confiance. Celle qui était déjà mal dans sa vie, familiale, sociale, professionnelle ne pourra passer ce cap avec sérénité.

Les psychanalystes constatent que de plus en plus de femmes à l'approche de la cinquantaine commencent une analyse, ce qui illustre bien le

malaise qu'elles rencontrent et montre qu'une prise en charge de leur souffrance est nécessaire.

Des psychanalystes en partenariat avec des gynécologues ont travaillé sur ce sujet. Pascale Bélot-Fourcade, psychanalyste, et Diane Winaver, gynécologue, dans leur livre regards croisés entre gynécologues et psychanalystes parlent de la nécessité d'organiser des groupes de paroles « au niveau institutionnel, dans les hôpitaux, les centres de soins, des organisations communautaires ou dans toutes autres institutions recevant le public cible. » Pour moi ce lieu de parole doit être le planning familial, car cela a déjà été fait et je pense qu'il y a une lutte à mener pour que la femme garde sa place dans la société.

Il y a, en France, près de neuf millions de femmes au-delà de la cinquantaine. Les retombées économiques prennent une place importante, cela peut être pour elles une arme pour se faire entendre, faire savoir qu'elles ont toujours une place dans la société. L'histoire nous a prouvé que la femme avait des droits, et que si elle s'en donne les moyens et surtout la volonté, elle peut faire changer les choses, le regard des autres.

Les femmes issues du baby boom, celles qui ont participé à l'émancipation de la femme sont aujourd'hui celles qui abordent la ménopause. Après avoir assumé leur féminité, avoir su concilier vie familiale et vie professionnelle elles ne peuvent aujourd'hui, alors qu'il leur reste de longues années à vivre, renoncer à tous leurs acquis. Elles ont osé assumer leurs désirs, affirmer leur autonomie.

Il faut qu'elles continuent à produire, à créer. Je pense là à certaines femmes cinéastes, écrivains, qui osent mettre en scène les préoccupations, les amours, les désirs de la femme de la cinquantaine.

Le planning, par son histoire, son combat est le lieu approprié pour cet accompagnement Les conseillères pratiquent l'écoute depuis longtemps, et

prennent à cœur de sauvegarder tous les droits que les femmes ont acquis, le dernier droit à conquérir est celui de rester une femme jusqu'au bout.

Les femmes, quel que soit leur âge, devraient s'approprier ou se réapproprier ce lieu d'écoute où elles peuvent déposer tous leurs questionnements.

La ménopause étape importante de la vie d'une femme, est un passage délicat, qui peut nécessiter pour certaines le besoin d'une aide. Les femmes doivent continuer ou apprendre à être actrice de leur vie.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

C'est sur la base de ce questionnaire que j'ai fait mon enquête :

- 1) Vivez vous en couple ?
- 2) Avez- vous des enfants ? combien ?
- 3) Aviez-vous une complicité avec votre mère ?
- 4) Vous a-t-elle expliqué ce qu'étaient les règles ?
- 5) Où avez vous entendu parler de sexualité ?
- 6) Connaissez vous le planning familial ? Comment ?
- 7) Aimerez vous avoir un lieu où parler de la ménopause ?

ANNEXE 1

Ménopause, peau et vieillissement (M. Faure, Lyon)

Mercredi 22 Janvier 2003

La femme, comme tout être humain vieillit, à 50 ans, après 50 ans, et ce vieillissement commence aussi, bien sûr, avant. Le vieillissement cutané est d'une part le reflet du vieillissement général de tous les tissus de l'organisme, c'est ce que l'on appelle le vieillissement chrono biologique lié à la fuite inévitable du temps, d'autre part la conséquence de l'effet néfaste de l'exposition solaire et des ultraviolets.

L'héliodermie caractérise ainsi l'ensemble des modifications cutanées liées à cet effet des UV, et en particulier les taches cutanées, certaines rides et ridules, des modifications de l'élasticité et de l'extensibilité du derme. Cette action du soleil est d'ailleurs, en terme de vieillissement, ce qui distingue le vieillissement de la peau du vieillissement des autres organes, eux à l'abri de la lumière.

Peau et vieillissement :

Le vieillissement cutané est la conséquence du vieillissement des deux tissus constitutifs de la peau que sont l'épiderme en surface et le derme en dessous. Ce double vieillissement tissulaire est lié au vieillissement des différentes cellules constitutives, en particulier kératinocytes de l'épiderme et des annexes d'une part, fibroblastes du derme d'autre part. Ce vieillissement cellulaire correspond à une perte des possibilités de division cellulaire ainsi qu'à une diminution des fonctions cellulaires, comme celle de production de collagène par les fibroblastes du derme. Ce vieillissement cellulaire, en ce qui concerne la peau, est donc le reflet du temps et des UV.

Le phénomène est progressif, continu et multifactoriel. Or, la constatation d'une accélération de certains signes de vieillissement cutané à la ménopause, leur prévention et leur correction partielle par un traitement œstrogénique permet de parler de vieillissement hormonal.

