

**Au coeur des enjeux de santé des corps vieillissants : accessibilité, stigmatisation et parcours médicaux de la ménopause et périménopause, en France et Bourgogne-Franche-Comté entre 2024 et 2025**



**Au coeur des enjeux de santé des corps vieillissants : accessibilité, stigmatisation et parcours médicaux de la ménopause et périménopause, en France et Bourgogne-Franche-Comté entre 2024 et 2025**

**Introduction**

- 1. Accessibilité aux soins et à l'information avant et pendant la ménopause par les personnes concernées**
  - 1.A Stratégies informationnelles
  - 1.B Accessibilité aux soins
- 2. Parcours médicaux et dé-médicalisation de la ménopause**
  - 2.A Emergence de la question dans la ménopause dans les cabinets de santé
  - 2.B Solution mobilisées par les patient·es
  - 2.C Vers une sortie de la médicalisation ?
- 3. Vie professionnelle et ménopause : naviguer entre dissimulation et stigmatisation**
  - 3.A Synthèse de la gestion des signes de la ménopause dans le cadre professionnel
  - 3.B Stigmatisation
  - 3.C Performances et rythme
- 4. Ménopause et sexualité : penser ou s'émanciper d'un vie sexuelle, rompre avec la culture du viol**
  4. A La culture du viol
  4. B La ménopause : une période de vulnérabilité
  4. C La complexité d'un tabou dans un tabou
  4. D Recommandations

**Conclusion**

## Introduction

En France, la ménopause a particulièrement émergé en tant qu'enjeu de société aux alentours du XVIII<sup>e</sup> siècle. Elle a été définie comme “critique” dans l'ouvrage *De la Ménopause ou de l'âge critique des femmes* du médecin Charles De Gardanne (1821), inventant et définissant par ce biais le mot “ménopause” tel qu'on le connaît aujourd'hui. Cette étape, pathologisée dès le XIX<sup>e</sup> siècle, notamment au travers de traités médicaux, est présentée comme décisive pour toute femme qui « *cesse, pour ainsi dire, d'être femme en perdant la faculté de devenir mère* » (Pétrequin, 1836).

Cette posture médicalisée et stigmatisante prime encore actuellement dans les représentations collectives, et a émergé également dans les espaces de discussion créés par le Planning Familial <sup>21</sup>.

La ménopause, et les représentations qui en découlent, sont cependant aujourd'hui reconnues comme socialement et culturellement construites, allant bien au-delà de la seule dimension physiologique initialement décrite dans les premiers traités abordant la « ménopause » (De Gardanne, 1816).

Récemment, les travaux de la sociologue Cécile Charlap (2019) ont apporté un nouvel élan dans l'approche du sujet puisque ceux-ci abordent notamment la ménopause comme une trajectoire de vie, une expérience située, traversée par des normes, des discours médicaux, et des enjeux de genre et de vieillissement.

La trajectoire de la ménopause, qui a été décrite par la sociologue Cécile Charlap comme « *plus secrète qu'une société secrète* »<sup>1</sup>, justifie d'être regardée comme un objet social mouvant, emprunt de tabous, au croisement des questions de genre, de sexualité, et de traitement des corps vieillissants<sup>2</sup>.

Loin de se résumer à un seul événement biologique, la ménopause est le produit d'une construction sociale et médicale, qui façonne les représentations du vieillissement des corps perçus comme féminins et des corps menstrués, et contribue à renforcer les inégalités de genre et l'accès aux soins. L'expérience de la ménopause est souvent assimilée à une pathologie<sup>3</sup> ou à une dégradation du corps, et varie considérablement selon les contextes socio-culturels : les ressources, les normes et les réseaux de soutien diffèrent selon les milieux, influençant l'accès à l'information, aux soins et aux représentations qui y sont associées.

<sup>1</sup> Charlap, Cécile. *La fabrique de la ménopause*. Paris : CNRS Éditions, 2019, 272 p. ISBN : 978-2-271-12151-6

<sup>2</sup> CARADEC, Vincent et VANNIENWENHOVE, Thomas, 2015. L'expérience corporelle du vieillissement. *Gérontologie et société*, 2015/1 vol. 37 / n° 148, p.83-94. DOI : 10.3917/gs1.148.0083. URL : <https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2015-1-page-83?lang=fr>.

<sup>3</sup> Podcast “Devenir Dragonne”, ep. *Transmission*, Planning Familial 21, 2025

C'est par le prisme de cette construction de la ménopause, en tant qu'objet social façonné par des discours, des normes et des rapports de pouvoir, et en complémentarité d'un rapport étroit au terrain, que le Planning Familial 21 a souhaité apporter sa contribution aux avancées dans la prise en charge de la ménopause et pérимénopause, dans le secteur de la santé en Bourgogne-Franche-Comté. La démarche de l'association a été guidée par la conviction que ce sujet existe autant comme un enjeu de société que comme un enjeu de santé publique.

**Ménopause** : Fin de l'activité ovarienne et arrêt des cycles menstruels, généralement médicalement définie après un an d'aménorrhée.

**Péri-ménopause** : Ensemble des signes physiologiques entourant la ménopause, pouvant exister plusieurs années avant la ménopause avérée, jusqu'à plusieurs années après (parfois plus de dix ans).

Grâce aux soutiens financiers de nos partenaires, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté, la DRDFE, les villes de Dijon et de Longvic, la CPAM de Côte-d'Or et Harmonie Mutuelle, le Planning Familial 21 a produit une contribution basée sur plusieurs axes de recherche :

- Des entretiens semi-directifs<sup>4</sup> menés avec les personnes concernées, menés dans l'optique de réaliser une exposition photographique, qui ont permis de recueillir des données qualitatives ;
- Des entretiens semi-directifs avec des professionnel·les de santé : 4 entretiens en ruralité et 6 en zone urbaine en Côte d'Or et dans l'Yonne, incluant des généralistes, sage-femmes, kinésithérapeutes, gynécologues, diététiciennes, coordinatrices de maison de santé ;
- Un questionnaire anonyme diffusé au niveau national, avec un focus sur la Bourgogne Franche-Comté, qui a réuni 1083 participations, dont plus de la moitié en BFC.
- Une douzaine de groupes de discussions, réalisés entre avril 2024 et mars 2025 dans les centres sociaux et partenaires de Bourgognes-Franche-Comté, incluant une grande diversité de publics.

<sup>4</sup> IMBERT, Geneviève, 2010. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 2010/3 N° 102, p.23-34. DOI : 10.3917/rsi.102.0023. URL : <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23?lang=fr>.

Ces approches variées et complémentaires ont permis de produire une contribution sous la forme d'un baromètre.

Ce baromètre permet d'analyser les enjeux de croyances et de perceptions qui entourent la ménopause, en accordant une attention particulière à l'influence de ces représentations sur la reconnaissance et la prise en charge des symptômes physiologiques. Les valeurs, normes sociales et attentes de la société à l'égard des personnes s'approchant de la ménopause ou déjà ménopausées façonnent en profondeur leur compréhension et leur vécu de la ménopause, influençant à la fois l'expression des symptômes et le recours aux soins.

Les témoignages des personnes concernées ont ainsi été croisés avec les retours des professionnel·les de santé, afin de mieux comprendre les écarts ou convergences de perceptions. Ces observations ont également été mises en relation avec les résultats quantitatifs issus de notre questionnaire en ligne.

Ce questionnaire comportait 47 questions (question fermées et ouvertes, à choix multiples, utilisation de l'échelle de Likert) dont le temps de réponse a été estimé à une trentaine de minutes, avec pour objectif de recueillir des données sur quatre grandes thématiques :

- I. L'état de santé des personnes concernées
- II. L'accès aux soins et à l'information des personnes concernées
- III. La trajectoire de la ménopause vécue dans un cadre professionnel
- IV. La vie intime et sexuelle des personnes concernées.

La diffusion de ce questionnaire en ligne a emprunté plusieurs canaux complémentaires :

- Une diffusion au niveau national par le Mouvement Français pour le Planning Familial grâce à une liste de diffusion interne ;
- Une diffusion par les partenaires du Planning Familial 21 grâce à leurs réseaux internes ;
- Une diffusion sur les réseaux sociaux de l'association avec une invitation à partager plus largement ;
- Une diffusion ponctuelle à l'occasion des interventions et événements auxquels le PF21 a participé.

Les personnes répondantes, au nombre de **1083** sont des personnes concernées, dans le cadre de ménopauses avérées, supposées, ou de signes de péri-ménopause.

Les répondant·es à ce questionnaire sont majoritairement encore en activité : **84,5%** indiquent être en activité ou en recherche d'emploi. Les chiffres ont montré également que les répondant·es se situaient dans une tranche d'âge très large, allant de moins de 30 ans à plus de 70 ans. Cela a confirmé ce que les apports des rencontres sur le terrain menées par le Planning Familial 21 : la ménopause (physiologique, médicamenteuse ou

chirurgicale) peut intervenir très tôt, et les signes de péri-ménopause peuvent se prolonger jusqu'à plus de 70 ans.

Ces résultats se sont articulés avec des données qualitatives empiriques collectées au cours de 14 mois (entre avril 2024 et juin 2025) d'interventions, de groupes de discussions, d'entretiens individuels, et d'écoute de témoignages. Au vu de l'amplitude des disparités existantes dans les vécus, les modes de sensibilisation et de prise en charge de la ménopause et périménopause, les informations mentionnées n'ont donc pas la prétention d'être exhaustives.

Les profils des publics rencontrés lors des actions de terrain dans des centres sociaux, en quartiers prioritaires de la ville ou en ruralité peuvent être complémentaires avec les profils des personnes qui ont répondu au questionnaire en ligne, et les profils des personnes enquêtées de catégories socioprofessionnelles privilégiées. Ces dernières bénéficient d'un privilège de temps (Masclet, 2018), et de capital culturel<sup>5</sup>, au sens défini par Pierre Bourdieu, plus élevé qui confèrent des avantages spécifiques dans divers champs sociaux et participent à la reproduction des inégalités. Il est donc probable que ces profils soient surreprésentés parmi les répondant-es au questionnaire, et dans les entretiens individuels avec les personnes qui ont pris le temps de s'intégrer au projet. Bien que le questionnaire renseigne les zones d'habitations et les statuts professionnels des personnes concernées, ces éléments ne suffisent pas en eux-mêmes à circonscrire l'ensemble des disparités socio-culturelles. Comme le précise Daniel Gaxie, la persistance des inégalités s'accompagne de la dépossession politique des représenté.es<sup>6</sup>. Un capital culturel en adéquation avec le capital culturel dominant peut faciliter l'accès, la compréhension et la complétion de ce type de dispositif. D'autres facteurs peuvent également intervenir dans la participation à l'enquête.

Les résultats du questionnaire ont également permis de relever que cette étape de vie engendre des répercussions notables sur la trajectoire professionnelle et la vie personnelle des individu-es concerné-es en France.

Une part significative des enquêté-es, soit **50.7%** des répondant au questionnaire, rapporte des effets "plutôt gênants" à "préjudiciables" vécus dans le cadre de leur vie professionnelle. Les conséquences d'une mauvaise prise en charge des signes de la ménopause peuvent, dans un cadre professionnel, aller de la pose de congés à la

---

<sup>5</sup> Le capital culturel est ici l'ensemble des ressources culturelles que les enquêté-es doivent mobiliser pour avoir accès au questionnaire, et aux outils pour y répondre : maîtrise de la langue, accès à l'information, maîtrise des outils et la capacité à les mobiliser, compréhension des codes administratifs,...

<sup>6</sup> Daniel Gaxie et Editions Le Seuil, « Le cens caché », *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, vol. 5, n° 22, 1987, p. 29–51 ([DOI 10.3406/reso.1987.1237](https://doi.org/10.3406/reso.1987.1237))

démission, notamment en raison du manque de reconnaissance de cette réalité dans le monde du travail. La question de la trajectoire de la ménopause, associée au “bien vieillir” (Balard, 2024) ramène les personnes concernées au cœur de rapports de pouvoir, de normes de genre et d’inégalités d’accès aux soins et à l’information. Le récent rapport de la députée Stéphanie Rist<sup>7</sup> sur la question de la prise en charge de la ménopause en France, publié en avril 2025, pointe notamment les difficultés à obtenir des prises en charge adaptées, mettant en exergue les inégalités sociales et territoriales de santé.

## Profil du questionnaire en ligne

Ouvert le 5 février 2025 et clôturé le 31 mai 2025

- **Mode de diffusion** : Relais en ligne par les partenaires du Planning Familial 21 :

L'ARS, la Préfecture de Bourgogne-Franche-Comté, la CPAM, la ville de Dijon, la ville de Longvic, Harmonie Mutuelle, la MSA, la Maison des Seniors, l'Observatoire de l'âge, la CARSAT, l'AIST 21, Promotion Santé BFC, le réseau NON, ADEFO, le CCAS d'Auxerre, le CH d'Auxonne, l'Association Francegenre, le CICS, l'association Nous Toutes, le CIDFF 21, la Fondation des Femmes, l'association GreyPride, la CAF, la MDA de la ville d'Auxerre, le centre de Santé Solidaire d'Auxerre, le centre social de Tonnerre, le centre social La Ruche, le centre social La Maison Phare, le Centre social de Semur en Auxois, le centre social du Chatillonnais, le centre social d'Arnay le Duc, la maison France Services de Saint Jean de Losne, le centre social de Nolay, la Mairie de Trochères, le centre social d'Alésia, le centre de prévention de Troyes, le Bus Médiation Prévention

**L'antenne nationale du Planning Familial a également diffusé le questionnaire, et des diffusions papier lors d'événements publics ont été réalisées par le Planning Familial 21.**

- **Nombre de répondant·es** : 1083
- **Profils ciblés** : Personnes ménopausées ou en péri-ménopause

<sup>7</sup> RIST, Stéphanie. La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action [en ligne]. Rapport remis au Gouvernement. Paris : Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, avril 2025, 540 p. Disponible à l'adresse : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_menopause\\_en\\_france-rapport\\_et\\_annexes-04-25.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_menopause_en_france-rapport_et_annexes-04-25.pdf) (consulté le 20 mai 2025)

- **Âge des répondant·es** : 5 personnes répondant·es ont moins de 30 ans, 32 répondant·es ont plus de 70 ans, et la tranche d'âge qui inclut le plus de répondant·es se situe entre 50 et 54 ans, à raison de **31.4%** du total des répondant·es du questionnaire.
- **Zone d'habitation** : 53.8% de répondant·es en ruralité, 46.2% de répondant·es en zone urbaine et péri urbaine
- **Catégorie socio-professionnelle** : Agent·es de maîtrise : 7%, cadres : 44.3%, employé·es 39.4%, ouvrier·es 9.3%
- **Zone de diffusion du questionnaire** : **67.2%** des répondant·es en BFC, **32.8%** de répondant·es sur le territoire français, incluant les régions :

Ain, Aisne, Allier, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Calvados, Cantal, Charente-Maritime, Cher, Corse, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Creuse, Doubs, Drôme, Eure-et-Loir, Finistère, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Ile-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Jura, Landes, Loire, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Lozère, Maine-et-Loire, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Moselle, Nièvre, Nord, Oise, Orne, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Yvelines, Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne, Territoire de Belfort, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, la Martinique, la Réunion.

#### Limites du questionnaire :

**Biais de diffusion** : Les résultats issus du questionnaire en ligne ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de toutes les réalités, notamment parce qu'ils excluent de fait les personnes qui ne bénéficient pas d'un privilège de temps ou du capital nécessaire, c'est-à-dire les personnes les plus précarisées d'une manière générale. L'utilisation du numérique en tant que tel expose également à des biais excluant les personnes les moins à l'aise avec la technologie.

**Biais de représentation** : Ce questionnaire intègre également peu de répondant·es qui ne sont pas cisgenres, représentant au total 10.9% des répondant·es, pour qui les parcours de soin et de discrimination ne sont pas équivalents.

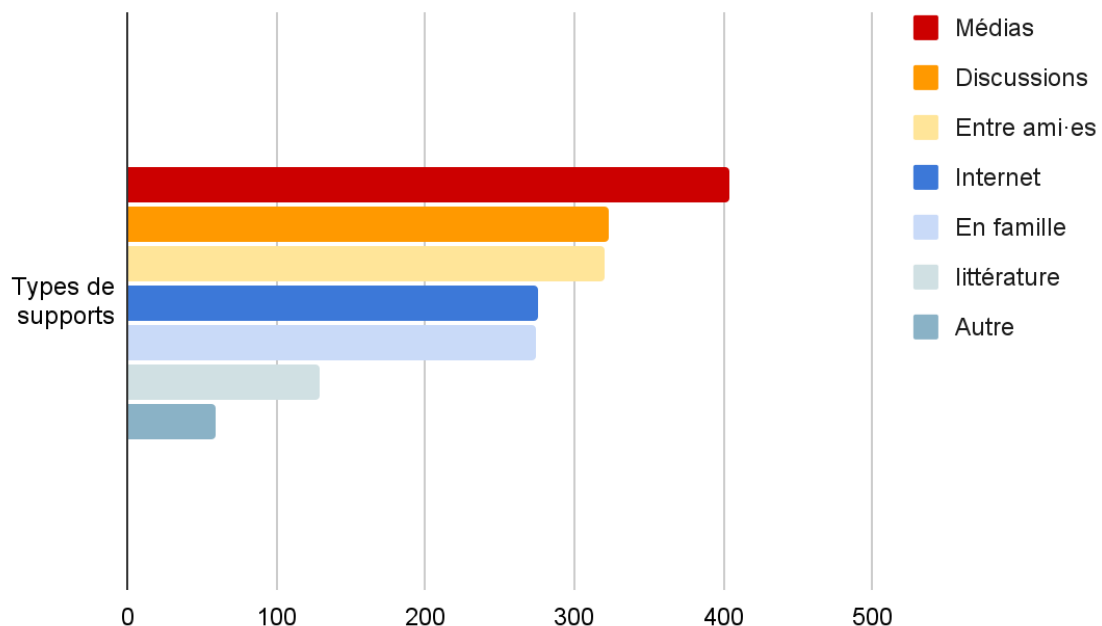
# 1. Accessibilité aux soins et à l'information avant et pendant la ménopause par les personnes concernées

## 1.A Stratégies informationnelles

La période de questionnement de la fin des menstruations ou de la traversée des premiers signes physiologiques déterminés comme étant ceux de la ménopause, est une période charnière dans la vie des personnes menstruées. C'est dans les interstices de ce parcours de santé que se nichent la plupart des inégalités aux soins et à l'information.

Depuis quelques années, la question de la ménopause émerge dans la littérature grand public et dans les nouveaux médias, sous forme de podcasts, de "cahiers" à remplir, de témoignages, d'essais, de capsules vidéo, etc. Cette diversification des formats permet de rendre le sujet plus accessible et de toucher un public plus large, en proposant des approches variées, souvent plus engageantes et positives que les représentations historiques.

### Supports utilisés pour s'informer sur la ménopause



*Notes : Dans ce questionnaire, le nombre de répondant·es indiquant utiliser le support “discussion” correspond à la réponse indiquée comme “groupe de discussion” dans le questionnaire en ligne. Cependant vu le nombre important de réponses, il est probable que le terme “groupe de discussion” ait été interprété comme “moments d’échanges” et non pas en tant que dispositif spécifique créé dans l’optique de valoriser l’expression, rassembler et libérer la parole. Il est donc restitué dans ce diagramme en tant que support informationnel “discussion” avec toutes les précautions que cela implique.*

Cependant, cette multiplication des supports et la volonté de rendre le sujet accessible soulèvent aussi la question de la qualité et de la fiabilité des informations transmises. Si ces nouveaux formats, et un accès simplifié au vécu des personnes concernées, participent à libérer la parole et à créer de nouvelles représentations de la ménopause moins stigmatisantes, ils véhiculent également des informations médicales partielles, voire erronées, ainsi que des injonctions parfois problématiques. Le Planning Familial 21 s’est entretenu avec une professionnelle de santé spécialiste en gynécologie médicale et obstétrique sur ce qu’elle constate de l’accès de ses patient·es aux informations concernant la ménopause :

**« Je pense que l’information qu’elles reçoivent est assez limitée [...] Je pense que ce qu’elles reçoivent c’est ce qu’elles lisent dans la littérature féminine, ou ce qu’elles entendent parler sur les réseaux sociaux par des gens qui ne sont pas médecins...[...] Je me souviens d’une remarque d’une patiente, qui m’a dit “Oh, mais on ne m’avait pas prévenu que ce serait ça !”. Pour certaines patientes, la ménopause, c’est un tsunami. Les bouleversements hormonaux sont tels qu’elles ne comprennent pas ce qui leur arrive. »**

*Entretien du 16 mai 2025 avec une gynécologue de la ville de Chenôve, 21166 (zone QPV)*

Face à ce constat, il apparaît que la démocratisation de la parole autour de la ménopause, qui a pour bénéfice de briser certains tabous, s’accompagne aussi de nouveaux défis. Les patient·es, en quête de réponses, se tournent vers des sources variées dont la fiabilité peut parfois faire défaut ou véhiculer des injonctions sur la manière de « bien vivre » sa ménopause. Un coup d’œil rapide sur quelques œuvres littéraires sorties entre 2019 et 2024 permet de constater la parution d’ouvrages qui promeuvent une sexualité qui se force<sup>8</sup>, en évoquant par exemple l’impératif à « *mettre la charrue avant les bœufs : même si vous n’en avez pas une folle envie, laissez-vous aller car le désir chez la*

<sup>8</sup> BAGOT, Odile. Ménopause, pas de panique ! Paris : Mango, 2021. ISBN 978-2-317-02210-4

*femme est souvent différé* », des incitations à la consommation d'alcool<sup>9</sup> en recommandant, afin de soulager les signes de la ménopause de « *boire un verre d'alcool ou deux par jour* », ainsi que des illustrations et postures grossophobes<sup>10</sup>. Ces discours s'inscrivent dans des mouvements "bien-être" et "lifestyle" qui émergent à la suite de la popularisation du sujet de la ménopause, et qui ont vocation à répondre aux questions face auxquelles les personnes concernées sont trop souvent laissées seules.

Il devient donc essentiel de renforcer le dialogue entre patient·es et soignant·es. Les professionnel·les de santé ont un rôle fondamental à jouer, non seulement pour corriger les idées reçues, mais aussi pour accompagner chaque personne dans cette étape de vie, en tenant compte de la diversité des vécus et des besoins. Cela suppose une meilleure formation des soignant·es sur ce qu'implique la trajectoire de la ménopause, ainsi qu'une attention plus spécifique portée à la communication sur ce sujet.

Les interventions réalisées dans des centres sociaux situés dans des quartiers prioritaires ont permis de constater que l'accès aux soins et à l'information circule beaucoup grâce aux actions des centres sociaux. Dans les ateliers menés, les bénéficiaires rencontrés ont utilisé l'espace de discussion pour échanger des informations entre elles, et ont posé beaucoup de questions pratiques centrées sur les connaissances de leur corps et la gestion des signes de la ménopause.

Cet espace a permis d'aborder la question des habitudes de santé des participant·es, et il a été constaté que le recours à des professionnel·les de santé n'est pas systématique. La barrière de la langue a notamment été soulevée par une usagère, qui a partagé son expérience difficile avec son ou sa médecin généraliste, à qui elle n'arrivait pas à exprimer correctement ses douleurs. Après une période d'errance, c'est finalement lors d'une discussion téléphonique avec sa mère, restée en Chine, qu'elle a pu comprendre, grâce à une forme de transmission maternelle, que ses douleurs étaient liées à l'arrivée de la ménopause.

Cette situation met en lumière l'importance des choix lexicaux et, plus largement, de l'attention portée à l'écoute et à la réception des vécus des publics, ainsi qu'à la transmission d'informations adaptées. Elle souligne aussi la nécessité de doter les professionnel·les de santé d'outils appropriés pour mieux communiquer avec des patient·es aux parcours et référents culturels variés. Comme le rappelle le concept de « discrimination fortuite »<sup>11</sup> développé par Jonathan Mann, tout programme de santé publique formulé dans un langage unique et dominant risque d'exclure celles et ceux qui ne partagent pas ce référentiel, renforçant ainsi les inégalités sociales de santé. La complexité des systèmes de

<sup>9</sup> *Mieux vivre la ménopause* - Isabelle Huot, Lyne Desautels, 2023

<sup>10</sup> *Ménopause, mon cahier* - Ingrid Haberfeld, Alice Wietzel, Audrey Bussi, 2024

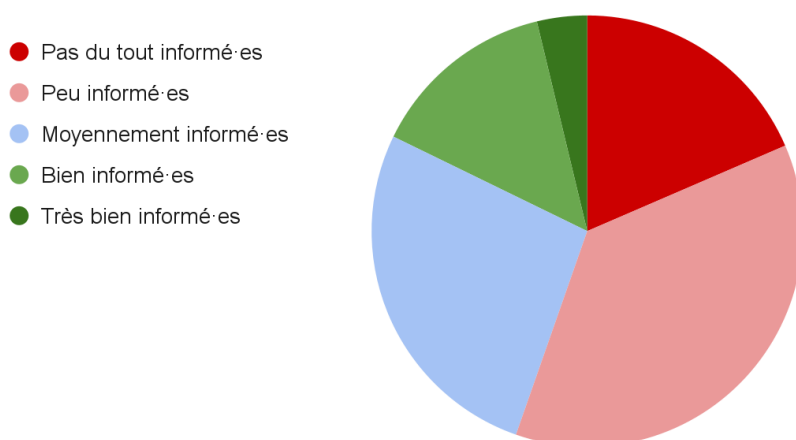
<sup>11</sup> J. MANN, Santé publique : éthique et droits de la personne - Public health : ethics and human rights, Santé publique 1998, volume 10, no 3, pp. 239-250

soins, combinée à des différences de niveaux de littératie, peut transformer des différences sociales en véritables inégalités de santé.

**« Par exemple, le concept de “discrimination fortuite”, développé par Jonathan Mann, avance que tout programme de santé publique formulé dans un message unique et exprimé dans un langage “dominant”, est *a priori* discriminatoire s’il postule que toutes les populations sont touchées de manière égale. La complexité des systèmes de soins, à travers le prisme des différences de niveaux de littératie, transformerait des différences sociales en inégalités de santé. »<sup>12</sup>**

Les résultats du questionnaire en ligne sur la question de l’information font émerger une tendance qui, si elle n’est pas surprenante, reste très saisissante : **55,3 %** des répondant·es, concerné·es par la ménopause ou péri-ménopause, se considèrent comme étant pas ou peu informé·es ce sujet.

Degré d’information perçu sur la ménopause parmi les répondant·es



Les entretiens<sup>13</sup> et groupes de discussion menés ont également fait remonter la difficulté des patient·es à recevoir l’information sur leur entrée dans la ménopause. À la question de savoir si elle se sent suffisamment informée, une des enquêtées explique son choix de ne pas absorber d’informations médiatiques et médicales sur le sujet :

<sup>12</sup> HENRARD, Gilles, KETTERER, Frédéric, GIET, Didier, VANMEERBEEK, Marc, BELCHE, Jean-Luc et BURET, Laetitia, 2018. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. Santé Publique, 2018/HS1 S1, p.139-143. DOI : 10.3917/spub.184.0139. URL : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-139?lang=fr>.

<sup>13</sup> Entretien du 25 juillet avec une bénévole du projet ménopause

**« Comme c'est présenté avec plein d'inconfort, on n'a pas envie de se renseigner. [...] C'est tellement montré comme une épreuve, qu'on a pas envie de se renseigner »<sup>14</sup>**

Les professionnel·les de santé consulté·es font part du manque de temps disponible à consacrer aux patient·es dans le cadre des prises en charges notamment des généralistes et gynécologues dont le temps de consultation est plus réduit que celui des sages-femmes, kinésithérapeutes,...

Lors des entretiens, il a été partagé la spécificité du suivi effectué par les sages-femmes, notamment d'un certain confort dans le cadre de ce suivi : les consultations effectuées par les sages-femmes s'organisent souvent sur un autre rythme qui permet aux patient·es d'évoquer à leur rythme des sujets délicats, comme celui de la ménopause.

### 1.B Accessibilité aux soins

Lors des interventions du Planning Familial, plusieurs participantes ont témoigné de leurs difficultés d'accès à certaines pratiques de soin qui, selon elles, leur auraient pourtant été bénéfiques. Par exemple, lors d'un des groupes de discussion<sup>15</sup>, une participante a partagé combien les signes de la ménopause sont source de souffrance pour elle. Elle a présenté les cures de thalasso-thérapie comme le seul remède réellement efficace pour soulager ses douleurs. Cependant, l'accès à cette thérapie s'est avéré compliqué pour elle car son médecin généraliste refusait de lui en prescrire, ne reconnaissant pas la légitimité de cette forme de thérapie dans le cadre de la prise en charge de la périménopause. Elle a donc mentionné devoir s'organiser seule, en mobilisant ses congés et ses économies, pour pouvoir bénéficier de ce soulagement.

Ces retours de terrain résonnent avec les résultats obtenus par le questionnaire :

**37,3%** des répondant·es estiment que les démarches concernant l'accessibilité aux solutions dont ils aimeraient bénéficier pour la prise en charge de leur ménopause **manquent d'accessibilité** mais sont réalisables.

**36,7%** estiment que ces démarches sont **très difficiles** à obtenir ou **impossibles** à obtenir /inaccessibles.

Il en ressort donc que pour une large proportion des répondant·es l'accessibilité aux soins est entravée.

---

<sup>14</sup> Entretien téléphonique du 17 janvier 2025, avec une participante au projet ménopause d'une cinquantaine d'années, résident en zone urbaine

<sup>15</sup> groupe du 10 septembre 2024 au Centre social de Semur-en-Auxois (ruralité, publics CPS+)

La question de l'accessibilité aux soins pour les personnes concernées par la ménopause se situe à l'intersection de la compréhension globale des enjeux liés à cet état de santé par les professionnel·les de santé, et de la reconnaissance de la ménopause comme un état nécessitant une prise en charge globale et coordonnée. La méconnaissance des bouleversements que l'arrivée de la ménopause impose aux corps se retrouve également dans le discours médical.

À la question posée aux professionnel·les de santé de si la ménopause a été évoquée dans le cabinet sous les termes d'arrêt de travail, d'aménagement de poste, de démission, ou de réorientation professionnelle, une généraliste a répondu :

**« Moi je suis pour que les femmes travaillent ! [...] Et la ménopause, ça a toujours existé ! »<sup>16</sup>**

Cette posture naturalisante écarte spontanément ce phénomène biologique des situations de santé qui pourraient rentrer dans le champ de certaines possibilités de prescription médicale ou de réflexion plus large sur l'articulation entre état de santé et parcours professionnel. Cela peut s'avérer critique pour les personnes à qui la péri-ménopause inflige des signes handicapant leur quotidien. La banalisation ou l'invisibilisation des symptômes, renforcée par le manque de formation des professionnel·les de santé et la persistance des stéréotypes, laisse de nombreuses personnes seules face à des troubles parfois très invalidants.