Le vieillissement cutané à la ménopause :

La peau ménopausée devient plus fine, plus sèche. Il s'agit d'une impression de sécheresse cutanée, d'une sensation de peau qui tire. L'épaisseur cutanée diminue, et cette diminution de l'épaisseur de la peau correspond à une atrophie de l'épiderme et à un amincissement du derme. Il existe également une diminution de la teneur du derme en collagènes. Cette perte en collagènes reflète par ailleurs la perte osseuse post-ménopausique. Il existe également une augmentation de la perte d'eau percutanée, liée aux altérations physicochimiques de la couche cornée en surface, qui devient plus épaisse et plus compacte. Ceci aboutit à une augmentation de l'extensibilité cutanée et à une diminution de l'élasticité cutanée. La peau est plus fine, et plus lâche.

Les effets du traitement hormonal substitutif (THS) :

Le THS permet de réduire chez la femme ménopausée l'atrophie cutanée. Les études scientifiques fondées sur des techniques non invasives (échographie ultrasonique) et invasives (biopsies cutanées) ont montré une correction de l'amincissement cutané et de l'atrophie dermique en peau protégée des UV. Mais il n'y a pas de modification de l'amincissement épidermique. Le THS peut prévenir et corriger l'atrophie dermique et la perte en collagènes du derme liées à la carence œstrogénique. Les effets du THS sont systémiques et ne dépendent pas de la voie d'administration qui peut être orale ou percutanée.

En revanche, il n'existe aucun argument qui justifierait l'emploi de la DHEA dans la prise en charge du vieillissement cutané. La seule étude existante ne montre aucune variation significative sous DHEA des paramètres de vieillissement de la peau. La prise de DHEA n'augmente ni l'épaisseur de la peau, ni l'hydratation cutanée.

Le traitement œstrogénique n'est cependant pas capable de corriger chez la femme ménopausée certaines chutes de cheveux, certaines hyperpilosités faciales qui peuvent survenir de façon associée au vieillissement. Il faut alors un traitement dermatologique approprié.

Le THS doit être associé à d'autres mesures de prévention et de correction du vieillissement cutané :

Le THS doit être associé à l'utilisation par voie topique de médicaments ou de produits cosmétiques anti-vieillissement. En effet, à côté de la cosmétologie traditionnelle qui ne fait que masquer (maquillage) ou hydrater la peau, il existe des produits dont l'efficacité en terme de lutte contre le vieillissement a pu être démontrée ou suggérée par des études expérimentales chez la femme, ou in vitro. Le THS peut ainsi être associé aux applications cutanées de vitamine A (acide trétinoïne), ou de ses précurseurs (rétinol, rétinol) qui sont actifs sur l'épiderme et le derme. Les autres produits efficaces que l'on peut conseiller sont les antioxydants, la vitamine C et les isoflavones, ou phytoestrogènes.

En ce qui concerne les phytoestrogènes (isoflavones de soja), il n'existe pas d'étude concernant leurs effets systémiques éventuels sur le vieillissement cutané, c'est-à-dire leurs effets en cas de prise orale. Ils peuvent cependant être utilisés en topiques. Expérimentalement, il a été montré que les isoflavones appliqués sur la peau peuvent induire une augmentation significative du collagène dermique, et ont ainsi une action favorable contre le vieillissement du derme.

Le THS ne peut corriger les troubles pigmentaires cutanés qui sont liés aux effets des rayons UV, pour lesquels il existe parfois une correction possible par laser ou cryothérapie dermatologique. Les estrogènes ne peuvent corriger les rides, ainsi que les ptoses cutanées et sous-cutanées. Le THS ne remplace ainsi aucunement les gestes correcteurs de chirurgie esthétique, ou de dermatologie instrumentale. Les liftings chirurgicaux restent l'unique manière de prendre en charge les ptoses (cou, face, poitrine, etc...). Le traitement des rides passe par les techniques de remodelage par comblement (injections de collagène par exemple) ou de lissage de surface (peelings, laser).

Et en terme de vieillissement, il faut se souvenir que la ménopause n'est responsable chez la femme que d'une petite partie du vieillissement cutané. En ce qui concerne la visage, l'essentiel est dû à l'action nocive des UV, et la meilleure prise en charge est en fait représentée par la prévention, c'est-à-dire par une photo protection la plus sérieuse, la plus continue et la plus précoce possible depuis l'enfance. Pour le reste, l'emploi d'une cosmétologie adaptée depuis l'adolescence au type personnel de peau (grasse, sèche ou mixte) est la deuxième mesure indispensable pour qui veut lutter contre le vieillissement de sa peau.

Pr. Michel Faure, Service de Dermatologie, Hôpital Edouard Herriot, Lyon.

(Ce texte a été rédigé en juin 2001)

ANNEXE 2

Lundi 8 Septembre 2003
Reuters Santé

Traitement hormonal substitutif et risque de cancer du sein

Les résultats de l'étude MWS (Million Women Study) sur les traitements hormonaux substitutifs (THS), qui seront publiés dans le Lancet du 9 août 2003, confirment et précisent les risques de cancer du sein associés à ces traitements.

Cette vaste étude anglaise a été menée de 1996 à 2001 auprès de plus d'un million de femmes ménopausées, dont l'âge se situe entre 50 et 64 ans. Cette étude montre que le risque de survenue de cancer du sein, et que le risque de décès lié à ces cancers est plus important chez les femmes traitées que chez les femmes non traitées. Pour les femmes recevant un THS, ce risque est plus important chez les femmes traitées par une association oestroprogestative que chez les femmes recevant un traitement oestrogénique seul. Alors que l'étude américaine WHI, publiée en juillet 2002, évaluait une association oestroprogestative peu utilisée en France (oestrogènes équins sulfoconjugués (Prémarin®) et acétate de médroxyprogestérone), cette étude anglaise porte sur des traitements couramment utilisés en Europe, tant pour les types d'oestroprogestatifs que pour leurs voies et modes d'administration.