Cette diversité de perceptions contribue à un déficit de reconnaissance institutionnelle et à des inégalités d'accès à l'information, au soutien et aux soins, aggravant l'isolement des patient·es dont la qualité de vie est réellement affectée.

D'un autre côté, cette hétérogénéité des vécus, des signes physiologiques et des attentes complique l'élaboration de réponses médicales et sociales adaptées à toutes. La posture des soignant·es se conjugue à celle des individus ménopausé·es, pour qui la ménopause demeure souvent un sujet intime, voire tabou, souvent perçu comme une affaire strictement personnelle et rarement abordée dans l'espace public ou professionnel.

Il existe une différence dans la pratique de recours aux soins par ces publics, dans le sens où les publics des zones prioritaires, même dans des environnements qui ne sont pas classés déserts médicaux, n'ont pas systématiquement le réflexe de chercher une consultation pour des questions d'ordre intime.

Une de des enquêtées s'est rendue compte à 50 ans que malgré la nécessité qu'elle exprimait, elle n'avait jamais consulté de gynécologue. Dans le même groupe de

---

<sup>16</sup> Cabinet de médecins généralistes, centre ville de Dijon, 5 mai 2025

discussion<sup>17</sup>, deux autres participantes ménopausées ou en péri-ménopause n'avaient consulté un-e gynécologue que dans le cadre de leur grossesse. Pour une majeure partie des bénéficiaires des centres sociaux de zone prioritaire qui ont participé au projet, il est apparu plus naturel de s'intégrer à un groupe de discussion sur la ménopause que d'en parler à leur référent ou une référente de santé. Lors des groupes de parole ou interventions, le Planning Familial 21 a identifié des attentes de la part des personnes ménopausées sur des connaissances médicales. Dans ce cadre là, le Planning Familial 21 a été sollicité pour apporter ses connaissances médicales, alors que ce n'était pas son domaine de compétences.

Il semblerait que cette première approche dans ce cadre convivial et intimiste a contribué à un encouragement mutuel des participantes dans l'optique d'une consultation gynécologique qu'elles jugeaient nécessaire, et dont certaines n'avaient jamais bénéficié. La recherche informationnelle dans ces contextes s'oriente plutôt sur des questions physiologiques et pratiques, et fait émerger des pratiques de pair-aidance au sein du collectif.

Les interventions menées au sein de structures recevant des publics bénéficiant d'un capital social plus privilégié ont fait émerger des attentes toutes autres de la part des participantes, notamment à une demande moins forte à pratiquer des échanges d'expériences. Bien que les communications au sujet des groupes de discussions aient toujours inclus de manière visible l'expression "groupes de discussion", le Planning Familial 21 a régulièrement été confronté à une incompréhension de cette pratique. L'incompréhension a été marquante au point qu'en tout début de séance, une des participante d'un groupe recevant six collègues (toutes occupant des fonctions de cadre de santé ou de cadre supérieur) a fait part de sa déception à l'idée de cet atelier, en formulant, après avoir compris l'objectif de notre rencontre :

**« Si c'est pour parler, je pouvais le faire chez moi ! »**

*Verbatim extrait d'un groupe de discussion en zone rurale, public CSP+<sup>18</sup>*

Le Planning Familial 21 a globalement reçu de la part des publics les plus favorisés, une demande de transmission qui s'orientait plus vers des savoirs pratiques concernant leurs droits, les démarches à effectuer (vis-à-vis de leurs mutuelles, de leur emploi...), les interlocuteurs à solliciter pour avoir accès à des ateliers ou des soins, etc.

<sup>17</sup> Groupe de discussion mené dans un centre social situé en QPV à Dijon, le 11 oct. 2024

<sup>18</sup> Groupe de discussion au centre social de Semur en Auxois, du 14 novembre 2024

Concernant la totalité des personnes concernées enquêtées, la demande demeure dans son ensemble très forte sur les questions suivantes :

- Besoin de comprendre en amont (avant l'avis médical pouvant être vécu comme un couperet) les bouleversements potentiels de la ménopause et périménopause ;
- Besoin d'une communication globale qui permette une identification à des représentations positives de la ménopause et périménopause ;
- Besoin d'un accès facilité aux informations dans son parcours de santé, professionnel et personnel ;
- Besoin d'un encadrement et d'un soutien plus prononcé par des professionnel·les de santé formé·es sur la question.

## 2. Parcours médicaux et dé-médicalisation de la ménopause

Cette forte distance du monde médical évoquée dans la partie précédente, cohabite de manière paradoxale avec une forte pathologisation de la ménopause. L'ensemble de ces facteurs (difficulté à intégrer les personnes concernées dans des parcours de soin, associée à une stigmatisation) apporte des problématiques particulières.

La médicalisation de la ménopause doit être adaptée à chaque personne, en tenant compte de ses besoins et de ses attentes. Une surmédicalisation non sollicitée peut engendrer des effets négatifs, tant sur la santé physique que psychologique, et contribuer à une vision réductrice et négative de cette étape de vie. Il est donc crucial de privilégier une approche individualisée et de ne pas réduire la ménopause à une simple question médicale. Comme l'ont analysé Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière<sup>19</sup>, la tendance historique à présenter la ménopause comme une « *maladie de carence* » a participé à cette médicalisation excessive, en transformant une transition naturelle en état pathologique nécessitant systématiquement une intervention médicale.

La question médicale ne peut cependant pas se détacher de cette trajectoire de vie, et l'ensemble complexe de ce processus ne fait pas encore entièrement partie de la formation des professionnel·les rencontré·es par le Planning Familial 21 dans le cadre du

<sup>19</sup> LÖWY, Ilana et GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, 2006. Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, 2006/2 Vol. 25, p.48-65. DOI : 10.3917/nqf.252.0048. URL :

<https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-48?lang=fr>.

projet. Cette carence en formation et information est parfois comblée à titre individuel par les praticien·nes qui le souhaitent et/ou concerné·es par la situation, et parfois ignoré·es par celles et ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas s'intéresser plus en détails au sujet. L'écart de répartition des savoirs au sein des cabinets et l'inégalité d'accès aux soins ainsi qu'aux informations pour la patientèle se creuse un peu plus au travers de ces disparités.

## 2. A Emergence de la question dans la ménopause dans les cabinets de santé

Un peu moins de la moitié des répondant·es ont déclaré ne pas consulter de professionnel·les de santé dans le cadre de leur trajectoire de ménopause. **74,3% des personnes interrogées déclarent avoir eu accès à des informations concernant la ménopause en dehors de leurs professionnel·les de santé**, dont la majorité au travers des médias, tous médias confondus. Les discussions entre pairs arrivent à la seconde place en tant que source d'information hors du circuit médical.

Pour les **54.9%** de personnes à consulter un·e professionnel·le de santé dans le cadre de leur ménopause ou péri-ménopause, la chasse aux informations ne fait que commencer. Le Planning Familial a constaté que la transmission d'informations demeure lacunaire dans le cadre de la formation des praticien·nes consulté·es : généralistes, gynécologues, maisons de santé, sages-femmes, kinésithérapeutes,... Le sujet de la ménopause dans le cadre d'un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) en gynécologie est abordé au même titre que nombre d'autres pathologies (gynéco-endocrinologie, pathologies du vieillissement,...). Dans d'autres cursus, le sujet apparaît comme quasiment absent. Les sages-femmes, généralistes et gynécologues qui ont répondu à nos entretiens considèrent que dans l'ensemble de leur cursus, iels ont été insuffisamment ou pas du tout formé·es à cette question.

Ce manque de formation a parfois donné envie aux professionnel·les d'aller chercher plus de connaissances afin de mieux accompagner leur patientèle. Cependant, cette enquête permet de constater que les personnes enquêtées se forment en fonction de leur entourage et de leurs savoirs personnels. Une gynécologue exerçant à Chenôve<sup>20</sup> a fait part de l'absence de formation sur la ménopause enseignée au CHU de Dijon, et du besoin qu'elle a ressenti de se former elle-même au travers de livres, de congrès professionnels, de son expérience personnelle et de son apprentissage avec sa patientèle en ménopause ou péri-ménopause. Une enquêtée spécialiste en diététique et psycho-nutrition<sup>21</sup>, qui voit le

<sup>20</sup> Entretien du 16 mai 2025 avec une gynécologue d'un cabinet médical et obstétrique de la ville de Chenôve, en QPV

<sup>21</sup> Entretien du 11 mars 2025, spécialiste en diététique et en psycho-nutrition pratique dans une maison de santé en ruralité (21)

sujet de la ménopause émerger dans son cabinet au travers la question du poids pris durant la ménopause et la gestion des bouffées de chaleur, a choisi de se former par l'expérience d'une de ses collègues de cabinet, elle-même ménopausée, qui a transformé son expérience personnelle en formation auprès des professionnel·les de santé.

Le manque d'information et de formation accordé aux professionnel·les de santé qui doivent accompagner les personnes ménopausées dans leur parcours de vie peut parfois se transformer en longs mois d'errance médicale, par méconnaissance de la complexité des signes de la périménopause encore mal identifiés.

**« La pluralité des symptômes et le besoin d'évaluation globale des femmes devraient entraîner le développement d'un travail pluridisciplinaire ou coordonné, fondé sur une complémentarité des compétences et des responsabilités. Il est essentiel que les symptômes ne soient pas pris isolément, mais bien identifiés comme pouvant être liés à la ménopause. Enfin, lorsqu'un professionnel non-médecin est consulté en première intention, il doit être en mesure d'orienter la patiente vers un médecin pour un bilan plus approfondi si nécessaire. »**

Rist, Stéphanie.

*La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action, p. 24*

Une participante aux groupes de discussion a fait part de ses difficultés à faire diagnostiquer ses douleurs de ventre.

**« Quand je dis que j'ai un truc, on ne veut pas me croire [...] c'est comme si j'avais mes règles, mais depuis trois mois [...] Si on a pas un manque de libido et des bouffées de chaleur, on est pas une femme de 50 ans. »**

*Entretien téléphonique du 17 janvier 2025, avec une participante au projet ménopause d'une cinquantaine d'années, résidant en zone urbaine*

Elle évoquait depuis quelque temps de fortes douleurs, handicapantes dans la vie quotidienne, à son médecin généraliste. Ce dernier, au vu de l'absence de signes typiques de la ménopause, n'a pas fait le lien entre ces douleurs inexplicables et l'entrée dans la périménopause de sa patiente. C'est finalement au bout de plusieurs mois d'errance médicale et de difficultés quotidiennes, que la question de la ménopause a pu se poser, à l'initiative de la patiente, et mettre un terme à ses souffrances.

Les professionnel·les de la santé ayant contribué à l'enquête ont tous et toutes signalé l'immense lacune dans leur savoir concernant la ménopause, qu'ils essayent de combler par leurs engagements personnels. Les praticien·nes qui ont pris le temps de répondre à nos sollicitations portent avec elles et eux le risque de biaiser une partie des perceptions de l'enquête, au regard de leurs engagements pour la considération de cette question dans le

cadre thérapeutique. Il est légitime de se demander de quel accompagnement bénéficient les patient·es qui ne sont pas encadré·es par un·e professionnel·le de santé aussi soucieuse ou soucieux de cette question.

Dans un cabinet de médecin du centre ville de Dijon, trois généralistes dont une avec une spécialité en gériatrie, et deux qui ont suivi un DU en gynécologie ont accepté de répondre aux questions concernant leur formation à l'accompagnement de la ménopause :

**Enquêtée 1 : « On en parle assez peu. »**

**Enquêtée 2 : « C'est un sujet que l'on effleurait. »**

**Enquêtée 3 : « Même les gynécos ne sont pas d'accord entre eux, alors... »**

**Enquêtée 1 : « Non, niveau formation, il n'y a pas grand chose dans les études médicales, et même après, c'est pas forcément abordé, finalement. On le voit parce que les femmes viennent nous en parler, en fait, plus que par formation. »**

**Enquêtrice du PF21: « Quand vous dites “très peu formé·es, cela correspond à quoi ? »**

**Enquêtée 2 : « Les cours d'externat, c'est 10 diapos sur...**

**Enquêtée 3 : Et la gynéco, et gynéco c'est en quatrième année, je crois. Le DU de gynéco on l'a fait toutes les deux, et pareil il doit y avoir 10 diapos**

**Enquêtée 1 : « Mais de manière générale de toutes façons même les gynécos n'aiment pas ça, ils n'aiment pas en parler, ils ne sont pas d'accord sur ce qu'il y a à faire, et il n'y en a pas un qui fait la même chose, ... »**

**Enquêtée 2 : « Et au final c'est à nous que les femmes viennent en parler, c'est pas à leur gynécos. Leur gynéco prescrit la pilule et il fait les frottis, c'est tout !**

**Enquêtée 1 : « Oui c'est ça, et souvent, “ah oui j'en ai parlé à mon gynéco, mais heu... »**

**Enquêtée 2 : « il m'a dit “bah oui c'est normal, c'est l'âge !” »**

**Enquêtée 1 : « il m'a prescrit un ovule et il m'a dit “on se revoit dans un an, mais c'est tout” » [...]**

**Enquêtrice du PF21: « Du coup, vous récupérez, vous des patient·es qui ont eu des déboires avec leurs gynécologues ? »**

**Enquêtée 2 : « Bah oui ! »**

**Enquêtée 1 : « Bah pas avec leur gynécologue, mais disons, de toute façon le gynécologue il les voit une fois par an, si ce n'est moins... Il n'a pas la place pour les voir plus. Et donc elles vont tester un traitement, et si ça va pas c'est nous, hein. Et encore, parce qu'on est à Dijon et que beaucoup de femmes ont un gynéco parce que dans l'Yonne il n'y a pas de gynéco, donc... »**

**Enquêtée 2 : « Ni de sage-femme. Enfin, pas beaucoup. »**

**Enquêtée 1 : « Et pas beaucoup de sage-femmes, donc pour le coup...»**

**Enquêtrice du PF21: «Vous avez travaillé dans l'Yonne? »**

**Enquêtée 1 : « Oui ! »**

**Enquêtée 2 : « Oui ! »**

**Enquêtée 3 : « Moi aussi. »**

**Enquêtée 1 : « Et en fait en rural pour le coup c'est le médecin généraliste qui gère tout, parce que de toutes façons les gynécologues dans l'Yonne il doit y en avoir une petite dizaine, et ils font que les trucs que personne ne peut faire à leur place : les suivis de grossesse, et les accouchements ! »**

A ces explications de praticien·nes, se joignent des mails reçus par le biais du questionnaire en ligne, de personnes qui ont souhaité s'exprimer plus amplement que le questionnaire ne le leur permettait. Une participante a fait part de sa situation d'errance médicale, qui a été stressante et douloureuse, pour elle :