L'augmentation du risque de cancer du sein serait de 12 cas supplémentaires par an pour 10 000 femmes traitées pendant 5 ans par oestroprogestatif. Cette augmentation serait de 3 cas de cancer du sein supplémentaires par an pour 10 000 femmes traitées pendant 5 ans par oestrogène seul. Cette augmentation du risque est comparable aux résultats de l'étude américaine WHI, publiée en juillet 2002 dans le JAMA, qui montre un risque supplémentaire de survenue de cancer du sein de 8 cas par an pour 10 000 femmes traitées pendant 5 ans. L'étude MWS montre également que dans les 5 ans suivant l'arrêt du THS, le risque de cancer du sein est identique à celui observé chez les femmes non traitées.

Les données de l'étude anglaise complètent les connaissances sur le risque de survenue de cancer du sein sous traitement hormonal substitutif. Ces données donneront lieu à une actualisation des recommandations sur le THS diffusées en janvier 2003 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). L'Afssaps procédera à la réévaluation de la balance bénéfices/risques du THS avec les autorités réglementaires européennes, et a demandé que ce dossier soit inscrit à l'ordre du jour du Comité des Spécialités Pharmaceutiques (CSP) extraordinaire prévu début septembre à l'agence européenne du médicament (EMA).

L'Afssaps rappelle que le risque de cancer du sein associé au THS est un risque connu qui figure dans les RCP des produits des spécialités présentes sur le marché français. Il a été pris en compte dans les recommandations diffusées par l'Afssaps aux médecins généralistes et aux gynécologues à la suite des travaux d'un groupe d'experts sur les bénéfices et les risques du THS (www.afssaps.sante.fr, rubrique sécurité sanitaire et vigilances, dossiers " Le point sur ").

Dès lors, l'Afssaps précise que :

- les indications du THS sont le traitement des symptômes liés à la carence oestrogénique, en particulier troubles vasomoteurs. Certaines spécialités sont également indiquées dans la prévention de l'ostéoporose. Chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la carence oestrogénique, un THS peut être instauré si la patiente le souhaite, à la dose minimale efficace.

- avant d'initier ou de réinstaurer un THS, un examen clinique et gynécologique complet (y compris recueil des antécédents familiaux) doit être effectué. Un examen régulier des seins doit être pratiqué selon les recommandations en vigueur (palpation, mammographie, échographie...) adaptées en fonction des cas individuels. Le THS est contre-indiqué en cas de cancer du sein connu ou suspecté, ou d'autres tumeurs oestrogéno-dépendantes connues ou

suspectées (exemple: cancer de l'endomètre). L'utilisation des oestrogènes seuls n'est recommandée que pour la correction des carences oestrogéniques chez la femme ménopausée ayant subi une hystérectomie.

- le bénéfice/risque du THS doit être établi au cas par cas et réévalué régulièrement, au moins une fois par an, compte tenu des risques identifiés. Les femmes doivent être informées des risques et des effets secondaires de ces traitements.
- L'arrêt éventuel du traitement doit intervenir en concertation avec le médecin traitant. Les femmes qui le souhaitent sont invitées à en parler à leur médecin traitant lors de leur prochaine consultation.

Selon les données disponibles, la prévalence de la ménopause en France est estimée à environ 10 millions de femmes avec une incidence de 300 000 à 500 000 femmes nouvellement ménopausées chaque année. Environ la moitié des femmes ménopausées souffre de symptômes climatiques (bouffées de chaleur).

En France, 30 à 50 % des femmes âgées de 48 à 64 ans reçoivent un THS, soit 1,5 à 2,7 millions de femmes.

Contact :

Henriette Chaibriant

01 55 87 30 18

Email : henriette.chaibriant@afssaps.sante.fr

ANNEXE 3

Ménopause : des modifications de la fonction ovarienne peuvent être associées à des symptômes dépressifs.

Jeudi 16 Octobre 2003
Reuters Santé

Paris, 15 octobre - Des modifications de la fonction ovarienne sont associées à des symptômes dépressifs chez la femme en péri-ménopause, selon une étude américaine publiée dans la revue "American Journal of Psychiatry".

"Bien que des travaux ont montré une efficacité thérapeutique d'un traitement œstrogénique substitutif en cas de dépression péri-ménopausique, la relation entre la fonction ovarienne et les troubles de l'humeur reste non élucidée", rappellent le Dr Peter Schmidt du "National Institute of Mental Health", à Bethesda dans le Maryland (Etats-Unis), et ses collègues.

Les chercheurs ont évalué les modifications de l'humeur et celles de la fonction de l'axe glande pituitaire (hypophyse)-ovaires chez 110 femmes en péri-ménopause, souffrant de dépression et traitées par une estrogénothérapie. Ils ont à la fois étudié, au début de l'étude puis au bout de 6 semaines, le score de dépression d'après une échelle spécifique et dosé les taux sanguins de l'hormone FSH sécrétée par l'hypophyse, qui elle-même régule les sécrétions hormonales des ovaires.

Ils ont ainsi constaté que le score à l'échelle évaluant le degré de dépression déclinait d'au moins 50% chez 18 femmes, à 6 semaines de traitement. Cette amélioration a été corrélée à une diminution significative des taux sanguins de FSH (qui augmentent lorsque les sécrétions ovariennes s'avèrent insuffisantes, par un mécanisme de feed-back). Sur les 23 patientes qui ont connu une diminution des taux de FSH d'au moins 50%, 17 ont présenté également une baisse significative des scores à l'échelle d'évaluation spécifique de la dépression.

"Ces observations suggèrent une relation entre des modifications de la fonction ovarienne et celles de l'humeur chez certaines femmes en péri-ménopause. L'amélioration de cette fonction est associée à une rémission des symptômes dépressifs", concluent les auteurs.

(American Journal of Psychiatry 2003 ; vol 160 : p. 1842-1846)

ANNEXE 4

Signes de sur- et sous-dosage œstrogénique (Dr Elia, Paris)

Lundi 21 Octobre 2

002

Le THS (traitement hormonal substitutif) comporte l'administration des hormones qui étaient fabriquées par les ovaires jusqu'à la ménopause : les œstrogènes et la progestérone ou un progestatif.

Le THS doit être particulièrement prescrit "sur mesure" et à ce titre il doit toujours s'adapter à vos besoins en hormones **œstrogènes**.

Ce sont les œstrogènes qui apportent tous les avantages de ce traitement. Mais aussi les inconvénients s'ils sont mal dosés.

Rappelons ici que pour les femmes n'ayant pas subi d'ablation chirurgicale de leur utérus (la majorité, environ 80%), il faut adjoindre une deuxième hormone dont le seul but est de protéger du risque de cancer de l'utérus : la progestérone ou une hormone dite "progestative" proche de la progestérone.

Comment savoir si le THS est bien "à vos mesures"?

Les signes de "trop d'œstrogènes":

Les symptômes de la ménopause ont disparu mais ils sont remplacés par:

- des douleurs de seins qui gonflent et augmentent de volume
- de la "rétention d'eau" : vous êtes toute "gonflée", oedèmes des cuisses, du visage, gonflements du ventre, des doigts...
- une prise de poids rapide sur quelques mois
- des éventuels saignements en dehors des règles et/ou des règles particulièrement hémorragiques
- d'autres symptômes à type de nervosité, de maux de tête,.....

Il faut alors baisser la posologie d'œstrogènes, par exemple la diminuer de moitié.

Les signes de "pas assez d'œstrogènes":

Les symptômes de la ménopause n'ont pas disparu ou partiellement seulement:

- les bouffées de chaleur et suées sont encore présentes bien que diminuées ;
- les douleurs articulaires si présentes au début n'ont pas disparu ;
- le sommeil, si perturbé, n'est pas restauré ;
- la fatigue et la déprime éventuelles sont encore présentes ;
- la migraine, pour les femmes qui connaissent ce symptôme au moment de la ménopause, n'a pas cédé.

BREF : les signes qui vous ont assailli au moment de la ménopause n'ont pas disparu ou incomplètement.

Il faut alors augmenter la posologie d'estrogènes, par exemple d'1/3 ou de moitié

Cette adaptation ne demande en général que quelques mois tout au plus et dès la bonne posologie d'estrogènes établie, on ne changera plus les doses du THS.

UN THS CORRECTEMENT EQUILIBRE EST CELUI QUI, TOUT EN FAISANT DISPARAITRE LES SIGNES DE "PAS ASSEZ", NE CREE PAS LES SIGNES DE "TROP".

NB:

- 1) les dosages hormonaux ne sont ici d'aucune utilité (voire même peuvent induire en erreur) : c'est bien grâce aux symptômes que votre médecin adapte votre traitement à vos besoins spécifiques.
- 2) les effets des estrogènes sont en général rapidement notés : dès le 10^e ou 15^e jour de leur initiation. Il faut donc attendre au minimum ce délai pour juger si la posologie est correcte.

D. Elia, Paris.

ANNEXE 5

(Ce texte a été rédigé en février 2002)

Incontinence urinaire et ménopause (Pr. von Theobald, Caen)

Lundi 21 Octobre 2002

L'incontinence urinaire est une maladie fréquente. Environ une femme sur cinq aura un jour des fuites urinaires involontaires. Mais ce n'est pas une pathologie simple ; rien de semblable avec un banal problème de plomberie ! La ménopause semble bien aggraver encore la situation, puisqu'un pourcentage de plus en plus élevé de femmes en souffre après l'arrêt des règles.

Avant tout, il y a deux catégories très différentes d'incontinence urinaire : **l'incontinence urinaire à l'effort (IUE)** et **l'incontinence par instabilité vésicale (IIV)**.

La première se manifeste par des fuites lors des efforts.

Il peut s'agir d'efforts violents et brutaux dans les formes modérées (toux, éternuement, rire, sport) voire d'efforts banaux (course, marche) dans les formes sévères. Pour pallier ces fuites incoercibles, bien souvent les patientes prennent l'habitude d'aller uriner très fréquemment, afin de garder la vessie constamment vide, ce qui finit par poser des problèmes de constipation par manque d'eau dans les matières fécales. Mais il n'y a jamais de fuites urinaires nocturnes ni d'envies d'uriner pressantes dans cette forme d'incontinence si elle est isolée.