**«[...] Malgré tous les désagréments, cette période m'amène à m'émanciper encore davantage du milieu médical qui n'apporte que peu d'aide aux femmes. Et à me permettre de parler de cette période, qui, là où d'autres sont plus ouvertement abordées, reste, à mon avis, un vrai tabou. [...] Ma généraliste (qui a une "spécialisation en gynéco") est allée jusqu'à m'envoyer consulter un neurologue au CHU, pour des tremblements, dont j'ai découvert quelques mois plus tard dans un article du Monde, qu'ils faisaient partie des symptômes de la ménopause. Mon acupunctrice m'a dit "je vais vous régler ça en deux temps trois mouvements" et cela n'a eu aucun effet... J'ai essayé d'arrêter mon traitement hormonal (œstrogène et progestérone) il y a un peu plus d'un mois et les insomnies sont redevenues insupportables, donc cette nuit j'ai craqué, en sachant que la première fois j'avais pris 8 kilos en quelques mois (passée de 56 à 64 kg...), avec l'impression de ne vraiment plus reconnaître mon corps. Donc je stresse de reprendre à nouveau»**

*Extrait d'un témoignage en retour au questionnaire en ligne, reçu par courrier électronique le 15 mai 2025*

Le très peu de temps de formation accordé à l'inévitable trajectoire des 35 326 405 personnes menstruées que compte actuellement la France, dont 17,2 millions de personnes sont actuellement en train de traverser la ménopause, selon les chiffres présentés dans le dernier rapport sur la prise en charge de la ménopause en France<sup>22</sup>, mené par la députée Stéphanie Rist est questionnable. Lorsqu'une consultation est

<sup>22</sup> Rist, Stéphanie. *La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action*, p. 15. Rapport remis au gouvernement, 9 avril 2025. Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_menopause\\_en\\_france-rapport\\_et\\_annexes-04-25.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_menopause_en_france-rapport_et_annexes-04-25.pdf)

sollicitée dans le cadre d'un suivi lié à la ménopause, les possibilités d'une interprétation et compréhension satisfaisante des signes de la ménopause restent limitées par le temps et les connaissances que le ou la professionnel·le de santé peut consacrer au sujet. Les solutions thérapeutiques proposées restent quant à elles dépendantes des croyances et des connaissances personnelles du ou de la praticien·ne, notamment dans les nombreux cas où il n'y a pas reconnaissance ou consensus sur l'efficacité ou la dangerosité des pratiques. Cette enquête permet de faire émerger un vrai besoin d'informations complètes et fiables de la part des professionnel·les de santé rencontré·es qui, soucieuses et soucieux du bien-être de leur patientèle, se saisissent volontiers des moyens à leur disposition pour affiner leurs connaissances et la qualité de leur accompagnement.

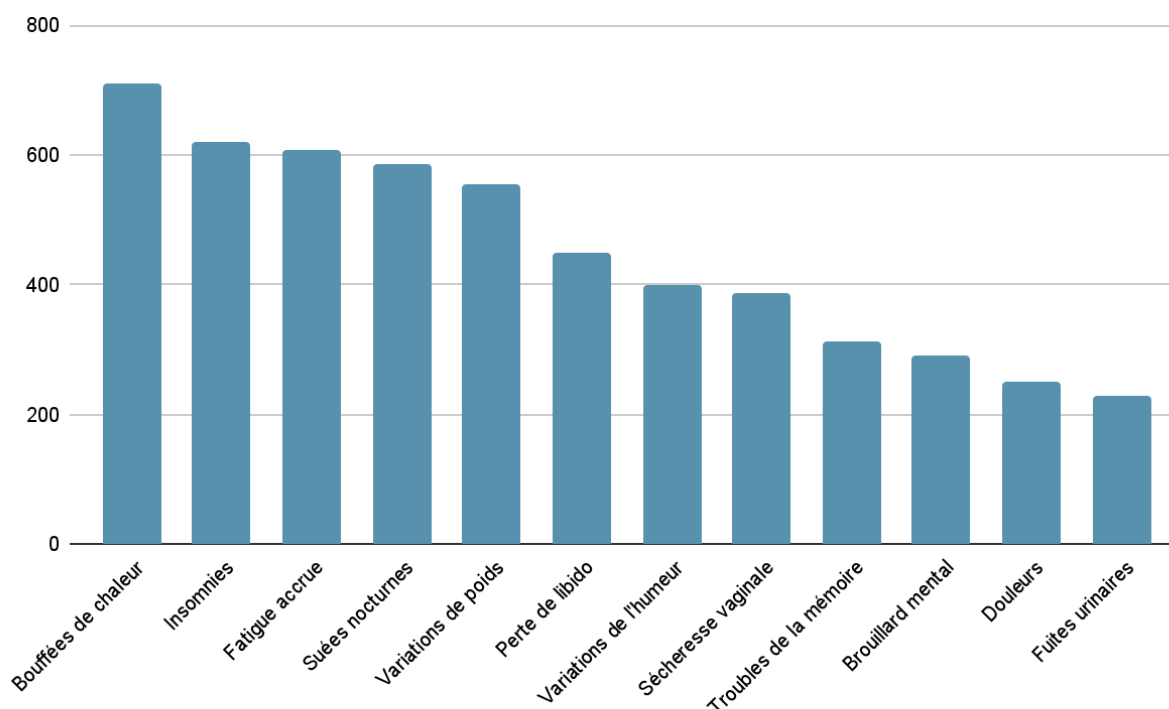
## 2.B Solutions mobilisées par les patient·es

Les résultats cités précédemment ont permis de constater que les stratégies accessibles et mobilisées pour gérer les signes de la ménopause fluctuent en fonction de nombreux paramètres, parmi lesquels peuvent être inclus de manière non-exhaustive :

- La/les spécialités des professionnel·les consulté·es et accessibles ;
- Les croyances et les expériences personnelles des praticien·nes ;
- Le capital culturel des personnes concernées (incluant l'accès à l'information, la transmission familiale...) ;
- Le capital économique des personnes ménopausées (notamment dans le cadre des produits non remboursables ou non prescrits par le ou la professionnel·le de santé, l'accessibilité à certaines pratiques de soin complémentaires, médecine douce...).

Selon les réponses recueillies grâce au questionnaire en ligne, douze symptômes les plus fréquemment ressentis durant la périménopause ont pu être identifiés. Ils sont présentés ci-dessous sous la forme du diagramme ci-dessous, illustrant leur prévalence au sein de l'échantillon interrogé.

## Principaux signes physiologiques de la ménopause



■ sur un total de 1075 personnes concernées par la péri-ménopause, répondant au questionnaire

Les bouffées de chaleur, les insomnies, la fatigue accrue, les variations de poids, sont des signes qui concernent, indépendamment les uns des autres, plus de la moitié des personnes répondant-es à ce questionnaire.

Les entretiens individuels et échanges dans le cadre des groupes de discussion ont fait remonter que la survenue de bouffées de chaleur peut revêtir une dimension particulièrement envahissante chez les personnes occupant des postes à responsabilités ou des fonctions d'encadrement. Le fait de devoir maintenir une posture professionnelle, d'autorité ou de leadership expose davantage ces individu-es à un sentiment de vulnérabilité ou de perte de contrôle lors de la survenue de ces signes. Cette situation peut générer un malaise ou une gêne, vis-à-vis des collaborateur·rices ou partenaires, car les manifestations physiques des bouffées de chaleur sont susceptibles d'être perçues comme des signes de faiblesse ou d'instabilité. Remettant ainsi en question l'image professionnelle, possiblement déjà mise à mal par les stigmatisations liées à la baisse de performance associée aux corps vieillissants, spécifiquement les corps perçus comme féminins. Les

bouffées de chaleur sont à la fois le symbole du passage par la ménopause, et le symbole d'un tabou encore très ancré, quels que soient les milieux socio-culturels.

Lors d'un entretien avec une gynécologue exerçant en QPV<sup>23</sup> (Quartier prioritaire de la politique de la Ville) en zone urbaine (21), cette dernière a fait remonter le mal-être de ses patientes lié aux bouffées de chaleur, et spécialement à la stigmatisation qui entoure ce signe :

**« Ça reste encore quelque chose de tabou. J'ai eu une remarque assez marrante d'une patiente il n'y a pas très longtemps, qui avait eu des bouffées de chaleur. C'est quelqu'un qui est très libre. Qui a une liberté de parole et qui s'exprime. Elle était avec ses collègues masculins, et à un moment elle a eu des bouffées de chaleur, et elle a ouvert la fenêtre, elle a dit "Ohlala j'ai mes bouffées de chaleur, c'est la ménopause !" Et il y a un de ses collègues qui lui a dit "Ohlala mais tais-toi, il faut pas dire ça !" Voilà. Donc c'est vraiment tabou. Une femme n'a pas le droit de dire qu'elle est ménopausée et qu'elle a des bouffées de chaleur, ça ne se dit pas ! »**

Selon le site internet de l'assurance maladie AMELI<sup>24</sup>, le traitement hormonal de la ménopause (THM) est particulièrement indiqué, avec toutes les recommandations de prudence à l'utilisation qu'on lui connaît, dans le cadre de l'apaisement des bouffées de chaleur. Malgré l'efficacité du THM sur le principal signe de péri-ménopause que sont les bouffées de chaleur, le traitement hormonal reste très peu prisé par les personnes concernées. Dans le questionnaire en ligne réalisé, sur un total de 1083 répondant·es : 471 soit **43,5%** ont répondu s'opposer catégoriquement aux traitements hormonaux.

Les gynécologues rencontrées ont exprimé l'importance du temps de qualité dédié aux explications des risques, des bénéfices et du fonctionnement du traitement hormonal, dans l'acceptation de celui-ci au sein des parcours de soin de leur patientèle. Le manque d'informations référentes sur le sujet semble agir comme un frein à la bonne mise en place de ce protocole de soin, tant du côté des praticien·nes que des patient·es.

Lors de l'observation des solutions mises en place avec des professionnel·les de santé, le pourcentage de traitements non hormonaux et accessibles sans ordonnance prescrits par les professionnel·les de santé est supérieur à celui des traitements hormonaux (THM/THS) prescrits.

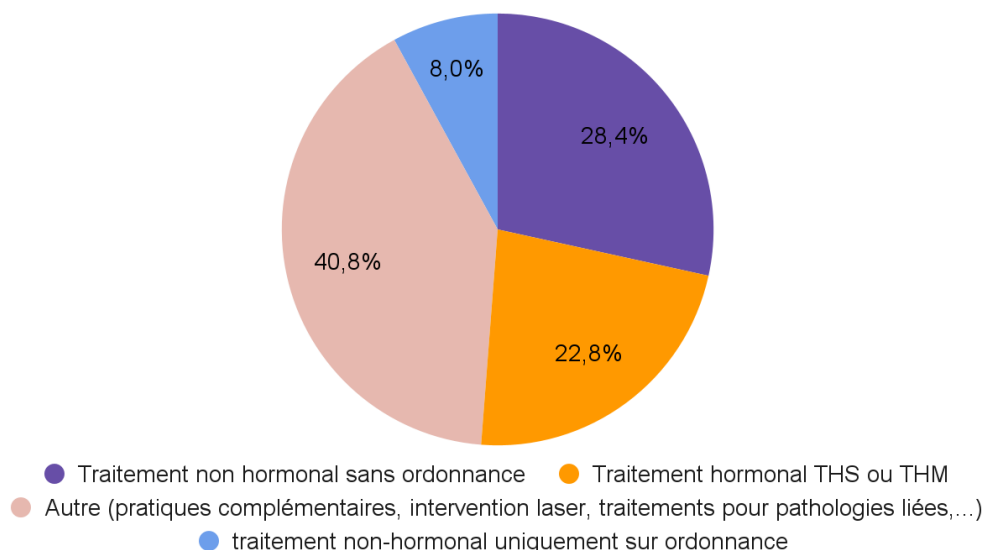
Les stratégies de gestion des signes de la ménopause mises en place entre les

<sup>23</sup> Ces quartiers sont définis par des critères comme le niveau de vie des habitants, la pauvreté, l'accès difficile à l'emploi, à l'éducation, au logement et aux services publics.

<sup>24</sup> <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/menopause/traitements>, consulté le 23 mai 2025

praticien·nes et les personnes concernées se répartissent selon le diagramme suivant :

#### Répartition des soins mis en place avec les praticien·nes



Les traitements non hormonaux sont régulièrement prescrits par les médecins et utilisés par les patient·es, dont **28,4%** d'entre eux/elles achètent et consomment, par exemple, des compléments alimentaires dans le cadre de leur auto-prise en charge des signes de la ménopause. Ces traitements non hormonaux ne sont cependant pas remboursés par la Sécurité sociale et, tout comme l'accès aux cures thermales, aux ateliers de mobilité et à d'autres prises en charge non reconnues, ils sont donc implicitement réservés aux patient·es dont le capital économique permet ces extras.

Le contexte environnemental pourrait influencer légèrement la prise en charge par traitement hormonal puisqu'en zone rurale, 10.7% des répondant·es ont affirmé avoir pris un traitement hormonal, tandis qu'en zone urbaine et péri-urbaine, le nombre de personnes affirmant avoir mis en place un traitement de type THM (traitement hormonal de la ménopause) ou THS (traitement hormonal substitutif) grimpe à 17.3%. Il n'est pas possible de définir pleinement les causes de cet écart, mais au vu des problématiques de déserts médicaux soulevées par les professionnel·les de santé rencontré·es, un lien concernant l'accessibilité à ces solutions est tout à fait envisageable.

Les médecines alternatives telles que la phytothérapie, l'acupuncture, les compléments alimentaires, l'ostéopathie, les méthodes de relaxation, l'homéopathie,... sont régulièrement sollicitées, tant par les personnes en péri-ménopause que par les médecins, généralistes,

gynécologues, ou autres. Les médecins généralistes et gynécologues consulté·es dans le cadre de ce baromètre s'accordent à dire que les signes de la ménopause, s'ils sont très conséquents et gênants pour la vie du ou de la patient·e, ne peuvent être entièrement réglés avec une prescription non-hormonale, et ce sont généralement dans ces cas plus compliqués qu'une mise en place d'un THM peut être indiquée. Du côté des patient·es, les principales raisons de l'intérêt pour une médecine alternative, accessible sans ordonnance et par leurs propres moyens sont <sup>25</sup>:

- **La recherche de solutions sans risques.** Les polémiques et avis médicaux divergents sur la dangerosité des traitements hormonaux de la ménopause contribuent à créer un climat de méfiance sur la question, générant une charge de travail supplémentaire pour les praticien·nes qui doivent travailler au bien-être de leur patientèle en composant avec l'image très négative que porte le traitement hormonal.
- **Le manque d'écoute et de disponibilité** des praticien·nes surchargé·es, notamment dans le cas des gynécologues qui doivent assumer en ruralité une quantité de patient·es telles qu'ils ne peuvent les recevoir que très peu de fois dans l'année, contribue à la sensation de manque d'information générale.

**« Tout ça est très ancien pour moi. Surtout l'annonce par ma généraliste de ma ménopause précoce a été très brutale, par téléphone. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

Une participante au projet confie dans un entretien<sup>26</sup> qu'elle attend sa ménopause avec impatience, à cause de douleurs de règles qui lui abîment tellement le quotidien qu'elle a eu des projets d'ablation de l'utérus. Elle fait part de cette attente de la fin de ses règles, et donc de la ménopause, à sa/son médecin généraliste, qui lui rétorque une phase, qu'elle resitue lors de l'entretien, encore choquée de ce qui lui a été lancé au visage :

**« Bah, après, c'est pire ! »**

Elle explique être sortie effondrée et en larmes du cabinet médical, face aux propos de son/sa médecin considérant la suite de sa trajectoire de personne menstruée.