Deux causes sont envisageables et parfois associées : une faiblesse du sphincter ; c'est le muscle qui ferme l'urètre (tuyau d'évacuation des urines à partir de la vessie), ou un relâchement des ligaments qui soutiennent ce même urètre. Les facteurs de risque sont ici les accouchements difficiles, l'obésité, la bronchite chronique, certaines malpositions de la colonne vertébrale et du bassin. Le facteur fondamental, la qualité du tissu de soutien (le collagène) est certainement prépondérant bien qu'encore mal connu. En effet, à la naissance, nous ne sommes pas tous construits dans le même métal ! Certaines femmes ont des vergetures avec des enfants pesant 2,5 kilos, d'autres n'en ont pas avec des jumeaux de 3 kilos. L'hyperlaxité ligamentaire et les entorses, les rides, les hernies sont autant d'expressions criantes de cette inégalité génétique devant le collagène.

La ménopause agit probablement aussi par le biais du collagène. En effet, sans qu'il y ait de preuve directe de sa responsabilité dans la genèse de l'incontinence urinaire, on sait que la fréquence des opérations pour cette indication augmente brutalement dans les années suivant la fin des règles, comme pour les prolapsus (descentes d'organes) d'ailleurs. On estime qu'à 80 ans,

11% des femmes ont été opérées d'incontinence urinaire ou de prolapsus. Le risque de nécessiter une opération est de 3,3 pour 1000 femmes par an de 50 à 59 ans et de 5,24 pour 1000 femmes par an de 60 à 69 ans. On sait également que dans le tissu de soutien, il existe des cibles spécifiques pour les hormones de la femme (les estrogènes). Ces cibles sont appelées des récepteurs hormonaux, parce que la molécule d'estrogène se fixe dessus pour pouvoir exercer une action sur la cellule par l'intermédiaire de sa « centrale de commande », le noyau.

Récemment, de nouveaux récepteurs pour les estrogènes ont été découverts. S'ils ont été bien étudiés pour le collagène de l'os, ce n'est pas encore le cas pour le périnée. Mais en additionnant les faits observés (augmentation de fréquence après la ménopause) et en supputant que l'effet de la privation hormonale s'exerce de la même façon sur les tissus de soutien de l'os et du périnée, c'est-à-dire vers une fragilisation, on peut se douter qu'il y a là un facteur aggravant important. Il reste à évaluer les possibilités de réparation du collagène après que les lésions se soient constituées, et à savoir quel type d'hormone est le mieux à même de pouvoir engendrer cette réparation. En attendant, mieux vaut éviter la carence.

Lorsque l'IUE est constituée, il convient de la traiter si elle représente une gêne dans la vie quotidienne. Le traitement hormonal est alors inefficace. Il faut recourir à la rééducation avec électrostimulation pour les patientes présentant une insuffisance du sphincter. Cette rééducation par des influx électriques va réaliser un « body building » des muscles du périnée, tout en apprenant aux patientes comment se servir le plus efficacement possible de ces muscles pour éviter les fuites lors des efforts. Si la cause est un relâchement des ligaments soutenant l'urètre ou si la rééducation se solde par un échec, la chirurgie dispose actuellement de moyens efficaces et simples, peu agressifs, ne nécessitant souvent qu'une anesthésie locale améliorée et une ou deux journées d'hospitalisation pour régler le problème. Le taux de succès est de 90% et le taux de complications inférieur à 5%. Cette technique consiste en la mise en place par voie vaginale, à travers trois petites incisions de 5 mm, d'un ligament synthétique à l'aide d'une aiguille d'insertion. L'intervention dure 20 minutes et porte généralement le nom commercial du tissu utilisé (TVT, IVS, Uretex, Spark, etc).

La deuxième catégorie d'incontinence urinaire, dite par instabilité vésicale, se manifeste tout autrement.

Au premier plan des plaintes, on trouve les envies fréquentes d'uriner, souvent pour un faible volume d'urines. Ces envies peuvent dominer pendant le jour ou pendant la nuit et devenir extrêmement invalidantes (30 fois par jour, 10 fois par nuit...). Parfois, ces envies sont déclenchées par un bruit d'eau qui coule, le contact des mains avec l'eau froide, l'introduction d'une clef dans une serrure ou d'autres stimulations. Il peut s'y ajouter d'autres problèmes comme un besoin brutal, irrésistible et urgent d'uriner avec éventuellement des fuites si les toilettes ne sont pas atteintes à temps. Parfois, les patientes se plaignent aussi de douleurs vésicales ressemblant à des contractions.

L'IIV est en quelque sorte une « vessie nerveuse » comme on peut l'appeler communément. Le mécanisme de ce trouble est assez compliqué : normalement, lorsque la vessie est pleine, elle envoie un message au cerveau en stimulant des capteurs de pression situés dans sa paroi. Le cerveau traduit ce stimulus par la sensation de besoin d'uriner. Normalement l'être humain sait contrôler sa vessie ; il prend note de ce message, détend sa vessie en contractant un peu le

sphincter de la vessie et les muscle du périnée pour éviter les fuites. Puis, lorsque l'occasion se présente de pouvoir aller aux toilettes, il commande à son sphincter de se relâcher. C'est seulement à ce moment-là que la vessie va se contracter activement pour chasser les urines contenues. L'IIV se produit lorsque la vessie envoie le signal au cerveau alors qu'elle n'est pas pleine. Ce peut être le cas si elle est irritée ; des infections urinaires, surtout si elles sont répétées, une intervention chirurgicale sur les voies urinaires, une « descente de vessie » peuvent en être la cause.

Parfois, c'est la vessie elle-même qui se contracte alors qu'elle n'en a pas reçu l'ordre conscient par le cerveau et que le sphincter n'a pas reçu l'ordre de s'ouvrir, tellement elle est irritée. Elle est alors devenue « indépendante » du système de commande. Si le muscle sphinctérien est faible, il peut alors y avoir fuite. Cette hyper-contraction vésicale se voit fréquemment aussi chez des personnes stressées, nerveuses, angoissées.

L'influence directe de la ménopause reste ici aussi à démontrer. En revanche, elle agit par l'intermédiaire de la fragilisation tissulaire et de l'augmentation des prolapsus vésicaux (descentes de vessie) qui sont volontiers « l'épine irritative » de l'IIV. Le traitement fait appel à des médicaments capables de bloquer l'influx des nerfs provoquant la contraction de la vessie. Ces médicaments, très efficaces, peuvent toutefois occasionner une sécheresse désagréable de la bouche car ils bloquent aussi parfois, à des degrés variables, la sécrétion salivaire. Il existe une rééducation vésicale adaptée à l'IIV qui apprend à reprendre le contrôle de sa vessie, à la relâcher et à éviter ainsi les besoins fréquents et les fuites.

Malheureusement la réalité n'est pas aussi tranchée et bien souvent les deux catégories d'incontinence urinaire coexistent à des degrés variables. Il faut alors faire la part des choses, ce qui est possible avec un examen clinique minutieux et un bilan urodynamique (examen qui se pratique avec une sonde urinaire contenant des capteurs de pression permettant d'identifier des contraction vésicales involontaires, de mesurer la force du sphincter, de déterminer à partir de quelle pression il y a fuite, etc.). Le traitement intéresse souvent d'abord l'IIV qui répond à un traitement médical. Parfois ce traitement sera suffisant. Sinon la chirurgie décrite ci-dessus sera envisagée. Néanmoins, si un relâchement du plancher pelvien existe, la correction chirurgicale peut entraîner une disparition de l'IIV en supprimant le facteur causal irritant.

Le traitement hormonal de la ménopause, s'il ne constitue pas un traitement direct des lésions lorsqu'elles sont constituées, semble bien, dans l'état actuel de nos connaissances, avoir un intérêt plutôt préventif, puisqu'il supprime la carence hormonale. Des études complémentaires sont cependant nécessaires pour préciser son impact exact. On sait par exemple que sur la muqueuse vaginale, l'hormone efficace pour améliorer la qualité des tissus n'est pas l'estradiol que l'on prescrit dans les traitements habituels de la ménopause mais une molécule voisine, l'estriol. Normalement l'estradiol sécrété par les ovaires est transformé en estriol dans les cellules elles-mêmes. Mais il semble que chez certaines femmes ménopausées, cette transformation ne se fasse plus très bien sans que l'on ne sache à l'heure actuelle pourquoi. Un complément hormonal en estriol est alors nécessaire par voie locale. Par ailleurs, certaines nouvelles molécules utilisées pour le traitement de la ménopause semblent avoir un effet bénéfique sur la prévention des problèmes de prolapsus et d'incontinence, alors que d'autres ont eu des effets catastrophiques. Il est logique que l'on se soit d'abord intéressé dans le domaine du traitement de la ménopause à des problèmes vitaux comme l'ostéoporose, les fractures pathologiques, les accidents

cardiovasculaires et le cancer du sein. Certains de ces problèmes sont encore l'objet d'études approfondies.

Toutefois, compte tenu du pourcentage élevé de 11% de femmes requérant une ou plusieurs opérations pour des problèmes de prolapsus ou d'incontinence urinaire grevant fortement la qualité de vie, gageons que les 10 années à venir verront l'émergence de traitements spécifiques préventifs grâce à une meilleure compréhension du vieillissement du tissu de soutien.

(Ce texte a été rédigé en février 2002)

ANNEXE 6

Les phytoestrogènes (E. Drapier-Faure, Lyon)

Mercredi 29 Janvier 2003

L'incidence des cancers hormono-dépendants (sein et prostate) et des maladies cardio-vasculaires en Asie (plus exactement en Extrême-Orient) est moindre que dans les pays occidentaux. Les femmes asiatiques présentent également moins de troubles au moment de la ménopause, en particulier moins de bouffées de chaleur, et moins d'ostéoporose.

A ces différences, il existe plusieurs explications possibles, qui concernent en fait le mode de vie traditionnel. Ainsi, une des explications est représentée par l'alimentation. Les asiatiques consomment beaucoup plus de protéines de soja contenant des isoflavones : 50 mg par jour en moyenne, contre 5 mg au plus chez les occidentales. Néanmoins le soja ne représente pas la seule différence en terme d'apport alimentaire. Les asiatiques consomment très peu de graisses et la viande rouge leur est pratiquement inconnue. Notons déjà que cette consommation de soja commence dès l'enfance. D'autres facteurs peuvent par ailleurs jouer : moins de stress, moins de pollution, coutumes différentes, en particulier le fait de dormir à même le sol, plus dur que le lit occidental... L'incidence moindre des fractures du col pourrait aussi être liée à des différences anatomiques : la longueur du col fémoral chez les femmes asiatiques est moindre, ce qui en diminue la fragilité.