- **La méfiance ou une forme de déception** envers la médecine, qui au-delà du manque d'écoute et de temps, s'est parfois révélée brutale dans les entretiens

<sup>25</sup> Liste non exhaustive, basée sur les informations récoltées lors de nos entretiens semi-directifs et entretiens informels avec des personnes concernées, des bénévoles du projet ménopause, des professionnel·les de santé.

<sup>26</sup> Entretien du 8 novembre 2024, avec une participante au projet habitant en zone urbaine, de catégorie socioprofessionnelle favorisée.

qualitatifs menés, influent sur la distance que les patient·es souhaitent prendre avec la médecine conventionnelle.

**«[...] Malgré tous les désagréments, cette période m'amène à m'émanciper encore davantage du milieu médical qui n'apporte que peu d'aide aux femmes. Et à me permettre de parler de cette période, qui, là où d'autres sont plus ouvertement abordées, reste, à mon avis, un vrai tabou. »**

*réponse d'une participante au questionnaire en ligne, reçue par courrier électronique le 15 mai 2025*

**« Manque de formation des professionnels. Trouver des médecins à l'écoute fut un parcours du combattant. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

**« Les médecins en général ne nous parlent jamais des symptômes de la ménopause et ne font pas le rapprochement avec nos symptômes. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

**Mon médecin me dit que je suis trop jeune pour être en pré-ménopause. Du coup je n'ose plus lui en parler, je subis les désagréments. » «**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

**« Aucun échange ni avec mon ancienne généraliste ni avec ma gynéco, heureusement j'ai consulté une sage-femme qui m'a écoutée. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

- **Un entourage et des lectures contemporaines/consommations médiatiques**, qui depuis plusieurs années, encouragent le retour à des méthodes dites “naturelles”, et à un “lifestyle” de la ménopause, compensant la distance qui se marque avec les praticien·nes de santé.
- **Un besoin d'accompagnement quotidien**, qui n'est pas comblé par un lien aux professionnel·les de santé spécialisé·es<sup>27</sup>.

**« Je trouve qu'on devrait proposer plus largement des solutions aux femmes qui ne veulent pas prendre de traitements hormonaux. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

---

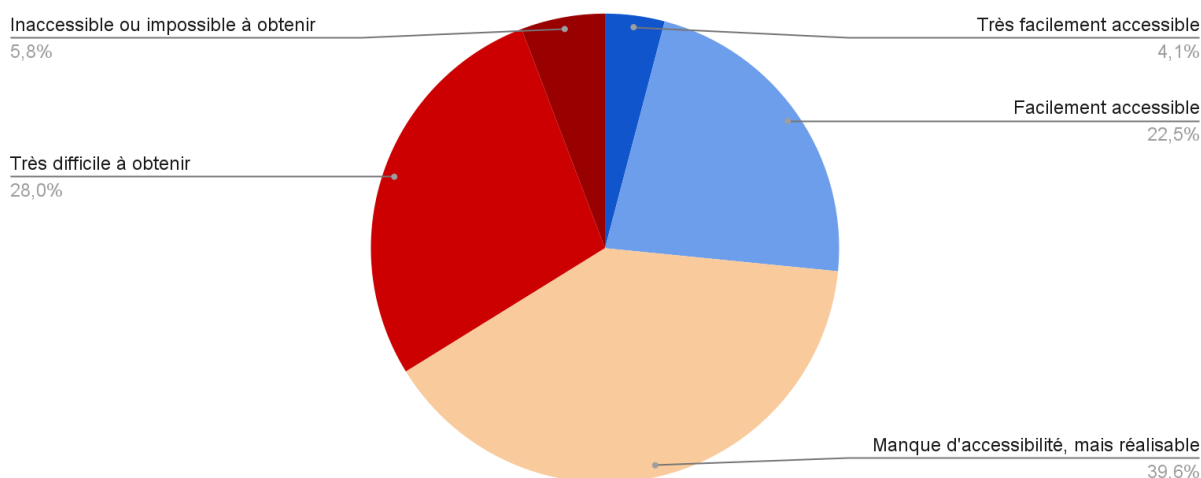
<sup>27</sup> En page 12 de ce document : extrait de l'entretien dans un cabinet de médecin du centre ville de Dijon, ou trois généralistes dont une avec une spécialité en gériatrie, et deux qui ont suivi un DU en gynécologie ont parlé de l'accompagnement reçu par les patient·es

La question de la facilité d'accès aux soins doit se penser sous plusieurs angles :

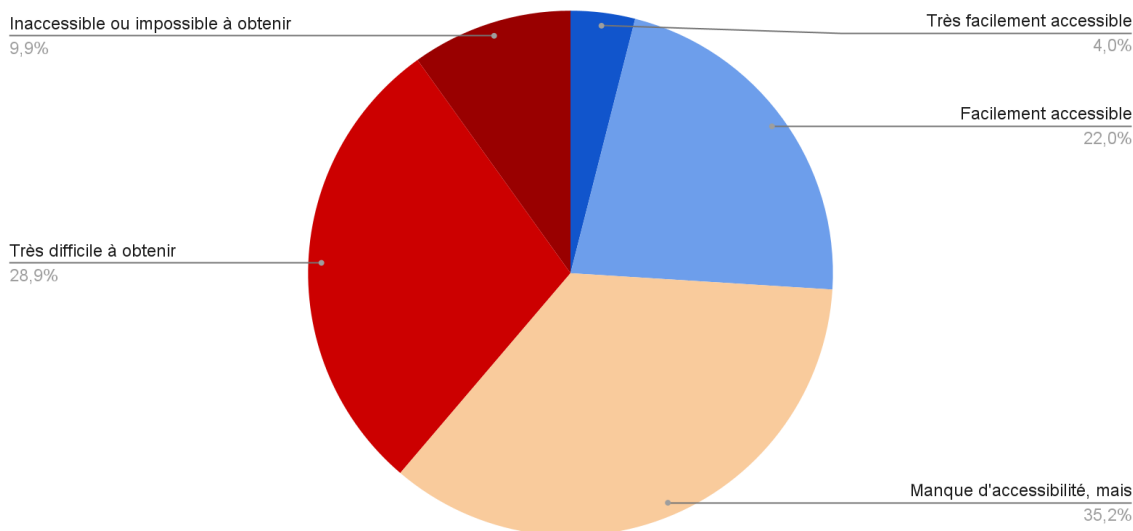
- La facilité d'accès aux informations qui permettent d'envisager ces soins (conseils de praticien·nes adaptés aux problématiques, supports de communication adaptés, ...) ;
- La facilité d'accès aux structures et praticien·nes qui permettent ces soins (géographique, administratif, temporel, numérique, accessibilité inclusive, ...) ;
- La facilité d'accès économique à ces soins.

Basé sur une échelle de Likert, il a été demandé aux répondant·es du questionnaire en ligne *Ménopause, un enjeu de santé actuel : prévention et sensibilisation* d'évaluer l'accessibilité aux soins dont iels bénéficient ou aimeraient bénéficier durant la trajectoire de leur ménopause :

#### Accessibilité aux soins des publics en zones urbaines et péri-urbaines



### Accessibilité aux soins des publics en zones rurales



L'estimation de difficulté d'accès aux soins entre les publics en zones urbaines et péri-urbaines et les publics en zones rurales souffre d'une légère augmentation de la difficulté d'accès pour les publics en ruralité, passant de 5.8% d'inaccessibilité en zone urbaine, à 9.9% d'inaccessibilité en ruralité.

Dans l'ensemble, les publics des zones rurales estiment leurs soins comme étant " très difficiles à obtenir ou inaccessibles" dans 38% des cas, quand les publics en zones urbaines et péri-urbaines sont 33.8% à souffrir de ces mêmes difficultés d'accès.

Si les l'écart de ces difficultés n'est pas extrêmement marqué et conserve une certaine homogénéité, les chiffres restent préoccupants.

### 2.C Vers une sortie de la médicalisation ?

Sur les maquette officielles actuelles (parues en 2017) du DES en gynécologie médicale<sup>28</sup> de l'université Paris Cité, la ménopause est principalement abordée sous un angle physiologique et clinique (symptômes, diagnostic, traitement), sans module dédié à l'approche globale, sociale ou psychologique de la ménopause. Logiquement, cet angle s'est vérifié dans les entretiens réalisés avec les professionnel·les de santé, dont les

<sup>28</sup>Maquette proposée par l'université Paris Cité,  
<https://u-paris.fr/medecine/wp-content/uploads/sites/24/2022/02/MAQUETTE-D.E.S.-GYNECOLOGIE-MEDICALE.pdf>

méthodologies n'incluent pas ou peu la dimension sociale de la ménopause. Cette étape de vie se retrouve presque uniquement au travers des signes physiologiques et désagréments qui la composent parfois. La question de l'arrêt de la fertilité découlant de la cessation des menstruations reste elle aussi, sauf exception, une notion secondaire qui apparaît peu dans les discours des personnes rencontrées, concerné·es ou soignant·es. La très grande visibilité donnée aux signes physiologiques a également pour conséquence de laisser entendre que la ménopause ne peut se penser qu'au travers de ces signes et désagréments.

Considérer la ménopause exclusivement sous l'angle médical contribue à en faire un tabou, à véhiculer une image négative et à isoler les personnes concernées. Le Planning Familial 21 remarque particulièrement la force de cet isolement lorsque, dans le cadre des échanges informels avec des partenaires ou des participant·es, le projet ménopause est évoqué. Les personnes, si elles sont ou ont été concernées, s'emparent de cet espace de discussion pour apporter leur témoignage, qui n'a été que très peu voire pas écouté. Le Planning constate, spécialement dans ce cadre d'échanges informels avec des personnes qui ne se sont pas spécialement mobilisées à cause des difficultés que cette étape de vie leur a fait traverser, que la ménopause apparaît régulièrement comme un fort soulagement. En sortant d'une vision pathologisante, il est possible de transformer le regard porté sur la ménopause, la considérant comme une transition "normale" et potentiellement positive.

Selon une enquêtée du questionnaire en ligne, qui n'a pas consulté de professionnel·le de santé lors de sa ménopause et périménopause, et pour qui les signes de la ménopause se sont révélés absents, considère que le sujet est :

**« Abordé de façon trop négative par la médecine. »**

La question de la médicalisation de la ménopause a été soulevée par des participant·es qui ont évoqué un besoin de s'autonomiser, et de pouvoir accéder à suffisamment d'informations pour prendre iels-mêmes en charge, autant que possible, leurs signes de la ménopause. Cette discussion a fait suite au témoignage d'une participante <sup>29</sup> qui a été choquée voire inquiète du comportement de sa médecin généraliste lorsqu'elle a parlé de sa ménopause. La ménopause pour elle n'a été qu'une formalité définie par une absence de règles, et elle n'a vécu ni signes ni contrariétés liées à cette transition. Cependant à l'évocation de sa transition vers la ménopause, sa médecin généraliste lui a rédigé une ordonnance de plusieurs médicaments dont elle n'avait pas l'utilité immédiate, dans une optique de prévention. Lors de notre entretien, l'enquêtée évoque l'anxiété qui a

---

<sup>29</sup>Entretien semi-directif du 18 mars 2025 avec une participante au projet, résidant au centre-ville de Dijon, appartenant à une catégorie socioprofessionnelle favorisée (CSP+).

pesé sur elle à ce moment-là, de se voir médicalisée pour quelque chose qu'elle pensait ne pas être un problème. Son affiliation professionnelle au secteur médical lui a permis de prendre du recul sur la prescription de sa médecin, et de ne pas s'enfermer dans l'image pathologisante qui lui a été donnée alors.

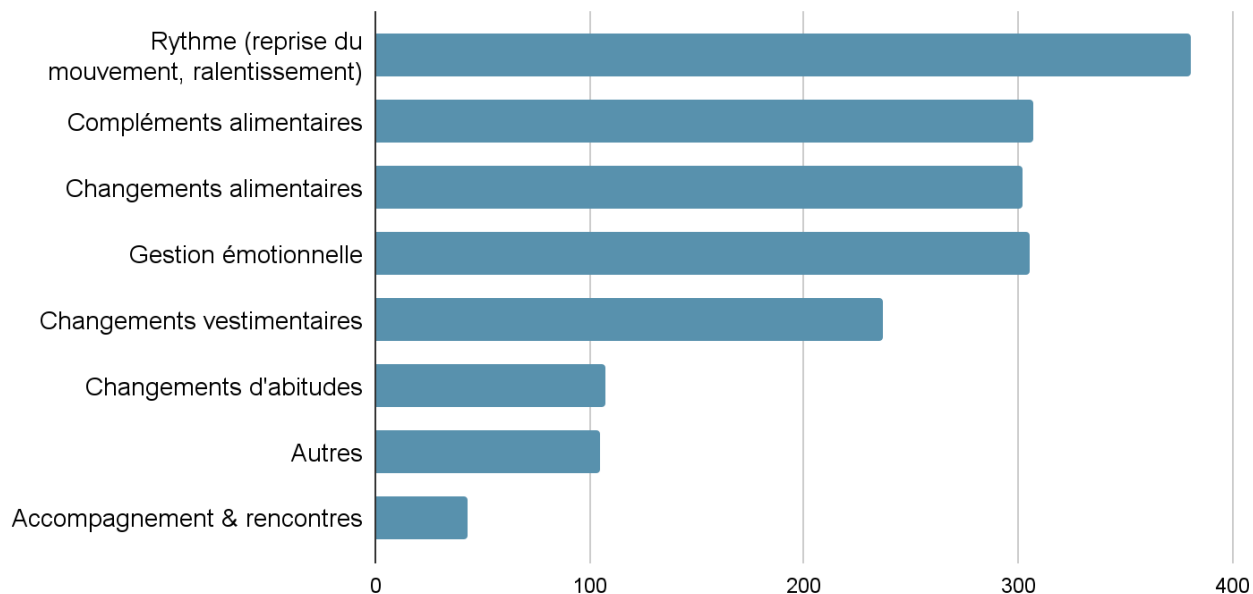
Si cet entretien n'évoque qu'un simple malentendu entre soignant·es et soigné·es, il met cependant l'accent sur l'approche pathologisante qui pèse sur les personnes en pérимénopause, et les conséquences parfois retentissantes sur leur moral et la perception de leurs corps et de leurs capacités.

Les personnes concernées par des signes parfois envahissants de la pérимénopause mettent en place des stratégies de soin et de prise en charge de leurs signes pour adapter leurs besoins immédiats à leur quotidien ou à un apaisement sur le moyen terme. Dans ces cas, les inégalités d'accès aux ressources et aux environnements propices (environnements professionnels, structures publiques, moyens financiers, environnement familial,...) influent fortement les réponses que les personnes concernées peuvent s'offrir.

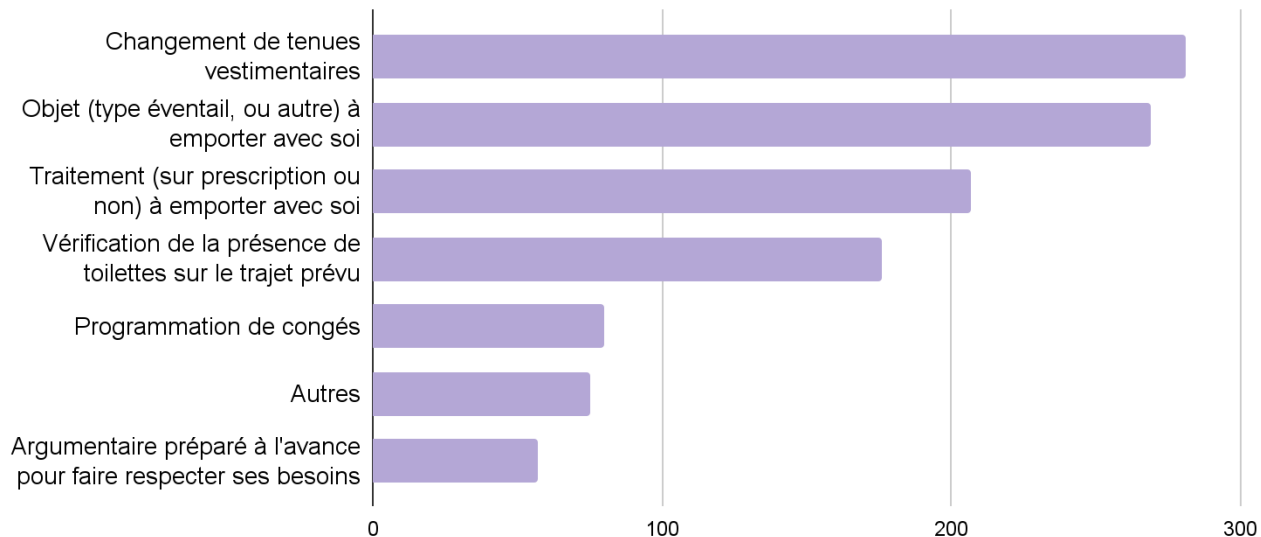
Dans l'analyse des réponses au questionnaire en ligne, il faut distinguer deux formes d'auto-prise en charge qui se complètent dans les parcours des personnes qui doivent gérer leurs signes de péri-ménopause :

1. **Les stratégies de diminution des signes**, qui se matérialisent par des pratiques de médecines douces ou de changement d'hygiène de vie tels que la reprise du sport ou la diminution d'un rythme intense, le contrôle alimentaire,...
2. **Les stratégies de gestion des signes**, qui ont un impact fort sur le quotidien des personnes concernées, impliquant souvent une logistique peu adaptée aux impératifs professionnels. Cette gestion des signes s'avère excluante pour une partie des personnes concernées, car il a été constaté que **7.4%** de tous et toutes les répondant·es à ce questionnaire ont fait le choix de poser des congés, pour pouvoir assumer la gestion de leurs signes, que leur vie professionnelle ne leur permettait pas.

## Stratégies de diminution des signes



## Stratégies de gestion des signes au quotidien



Les **stratégies de diminution des signes** rejoignent les recommandations évoquées dans la littérature contemporaine, assimilées à un “lifestyle” de la ménopause, qui promettent un “bien vieillir” et un “bien dans son corps”. Elles reposent principalement sur des modifications du mode de vie, telles que l’adoption d’habitudes alimentaires adaptées, la pratique régulière d’une activité physique douce, ainsi que des techniques de gestion du stress et du bien-être au quotidien. Ces approches visent à accompagner les personnes ménopausées dans cette étape de leur vie en valorisant l’autonomie et un rapport apaisé avec son corps sans recourir à des interventions médicales, parfois au prix de la reproduction d’injonctions grossophobes ou âgistes.

**Les stratégies de gestion des signes au quotidien** concernent à la fois la sphère intime, les relations sociales et l’activité professionnelle. Les besoins se manifestent de différentes manières : si certains peuvent être pris en charge par les personnes concernées, en fonction de leurs ressources matérielles, d’autres pratiques dépendent des structures d’accueil. L’accès aux toilettes a toujours constitué, pour diverses raisons, un enjeu crucial dans la trajectoire des personnes menstruées, et l’accessibilité à ces infrastructures n’est pas toujours garantie, au point que **16.3%** des répondant·es ont besoin de vérifier si l’accès leur sera possible lors de leurs déplacements. Les changements de tenues vestimentaires, nécessaires à **25.9%**, soit à peu près un quart des répondant·es entrent également dans le cadre de cet accès à une zone dédiée à l’intimité et à l’hygiène. La question de la prise en charge de la ménopause doit passer par une réelle écoute des besoins des personnes concernées, et de leur combat quotidien pour mener un quotidien qui n’est plus toujours adapté à leurs contraintes.

La médicalisation systématique de la ménopause a également pour effet de laisser penser aux personnes ménopausées qui ne vivent pas leur péri-ménopause comme une épreuve, qu’elles manqueraient un élément déterminant de leur trajectoire de vie. Cette question, qui peut sembler secondaire, s’avère pourtant centrale dans les réflexions de plusieurs personnes interrogées au cours de notre enquête. L’artiste plasticienne Marjorie Méa, co-constructrice du “Musée de la ménopause” et enquêtée du projet, exprime un sentiment de décalage par rapport au discours médical dominant. Dans son parcours de vie, elle n’a pas identifié certains signes (légères bouffées de chaleur, irrégularité des règles) comme des signes de la ménopause, car ces signes, n’étant pas pathologisés, lui semblaient anodins et ne l’ont pas alertée. Elle a vécu sa ménopause sans la conscientiser, hors des discours médicaux.

**« On y passe toutes, c’est même pas un choix, on ne fait rien d’extraordinaire en étant soudainement ménopausée. [...] Il n’y a rien à défendre, il n’y a pas de droit en commun.**

**Il y a juste à défendre que ce mot existe, que cette étape dans la vie existe. Qu'elle est faite de plein de stupeurs, de tremblements, de joie, et de tout, et c'est un moment de vie, quoi. »**

Surprise par cette expérience de vie, qu'elle n'a pas pu réellement vivre telle qu'elle est représentée dans l'imaginaire collectif, elle a co-organisé une exposition plastique sur la question de la ménopause, afin de mieux s'approprier le phénomène.

**« Travailler le sujet de la ménopause, comme je l'ai dit, ça m'a permis de revenir après coup, sur quelque chose qui avait déjà eu lieu, et qui s'était globalement passé sans que j'y pense. C'est-à-dire que je n'avais pas intellectualisé ma ménopause. Crac, d'un coup j'avais 45 ans, j'étais ménopausée, je n'avais pas compris que c'était ça qui se passait. Je croyais que c'était juste une drôlerie du moment d'avoir ses règles n'importe comment, d'avoir trop chaud... Donc voilà, je n'ai pas mis ce mot. Donc j'ai eu envie de le mettre après coup, pour revisiter ce qu'il s'était passé. »**

*Verbatims de l'entretien du 19 mars 2025 avec Marjorie Mésa au Planning Familial 21*

La médicalisation croissante de la ménopause représente une avancée majeure dans la prise en charge des personnes souffrant de signes douloureux, ou handicapants. Mais elle impose également une vigilance accrue sur la qualité des discours diffusés, et rappelle l'importance d'un accompagnement médical personnalisé, pour que chaque personne puisse traverser cette étape le plus sereinement possible. Cette prise en charge médicale, si elle s'impose de manière systématique dans les discours dominants, risque de perturber la vision de ce qu'est la trajectoire de la ménopause auprès des personnes concernées.

### **3. Vie professionnelle et ménopause : naviguer entre discrimination et stigmatisation**

La question de la trajectoire de la ménopause au travail s'articule autour de plusieurs axes majeurs :

- Les stratégies de gestion des signes de la ménopause au travail ;
- La stigmatisation liée à la question de la ménopause ;

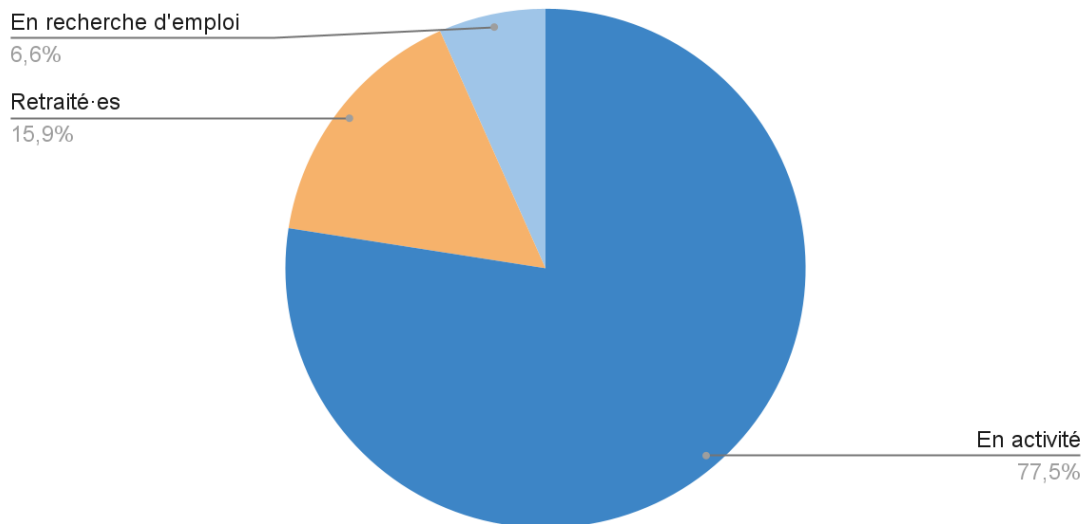
- Les conséquences d'une prise en charge inadaptée ;
- Impact sur la vie professionnelle des personnes concernées ;
- Coût financier de cette absence de prise en charge.

La ménopause est encore trop fréquemment considérée, dans l'imaginaire collectif, comme un "problème de vieilles", une étape inévitable et banalisée, associée à la fin de la vie active ou au seuil de la retraite. Cette perception erronée contribue à invisibiliser les véritables enjeux de la ménopause, alors qu'en réalité, la grande majorité des personnes qui traversent la ménopause ou la péri-ménopause sont pleinement engagées dans leur vie professionnelle. Beaucoup d'entre elles se trouvent même à un moment charnière de leur carrière, au sommet de leurs compétences, de leur expérience et de leurs responsabilités, parfois à des postes de direction ou de management, ou encore en pleine évolution professionnelle. Assimiler la ménopause à une simple étape "de fin de parcours" revient donc à ignorer que cette transition physiologique survient souvent **au cœur de la vie active**, à un moment où les personnes ménopausées sont des actrices essentielles du monde du travail et de la société. Reconnaître cette réalité, c'est aussi mieux comprendre les besoins spécifiques liés à cette trajectoire de vie, valoriser les apports des travailleur·euses et adapter les environnements professionnels pour qu'ils prennent en compte cette étape de vie, afin de ne pas freiner leur épanouissement ni leur contribution.

Selon les résultats obtenus par notre questionnaire en ligne, il a été constaté que **la plupart des personnes qui entrent en ménopause et périménopause sont en pleine activité professionnelle**.

Pour 1032 personnes sur 1083, la ménopause ou péri-ménopause est arrivée lors de leur période d'activité et de recherche d'activité professionnelle, ce qui équivaut à 95,3% des répondant·es.

## Arrivée de la ménopause ou péri-ménopause dans la vie professionnelle des personnes concernées



Parmi les 1 083 personnes ayant répondu à notre enquête, 405 ont exprimé un besoin d'aménagement, de changement ou d'ajustement de leurs conditions de travail, ce qui représente 37,4 % de l'ensemble des participant·es. Ce chiffre montre à quel point la question de l'adaptation du milieu professionnel face aux enjeux de la ménopause et de la périménopause est loin d'être marginale : un tiers des répondant·es ressentent le besoin de voir évoluer leur environnement ou leurs modalités de travail pour mieux faire face à cette période de transition.

Parmi ces 405 personnes, 64 déclarent ne plus se sentir en capacité de travailler dans les conditions actuelles, au point de souhaiter bénéficier de temps de repos, de demi-journées ou journées entières de congé, de RTT, voire d'envisager un départ à la retraite. Cela représente environ **5,9 %** de l'ensemble des répondant·es, pour qui la ménopause ou la péri-ménopause rend le maintien en poste particulièrement difficile, voire incompatible avec leur situation professionnelle actuelle. Ce chiffre interpelle sur la nécessité urgente de repenser l'accompagnement et les dispositifs d'ajustement pour éviter l'exclusion ou l'auto-exclusion de personnes du monde du travail.

Par ailleurs, 91 personnes parmi les 405 ayant exprimé un besoin d'ajustement souhaitent, ou ont déjà mis en place, des aménagements du temps de travail. Cela correspond à **22,5 %** des personnes concernées par des besoins d'ajustement, et à **8,4 %** de l'ensemble des répondant·es du questionnaire. Cette demande concerne la

flexibilité des emplois du temps afin de faire face de manière non exhaustive aux signes suivants :

- Fatigue chronique
- Insomnies
- Besoin de sommeil supplémentaire le matin
- Pouvoir s'absenter en cas de malaise trop intense
- Gestion des rendez-vous médicaux
- Gestion des douleurs trop intenses
- Prendre du temps pour s'occuper des contraintes physiologiques
- Flexibilité sur les absences en cas de migraines
- Adaptation à son propre rythme
- Aménager des temps de pause et de repos quand nécessaire
- Gérer son planning selon ses possibilités
- En fonction des températures extérieures
- En fonction des règles hémorragiques très fréquentes à l'arrivée de la ménopause

Parmi l'ensemble des difficultés évoquées par les personnes ménopausées, la fatigue chronique et les insomnies apparaissent comme les symptômes les plus impactants au quotidien. Le manque de sommeil et la nécessité de récupérer davantage, notamment le matin, compliquent fortement l'organisation de la journée de travail. Cette fatigue persistante s'ajoute à d'autres contraintes comme la gestion des douleurs, des migraines, ou encore des rendez-vous médicaux, rendant indispensable une adaptation du rythme professionnel. Pourtant, la qualité du sommeil et le besoin de repos restent très peu pris en compte dans l'aménagement des conditions de travail, en particulier pour les métiers à horaires décalés. C'est le cas d'une témoin anonyme qui exprime vouloir "ne plus faire ses nuits en tant qu'infirmière". Il est essentiel de souligner que certains métiers, notamment ceux impliquant du travail de nuit ou des horaires atypiques ou fluctuants, exposent davantage les personnes en péri-ménopause à des situations de précarité et de vulnérabilité. L'absence d'adaptations spécifiques à leurs besoins accentue les difficultés rencontrées, et contribue à précariser plus fortement les 5,6% de personnes pour qui l'aménagement de congés paraît être la seule solution. Il apparaît donc urgent de prendre en compte ces réalités afin de proposer des mesures

concrètes<sup>30</sup>, permettant d'améliorer la qualité de vie au travail pour toutes les personnes concernées.

De plus, 22 personnes demandent un aménagement de l'espace de travail, incluant par exemple l'accès à des douches, à des toilettes adaptées, ou à des espaces de repos. Ces demandes, bien que moins nombreuses, révèlent l'importance de l'environnement physique dans le bien-être au travail, notamment pour gérer certains symptômes de la ménopause de manière digne et confortable. Les symptômes nécessitant un accès toilette/douche incluent :

- Des règles hémorragiques extrêmement abondantes (signe courant en période de pré-ménopause)
- La gestion d'une sudation excessive et gênante, en lien avec les bouffées de chaleur
- Besoin fréquent d'aller aux toilettes
- Sécheresse cutanée et oculaire

D'autres signes tels que la fatigue chronique, le brouillard mental, les fluctuations émotionnelles, la surcharge de stress, les bouffées de chaleur, les douleurs musculo-squelettiques, justifient l'aménagement du poste de travail par des espaces et du mobilier adapté.