Il est à noter que ces différences disparaissent chez les femmes asiatiques ayant émigré aux Etats-Unis et qui en ont adopté le style de vie. L'incidence des cancers du sein et des maladies cardio-vasculaires rejoint alors celle des femmes occidentales.

Ceci semble donc souligner la responsabilité des facteurs d'environnement, alimentaires en particulier, plus importants que la génétique.

1 - Le soja fait partie des « phytoestrogènes », terme qui désigne un nombre très important de nutriments d'origine végétale. Il existe deux grands groupes de phytoestrogènes : les isoflavones et les lignanes. Ce sont **les isoflavones de soja** qui sont les plus étudiées sur le plan scientifique.

2 - Les sources alimentaires. Chaque aliment apporte une quantité d'isoflavones ou de lignanes qui lui est propre. Ce sont les graines de soja, puis le tofu et le miso, qui apportent le plus d'isoflavones. En revanche, un certain nombre de produits en sont dépourvus : la sauce de soja des restaurants chinois ou japonais, les pousses de soja trouvées sur les marchés occidentaux (leur vrai nom est « haricots mungos ») et l'huile de soja. Préférer l'huile de soja est une bonne attitude puisque cette huile ne contient pas de cholestérol et est riche en acides gras oméga-3, graisse retrouvée aussi dans les poissons et réputée réduire les maladies cardio-vasculaires. Pour les lignanes, seules les graines de lin (utilisées en pâtisserie) en contiennent des quantités importantes.

3 - Leur absorption varie d'un sujet à l'autre ce qui explique les différences d'efficacité. Le rôle de l'intestin est capital. Tous les phytoestrogènes absorbés (par l'alimentation ou en complément nutritionnel) sont inactifs. Ce sont les bactéries intestinales de chacun qui les rendent actifs. De nombreux facteurs peuvent modifier leur absorption et donc en diminuer l'efficacité de manière intermittente ou chronique : les antibiotiques, les laxatifs, les gastro-entérites ou les

maladies chroniques intestinales, mais aussi -ce qui est moins évident à évaluer- les autres composés de l'alimentation (fibres, graisses, alcool).

4 - Leur mode d'action :

Ce sont des molécules douées d'effets paradoxaux : certains de leurs effets sont comparables à ceux des estrogènes (effet agoniste, bien que leur puissance estrogénique soit beaucoup plus faible). D'autres effets sont inverses de ceux des estrogènes (effet antagoniste). Ces phytoestrogènes agissent comme d'autres molécules chimiques, les SERM (modulateurs des récepteurs aux estrogènes). Actuellement, deux SERM sont prescrits couramment : le tamoxifène chez les femmes qui ont un cancer du sein, et le raloxifène pour prévenir ou traiter les fractures vertébrales des femmes ménopausées. Ces molécules ont aussi ce double effet agoniste et antagoniste des estrogènes.

5 - L'efficacité du soja sur les bouffées de chaleur est réelle mais modérée :

Le soja diminue plus les bouffées de chaleur qu'un placebo (gélule pharmacologiquement inactive, utilisée dans les études cliniques pour démontrer l'efficacité du produit testé). Le soja est moins efficace que les estrogènes, qui font disparaître les bouffées de chaleur dans 90 % des cas. La dose nécessaire d'isoflavones prise en complément pour réduire les bouffées de chaleur varie d'une femme à l'autre : de 40 à 70 mg d'isoflavones par jour. L'amélioration est significative au bout de 15 jours, mais elle se poursuit progressivement et est maximale en trois mois.

Citons quelques situations où les isoflavones de soja prises en complément nutritionnel sont utiles pour réduire les bouffées de chaleur :

- **en périménopause** : les femmes ont encore des règles, mais les bouffées de chaleur peuvent néanmoins déjà être gênantes. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) ne doit pas être commencé trop tôt pour éviter des effets secondaires qui décevraient la femme et la décourageraient pour sa poursuite ultérieure.

- **au moment de la ménopause** :

. si le traitement hormonal est refusé par « convictions personnelles »,
. si le traitement hormonal est refusé par peur de prendre du poids (mais c'est faux !) ou par crainte des hormones en général,

. si le traitement hormonal est contre-indiqué.

Attention : méfiance en cas de cancer du sein, un avis médical est indispensable.

- **loin de la ménopause**, si à l'arrêt du THS, quelle qu'en soit la raison, les bouffées de chaleur récidivent.

6 - **Le soja n'agit pas sur les autres symptômes de la ménopause**, tels la fatigue, l'insomnie, les douleurs articulaires, les petites dépresses. La sécheresse vaginale ne réagit pas à l'absorption orale de phytoestrogènes.

7 - Le soja et la peau :

Les isoflavones en applications quotidiennes sur le visage (crème) pourraient freiner le vieillissement cutané. En effet, il a été noté expérimentalement que les isoflavones de soja stimulent la production de collagène par les fibroblastes du derme. Cette action est comparable à celle des estrogènes. En revanche, aucune étude n'a été faite pour démontrer un éventuel effet des isoflavones de soja prises par voie orale sur la peau (rides, sécheresse cutanée).

8 - Les protéines de soja, contenues dans l'alimentation, diminuent les taux de cholestérol :

Cet effet a été démontré chez l'animal, mais aussi chez l'enfant, l'homme et la femme. Aux U.S.A., la Food and Drug Administration (F.D.A.) recommande depuis 1999 aux sujets hypercholestérolémiques de prendre quotidiennement des produits alimentaires contenant 25 g de protéines de soja, en association aux autres mesures hygiéno-diététiques connues pour abaisser le cholestérol. ~

En revanche, la réduction du cholestérol par les isoflavones isolées de soja, prises en comprimés ou en gélules, n'est pas démontrée.

9 - Les isoflavones de soja pourraient être bénéfiques sur le plan cardio-vasculaire mais les études sont en cours...

Chez la guénon, les isoflavones de soja freinent la progression de la plaque d'athérome, cependant beaucoup moins que ne le font les estrogènes. On ne sait pas si ces résultats encourageants peuvent être obtenus chez la femme.

10 – Aucune étude ne permet actuellement de savoir si le soja freine la perte osseuse postménopausique :

De ce fait, toute femme ménopausée, ne prenant pas de traitement hormonal substitutif, devrait avoir une absorptiométrie osseuse pour connaître son capital osseux. Ceci lui permettra, avec son médecin, de faire un choix raisonné pour le type de prise en charge de sa ménopause.

11 – L'impact du soja sur le système nerveux central est inconnu :

Les études chez la guenon offrent des perspectives intéressantes. En particulier, les isoflavones de soja diminuent de manière significative la phosphorylation de la protéine TAU, très impliquée dans la maladie d'Alzheimer. De tels résultats, non confirmés par de grandes études épidémiologiques, ne peuvent s'appliquer à la femme.

12 – Les effets du soja sur le sein sont complexes et mal compris. De ce fait aucune implication ne peut en découler actuellement. De récentes études épidémiologiques semblent montrer l'importance du soja consommé pendant l'enfance et l'adolescence dans la protection éventuelle des femmes asiatiques contre le cancer du sein. Débuter une alimentation riche en soja à l'âge adulte serait donc trop tard, inefficace pour la prévention du cancer du sein.

Les effets du soja chez une femme ayant un cancer du sein ne sont pas connus à ce jour. Une grande prudence s'impose donc.

CONCLUSIONS

Il est faux de penser que l'absorption de phytoestrogènes en postménopause peut se substituer à la prise d'estrogènes. Les phytoestrogènes sont considérés à tort par le public féminin comme un traitement plus naturel, plus doux donc moins nocif de leur ménopause.

Néanmoins, ils peuvent être utiles dans un certain nombre de situations pour réduire les bouffées de chaleur. Si elle ne prend pas d'estrogènes, la femme, avec l'aide de son médecin, doit évaluer son capital osseux. Les protéines de soja consommées dans l'alimentation (et non les isoflavones purifiés) peuvent aider à la diminution du taux du cholestérol. Pour l'instant, il ne serait pas honnête de laisser courir l'espoir que les phytoestrogènes commencés à l'âge adulte pourraient prévenir le cancer du sein.

Les phytoestrogènes chez la femme ayant un cancer du sein ne doivent pas être conseillés. Quoi qu'il en soit, un avis médical est toujours nécessaire.

Dr Evelyne Drapier-Faure, gynécologue, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

POUR EN SAVOIR PLUS

50 ans au naturel

La vérité sur la révolution des phytoestrogènes, ces hormones qui viennent des plantes.

David ELIA. Editions Robert LAFFONT, 2001.

Consommation alimentaire équivalent à 70 mg d'isoflavones :

- 0,5 l à 1 l de lait de soja (selon les marques),
- 200 g de tofu frais,
- 40 g de graines de soja,
- 40 g de farine de soja.

Attention :

Chaque marque de compléments alimentaires a des comprimés ou des molécules dosés différemment en isoflavones (IF)

- 1 gélule ou 1 comprimé = 17,5 mg IF

- 1 gélule ou 1 comprimé = 37,5 mg IF

- 1 gélule ou 1 comprimé = 45 mg IF
- 1 gélule ou 1 comprimé = 60 mg IF
- 1 gélule ou 1 comprimé = 76 mg IF

Les idées vraies :

- Le soja peut réduire les bouffées de chaleur,
- Les isoflavones de soja en crème pourraient aider à freiner le vieillissement cutané,
- Les protéines de soja diminuent le niveau du cholestérol,
- Le soja n'est pas recommandé chez la femme qui a eu un cancer du sein.

Les idées fausses :

- Le soja est un « autre » THS (traitement hormonal substitutif),
- Le soja protège de l'ostéoporose,
- Le soja protège du cancer du sein,
- La sauce de soja, l'huile de soja, les pousses de soja (haricots mungos) contiennent des isoflavones de soja.

(Ce texte a été rédigé en février 2002)

BIBLIOGRAPHIE

Les renoncements nécessaires J. VIORST

Femmes en ménopause Madeleine Gueydan

La ménopause sous la direction de Pascale Bélot-Fourcade et Diane
Winaver