Pour 149 répondant·es (**13,8%** de la totalité des répondant·es au questionnaire), la priorité est l'aménagement des conditions de travail elles-mêmes : cela peut concerner la charge de travail, l'organisation des tâches, ou encore la possibilité d'adapter les missions en fonction de l'état de santé et des symptômes ressentis. Ce chiffre montre que l'ajustement ne passe pas uniquement par le temps de travail, mais aussi par une réflexion sur la qualité et la nature même de l'activité professionnelle. De nombreuses réponses mettent en avant l'importance du stress lié aux conditions de travail. Ce facteur revient fréquemment dans les témoignages, qu'il s'agisse de la pression des délais, du manque de reconnaissance, ou encore de la difficulté à concilier exigences professionnelles et état de santé. Beaucoup de répondant·es soulignent que la gestion du stress et l'amélioration du climat de travail sont des leviers essentiels pour favoriser le bien-être et l'efficacité au travail. Il apparaît clairement que l'aménagement des conditions de travail doit inclure une réflexion approfondie sur la prévention et la réduction du stress professionnel.

---

<sup>30</sup> Rist, Stéphanie. *La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action*, p. 10. Rapport remis au gouvernement, 9 avril 2025. Ministère de la Santé et de la Prévention. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_menopause\\_en\\_france-rapport\\_et\\_annexes-04-25.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_menopause_en_france-rapport_et_annexes-04-25.pdf)

Le changement de rythme de travail et le besoin de pauses fréquentes sont particulièrement importants pour gérer les symptômes liés à la ménopause, comme les bouffées de chaleur, les douleurs, le brouillard mental ou encore les fluctuations émotionnelles. Ces pauses permettent de mieux contrôler ces manifestations physiques et cognitives, offrant un moment de répit nécessaire pour atténuer l'inconfort, retrouver de la clarté mentale et réguler les émotions. Ainsi, aménager le temps de travail avec des pauses régulières contribue à améliorer le bien-être et la performance des personnes concernées.

Enfin, 82 personnes (7,4% des répondant·es à l'ensemble du questionnaire) expriment le besoin de réduire leur temps de travail. Cette demande, qui peut recouper celle des aménagements horaires, témoigne d'une volonté de préserver leur santé et leur équilibre de vie, quitte à revoir à la baisse leur engagement professionnel et réduire leurs ressources, pour traverser cette période dans des conditions moins défavorables.

Au-delà de ces chiffres globaux, l'analyse qualitative des réponses met en lumière la diversité des attentes et des besoins. Ainsi, 18 personnes expriment un besoin d'écoute, de compréhension et de soutien de la part de leur hiérarchie ou collègues de travail, soulignant l'importance de l'accompagnement humain et de la reconnaissance de cette étape de vie au sein du collectif de travail.

### 3. A Synthèse de la gestion des signes de la ménopause dans le cadre professionnel

L'ensemble de ces données met en évidence une réalité souvent invisibilisée : la ménopause et la péri-ménopause peuvent constituer un véritable défi dans la vie professionnelle, nécessitant des réponses adaptées, inclusives et diversifiées. Les besoins exprimés dans la gestion de ces signes physiologiques incontrôlables ne se limitent pas à une seule catégorie de solutions, mais relèvent d'une approche globale, mêlant soutien humain, adaptation des rythmes et des espaces, et reconnaissance institutionnelle des spécificités de cette étape de vie. Prendre en compte ces attentes, c'est non seulement prévenir des situations de rupture ou de désengagement, mais aussi valoriser l'expérience et la contribution de personnes en pleine maturité professionnelle, au bénéfice de l'ensemble du collectif de travail.

Comme il a été évoqué dans la partie médicalisation de ce rapport, la question de la ménopause n'est pas encore identifiée par les responsables de santé comme un élément de difficultés et de souffrance dans le cadre de la vie professionnelle. Pourtant, la ménopause et le parcours professionnel se superposent de façon marquante, comme le

souligne le rapport de Rist<sup>31</sup>. Selon les données rapportées, une étude menée au Royaume-Uni révèle que « une femme sur cinq a dû s'absenter de son travail à cause des symptômes liés à la ménopause, et qu'une femme sur dix a choisi de démissionner pour cette raison ». Ces chiffres illustrent concrètement l'impact direct de la ménopause sur la trajectoire professionnelle des personnes concernées : les symptômes physiques et psychiques ne se limitent pas à la sphère privée, mais perturbent la continuité de l'activité professionnelle, provoquant absentéisme et ruptures de parcours. Cette superposition entre santé et carrière met en lumière un enjeu souvent invisibilisé dans le monde du travail, où la ménopause peut devenir un facteur de vulnérabilité et d'inégalités professionnelles. Ces inégalités sont déjà très présentes dans la vie des femmes, puisque selon l'INSEE<sup>32</sup>, dans le secteur privé, le revenu salarial moyen des femmes est inférieur de 22,2 % à celui des hommes. Cette différence salaire ne s'explique pas uniquement par un écart de temps de travail, puisque même à temps de travail identique, le salaire moyen des femmes est inférieur à celui des hommes de 14,2 %. Lors du départ à la retraite, l'écart du montant de pension de retraite est de 40% en défaveur des femmes. Un désengagement professionnel voire une rupture de l'activité professionnelle peut avoir comme effet négatif d'augmenter les inégalités professionnelles entre femmes et hommes

Des signes de la ménopause trop présents et insuffisamment pris en charge peuvent devenir un frein à l'évolution de carrière et pousser certaines personnes en activités à quitter prématurément leur emploi, influant sur leurs trajectoire de vie et précarisant les personnes les plus en difficulté.

Quelques brefs témoignages intégrés à la fin du questionnaire en ligne viennent étoffer la compréhension de ces enjeux :

**« Professionnellement, je n'ai pas le choix. Je dois trouver un travail moins physique et moins stressant. très compliqué. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

**« Douleurs chroniques qui ralentissent la mobilité. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

---

<sup>31</sup>Stéphanie Rist, « La ménopause en France », dossier de presse, Assemblée nationale, avril 2024, p.18

<sup>32</sup> « Ecart de salaire entre les hommes et les femmes en 2023 », consulté les 26/06/2025, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8381248>

**« Il manquerait un sujet, c'est la prise en charge santé. La charge économique de la ménopause. Les risques accrus emploi/ ménopause »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

**« Le mal être ressenti en permanence. »**

*Réponse d'un·e participant·e au questionnaire en ligne (anonyme)*

Selon le rapport de Stéphanie Rist<sup>33</sup>: « 50 % des femmes en France estiment que la ménopause a un impact sur leur vie professionnelle ». Ce chiffre met en lumière l'ampleur de la place qu'occupe la ménopause dans le quotidien des personnes au travail.

Les répercussions de ces incompréhensions ont notamment été constatées lors d'un groupe de discussion organisé dans un centre social en ruralité, auquel certaines collègues avaient décidé de participer ensemble. Lors d'un tour de parole, une participante évoque ses pertes de mémoire liées aux signes de la ménopause. Sa collègue, très surprise, s'exclame :

**« Ahhhh, mais c'est bien que tu le dises, ça parce que j'ai failli te faire des remarques toute à l'heure au travail ! »<sup>34</sup>**

Si toutes les deux ont pu rire de cette maladresse par complicité, ce n'est pas le cas de nombreuses personnes qui se voient stigmatisées pour des signes qu'elles ne peuvent maîtriser, et qui peuvent avoir des conséquences plus lourdes sur leur intégration dans les équipes de travail ou leurs responsabilités.

La prise en compte de la ménopause dans un cadre professionnel ne s'intègre pas uniquement dans une démarche RH de bien-être au travail. **L'ensemble de la carrière professionnelle des personnes concernées, incluant leur évolution de poste, leur estime d'elles-mêmes et leurs rapports avec leurs collègues peuvent être impactés** par une mauvaise compréhension collective de ce que traversent les personnes concernées

### 3.B Stigmatisation de la ménopause

<sup>33</sup>Stéphanie Rist, « La ménopause en France », dossier de presse, Assemblée nationale, avril 2024, p.6.

<sup>34</sup> groupe de discussion au centre social de Semur en Auxois (zone rurale), du 14 novembre 2024, accueillant des publics de catégories socio-professionnelles favorisées.

Les signes physiologiques ne sont que le sommet visible de l'iceberg concernant la question de la ménopause dans la vie professionnelle. Au-delà de la gestion des conséquences physiques sur la santé et la qualité de vie, la stigmatisation au travail constitue un frein majeur à l'épanouissement et à la reconnaissance des personnes concernées. Nombre d'enquêtées rapportent que la ménopause reste un sujet tabou, entouré de préjugés et d'incompréhensions dans le monde professionnel. Cette perspective se manifeste parfois par des blagues ou des remarques légères, qui, bien que présentées sur un ton humoristique, contribuent à minimiser la réalité vécue par les personnes concernées.

Ces plaisanteries, qu'elles soient professionnelles ou personnelles, peuvent renforcer le sentiment d'isolement et la peur d'être perçu·e comme moins compétent·e ou moins fiable. Elles participent à maintenir un climat où la parole reste difficile, empêchant ainsi une meilleure compréhension et une adaptation des conditions de travail. En somme, l'humour autour de la ménopause, s'il n'est pas accompagné d'écoute et de respect, peut devenir un frein à l'épanouissement professionnel et personnel.

Dans la vie personnelle et professionnelle, la moitié des personnes répondant·es (50,4%) ont déjà été sujet·tes de blagues sur leur ménopause, dont **21,5%** estiment que ces remarques ont impacté désagréablement ou ont eu un impact négatif induisant un changement d'habitude ou une baisse de moral.

### 3.C Performances et rythmes

**46,8%** des répondant·es estiment ressentir une pression extérieure ou une pression auto-infligée considérant que leurs performances ne doivent pas varier. Si l'on corrèle ces chiffres avec les 7,4% d'augmentation de congés à cause de la difficulté à gérer des signes de la ménopause dans des espaces non appropriés, en prenant en compte les besoins de changer ou réduire le rythme<sup>35</sup>, il apparaît essentiel de souligner que ces éléments témoignent d'une possible souffrance liée à l'ajustement des exigences de performance. Cela se passe dans un contexte où les attentes élevées, tant internes qu'externes, peuvent rendre difficile la prise en compte des besoins spécifiques liés à la santé. Cette situation met en lumière la nécessité d'adapter l'environnement de travail et les politiques de gestion des ressources humaines afin de mieux soutenir les personnes concernées et de prévenir l'apparition de situations de mal-être ou de surcharge.

Certaines particularités liées à ce nouveau rythme peuvent être difficiles à faire coïncider avec les attentes extérieures. Ainsi, un·e de nos répondant·es témoigne :

---

<sup>35</sup> Résultats issus du questionnaire en ligne

**«[...] pour ce qui concerne les changements liés à cette (longue !) période de ma vie, notamment le fait d'assumer beaucoup plus de me coucher tôt car je me réveille très tôt et ce n'était pas le cas avant (je culpabilisais, même en famille, de dire que j'étais fatiguée et aller au lit). »**

*réponse au questionnaire en ligne, reçu par courrier électronique le 15 mai 2025*

Dans d'autres contextes, et comme l'a démontré précédemment l'extrait de discussion que cette travailleuse a fait remonter à sa médecin généraliste<sup>36</sup>, l'explication des signes de la ménopause est volontairement silencieuse dans certaines sphères professionnelles, ce qui a pour conséquence de rendre cette gestion plus délicate et de limiter d'autant plus les performances des personnes concernées.

#### **4. Ménopause et sexualité : penser ou s'émanciper d'une vie sexuelle, rompre avec la culture du viol**

##### 4. A La culture du viol

La **culture du viol** désigne un ensemble de croyances, d'attitudes et de comportements systémiques qui banalisent, justifient ou minimisent les agressions sexuelles. Elle s'ancre dans une sexualisation quasi permanente des corps perçus comme féminins, et repose notamment sur des stéréotypes de genre, comme l'idée que les victimes exagèrent, qu'elles sont responsables de ce qu'elles subissent (par leur tenue vestimentaire, par leur présence à un événement, par leur comportement, leur sourire, etc...)

Dans les relations de couple, la culture du viol s'exprime par la négation ou l'absence de prise en compte du consentement et des besoins de l'autre. Il est parfois admis qu'une personne en couple n'a pas à demander l'accord de son ou sa partenaire, ou que le consentement est acquis dès lors qu'il existe une relation amoureuse ou sexuelle régulière. Cette croyance s'explique entre autres par la notion de "devoir conjugal", qui, bien qu'il n'ait jamais été officiellement inscrit dans la loi, est un concept connu depuis des décennies par le grand public. Les tribunaux français ont parfois sanctionné le refus de relations sexuelles

---

<sup>36</sup> Lors d'un entretien avec une gynécologue exerçant en QPV en zone urbaine (21), en page 18 de ce document

dans le couple, ce qui pouvait constituer une faute en cas de divorce.

*« En 2011, la Cour d'Appel d'Aix en Provence confirme une décision de justice de divorce aux torts exclusifs d'un mari en raison d'absence de relations sexuelles pendant plusieurs années de mariage avec son épouse. Il est condamné à lui verser 10 000€ de dommages et intérêts. La Cour estimait que « les attentes de l'épouse étaient légitimes dans la mesure où les rapports sexuels entre époux sont notamment l'expression de l'affection qu'ils se portent mutuellement, tandis qu'ils s'inscrivent dans la continuité des devoirs découlant du mariage ». Pour la Cour, le mari a commis une faute en refusant d'avoir des rapports sexuels avec son épouse.*

De même, un divorce aux torts exclusifs d'une femme est prononcé en 2019 par la Cour d'appel de Versailles au motif de son refus à avoir des relations sexuelles avec son mari. Cette décision a été confirmée par la Cour de cassation en septembre 2021 en rejetant le pourvoi de l'épouse. Ayant épuisé toutes les voies de recours internes, cette dernière a depuis introduit une requête devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Par ces décisions, ces Cours ont interprété la « communauté de vie » et la « fidélité » comme l'obligation d'une sexualité entre époux. »<sup>37</sup>

Ces positions ont contribué à normaliser l'idée de faire pression sur son ou sa conjoint·e afin d'obtenir des rapports sexuels non consentis. Non seulement les victimes peuvent être moins prises au sérieux si l'agresseur est leur conjoint ou conjointe, mais elles ont également des difficultés à mettre elles-mêmes les mots justes sur leur vécu. La société minimisant la gravité de l'acte sous prétexte de l'intimité du couple et valorisant l'activité sexuelle comme une marque d'affection, tout ce contexte crée un climat où la violence sexuelle au sein du couple est invisibilisée, excusée ou même jugée comme partie intégrante de la vie intime. La culture du viol, si elle s'exprime dans toutes les strates de la société, touche plus particulièrement les personnes vulnérables dont les paroles et les possibilités d'actions sont restreintes.

#### 4. B La ménopause : une période de vulnérabilité

La ménopause peut constituer une période de vulnérabilité accrue, en particulier dans la sphère intime, qui se trouve fréquemment bouleversée dans les habitudes individuelles, la confiance en soi, le rapport au corps, et les dynamiques de couple. Au cours des échanges avec les publics des partenaires du Planning Familial 21, dans le cadre des groupes de discussion, il est régulièrement apparu en filigrane des difficultés à vivre

---

<sup>37</sup> Texte emprunté au Collectif Feministe contre le viol, écrit le 17/01/2024  
<https://cfcv.asso.fr/pour-la-reelle-suppression-du-devoir-conjugal/>

sereinement leur intimité et leur sexualité au sein du couple, et l'émergence de comportements qui pourraient être caractérisés comme des violences sexuelles.

Les changements hormonaux induisent des variations dans la libido, mais également de la sécheresse vaginale et d'autres signes, pouvant entraîner des inconforts physiques et psychologiques lors des rapports. Cette période de transition peut ainsi fragiliser l'estime de soi et la communication au sein du couple, rendant parfois plus difficile l'expression des besoins et des limites. Dans ce contexte, il est apparu, au fil des échanges, que certaines personnes ont également été confrontées à des situations de pratiques sexuelles pour lesquelles elles n'étaient pas enclines, réalisées sous la pression psychologique. Ces témoignages révèlent une vulnérabilité accrue, renforcée par le manque d'information sur cette question, et consolidée par des habitus sociaux et culturels qui influencent durablement la manière dont les individus perçoivent et vivent leur sexualité, notamment en termes de consentement et d'expression des besoins.

Lors des groupes de discussion initiés par le Planning Familial 21, des participantes ont évoqué le fait de subir des relations sexuelles non désirées et douloureuses avec leurs maris « **sinon il va voir ailleurs.** ». Une enquêtée a également souhaité faire part de ses difficultés, avoue dans le cadre d'un entretien individuel « **Je ne dirais pas un viol, mais bon, on est quand même obligée, quoi.** ».

Il apparaît, au fil des entretiens, que la mise en mots de la violence sexuelle dans le couple demeure extrêmement difficile pour les personnes concernées. L'utilisation du terme « viol » est systématiquement évitée, tant en raison de la charge émotionnelle et sociale qui l'accompagne que des conséquences potentiellement préjudiciables pour la vie personnelle, familiale et sociale. Cette réticence à nommer les faits traduit la peur de la stigmatisation, la crainte de représailles ou de ruptures conjugales, ainsi qu'un sentiment de devoir conjugal intériorisé. Néanmoins, l'analyse des témoignages recueillis met en évidence des situations où le consentement est contraint voire absent, et où la souffrance physique et psychologique est manifeste.

Il est donc essentiel de reconnaître la difficulté à verbaliser cette réalité et de ne pas sous-estimer la gravité des faits en raison de l'absence de qualification explicite de « viol » par les victimes elles-mêmes.

Le questionnaire en ligne fait remonter que **46.2%** des répondant·es ont déjà mis en place des stratégies pour ne pas se sentir obligé·e d'avoir un rapport sexuel avec son ou sa partenaire. Bien que la mise en place de certaines stratégies pour pallier un déficit de communication puisse sembler anodine au premier abord, cela révèle en réalité des problématiques sous-jacentes importantes. En effet, derrière ces stratégies se cachent

souvent des tensions, des incompréhensions ou des difficultés à exprimer et faire accepter son non-désir. Comme l'illustre le témoignage d'un·e participant·e au questionnaire en ligne, qui a pourtant répondu se sentir respectée dans son non-désir :

**« Je peux être complètement respecté·e dans mon non-désir d'acte sexuel, mais ça provoque des disputes, donc ça équivaut à l'inverse ? »**

Ce retour met en lumière le fait qu'en l'absence de contrainte physique, les violences psychologiques conséquentes à l'expression du refus ou du non-désir sont extrêmement intériorisées par les personnes concernées. Même lorsque le refus d'un acte sexuel est « respecté » sur le plan formel, il peut être source de tensions, de conflits ou de disputes au sein du couple. Cette situation crée une forme de pression psychologique réelle. La personne concernée peut ressentir de la culpabilité, de la honte ou la peur de décevoir l'autre, ce qui amène souvent à la mise de côté de ses besoins et envies personnelles, d'autant plus forte si les professionnel·les de santé ne participent pas à une prévention dans ce sens. Cette dynamique installe un climat où le consentement n'est plus totalement libre, car il est influencé par la crainte des conséquences émotionnelles ou relationnelles d'un refus.

La pression sociale et conjugale autour du « devoir sexuel » est parfois si intense qu'elle conduit à des situations extrêmes, comme en témoignent certains récits recueillis lors d'enquêtes. Il arrive que, face au refus ou à l'absence de désir sexuel de leur partenaire, certaines personnes en viennent à pathologiser ce non-désir. Lors d'entretiens, des participantes ont évoqué le fait que leur compagnon ait pris rendez-vous pour elle chez le ou la gynécologue, en allant jusqu'à l'accompagner lors de la consultation pour insister auprès du ou de la professionnel·le de santé sur l'absence de vie sexuelle commune, dans l'espoir qu'elle soit « réparée », pour pouvoir à nouveau obtenir des rapports sexuels.

Cette médicalisation forcée du refus sexuel constitue une forme de violence psychologique et de contrôle, où le corps et le consentement de la personne sont instrumentalisés pour répondre aux besoins de l'autre, sans considération pour son vécu ou son intégrité. C'est un phénomène qui s'inscrit dans un continuum de violences conjugales où la pression à la sexualité, la culpabilisation et la coercition prennent des formes multiples, souvent banalisées ou invisibilisées, mais dont les conséquences sur l'estime de soi et la santé mentale sont profondes.

Dans des cas plus rares, cette pression à la pénétration (puisque c'est celle-là la plus souvent relatée lors de nos entretiens qualitatifs) peut conduire à une chirurgie qui n'a pas été pleinement consentie.

Lors d'un rendez-vous avec une enquêtée, cette dernière évoque un parcours très difficile lié à cette pression de la pénétration :

**Enquêtrice du PF21 :** « ...On a eu des témoignages de personnes que le compagnon amenait chez la/le gynécologue pour dire, plus ou moins “Elle est cassée, réparez-la moi !” »

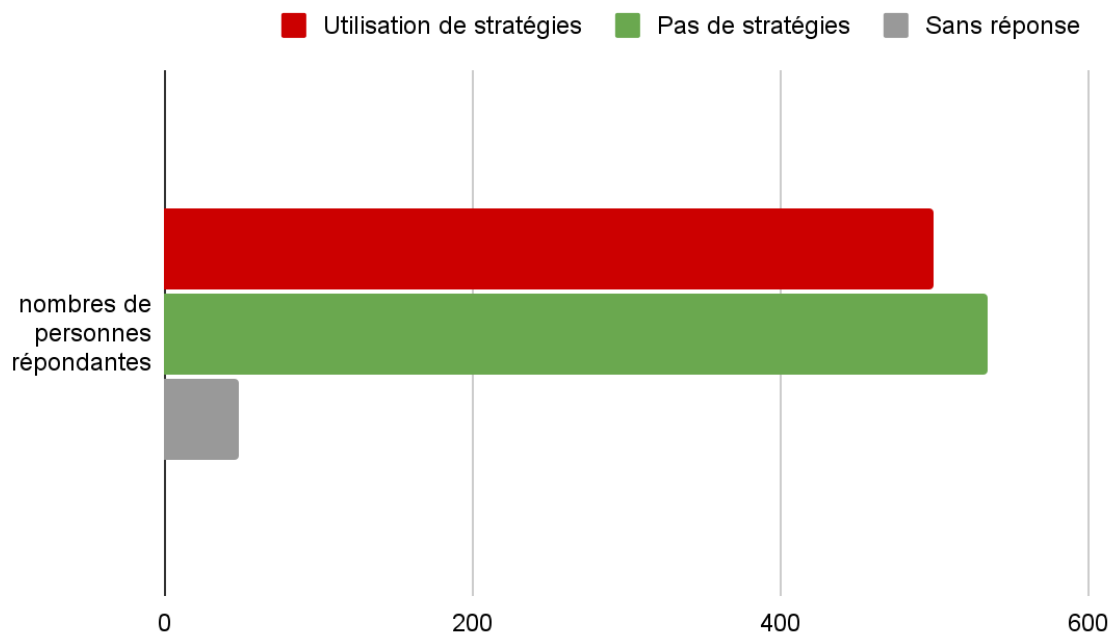
**Enquêtée :** « Ah, mais moi c'était presque ça, hein... Presque ça... »

Son parcours médical débute par une sécheresse vaginale, signe classique dans le cadre de l'arrivée de la ménopause. Les traitements classiques non hormonaux n'y ont rien fait, et son parcours de santé (cancer du sein) ne lui a pas permis de bénéficier d'un traitement hormonal de la ménopause. Elle mentionne ses difficultés à vivre avec son compagnon qui **« devenait désagréable dans leur relation »**, frustré par l'absence de pénétration de sa partenaire. Son compagnon l'a incitée à passer par des piqûres d'acide hyaluronique, traitement invasif et onéreux, dont il a pris la moitié des frais à sa charge, afin de convaincre sa compagne d'accepter cette intervention. A l'époque de cette prise en charge, une seule gynécologue proposait cette pratique encore émergente à Dijon, et les connaissances encore peu approfondies du sujet ont malheureusement eu des conséquences fortes sur la vie de cette enquêtée. L'intervention s'est très mal passée, et lui a généré un kyste douloureux et irréversible dans le vagin, avec lequel elle vit depuis des années.

Cette pression à la sexualité régulière, indépendamment des fluctuations du corps et des besoins des personnes en ménopause ou péri-ménopause, associée au tabou qui l'accompagne, peut d'autant plus nourrir la difficulté de communication au sein du couple sur le terrain de leur sexualité.

Aux chiffres et témoignages précédents, il est important de rajouter que la période de vulnérabilité de la ménopause qui traverse le continuum de la sexualité, est elle-même déjà très marquée par des injonctions fortes : **43,03%** des répondant-es estiment avoir senti dans leur sexualité avant la ménopause une pression à la “performance” ou à la “fréquence” des rapports sexuels.

## Mises en place de stratégies afin d'éviter les rapports sexuels

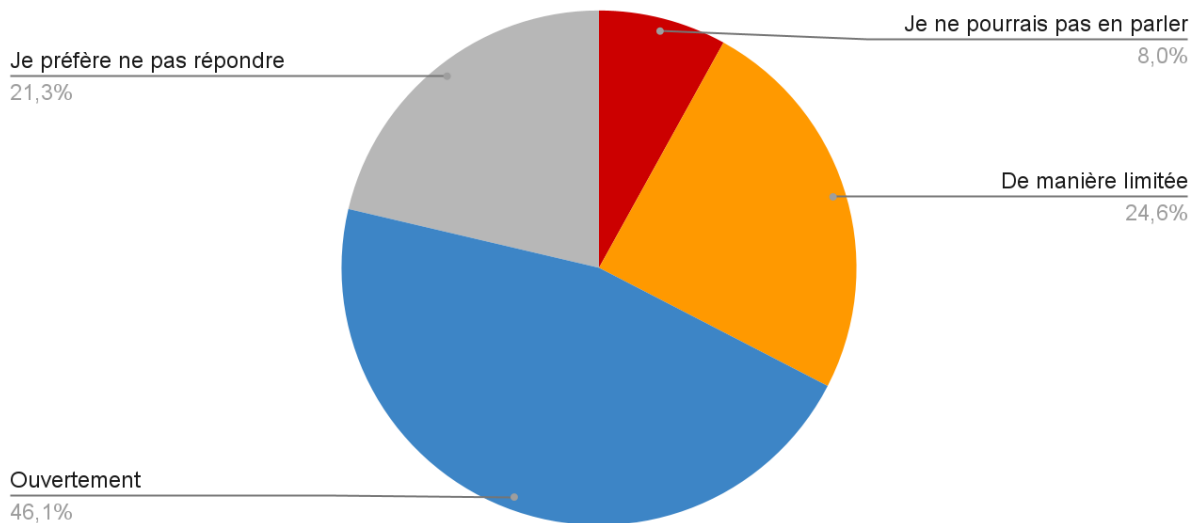


**46,15%** des répondant·es estiment avoir déjà eu **besoin de mettre en place des stratégies, afin d'éviter de se sentir obligé·e d'avoir un rapport sexuel** avec leur partenaire. Les stratégies évoquées lors des entretiens semi-directifs sont notamment : éviter le contact physique, éviter certaines situations, mettre des objets au milieu du lit pour faire "barrage" à de potentielles avances, ...

### 4. C La complexité d'un tabou dans un tabou

Le questionnaire en ligne, bien que n'étant pas spécifiquement axé sur la question des sexualités, permet grâce aux nuances qu'il soulève, de commencer à dresser un tableau des enjeux liés aux violences sexuelles dans le couple lors de l'arrivée de la ménopause et périménopause. Afin d'obtenir des chiffres parlants sur cette question, une étude complémentaire plus poussée serait nécessaire. Le graphique ci-dessous représente par exemple l'estimation par les personnes concernées, de la facilité qu'iels ressentent à communiquer avec leur(s) partenaire(s).

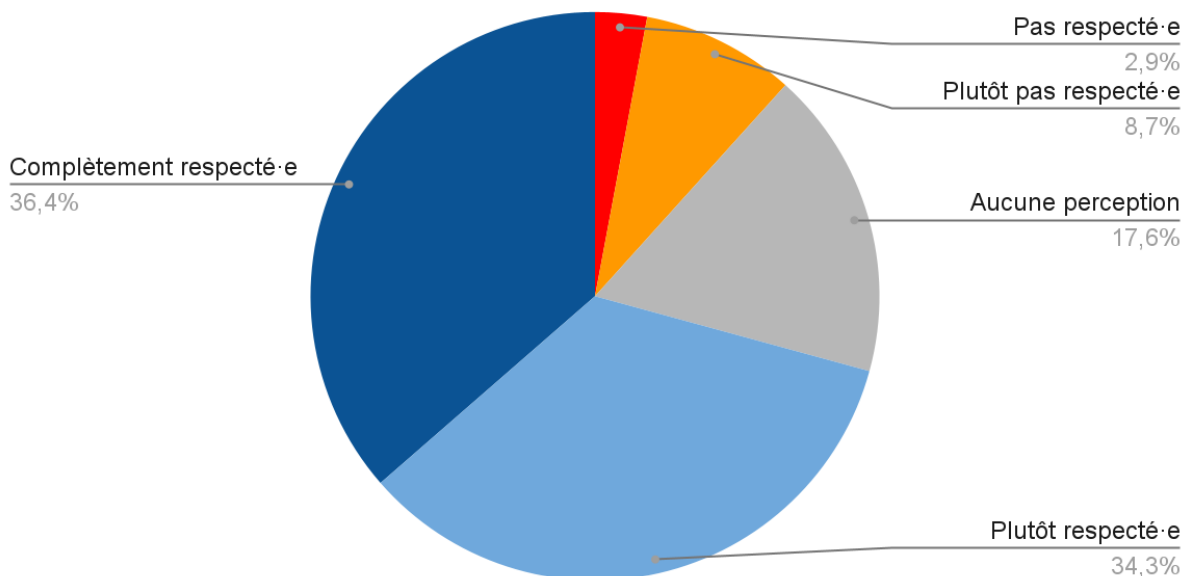
## Estimation de la facilité à communiquer avec son ou sa partenaire en cas de changement de libido lié à la ménopause



Au vu des témoignages récoltés lors du questionnaire, la question : « *Dans l'hypothèse où vous rencontriez, ou si vous rencontrez, des difficultés liées à la ménopause (signes gênants, baisse de libido, etc.) avez-vous la possibilité d'en parler librement avec votre/vos partenaire(s) ?* » apparaît comme non valide car trop superficielle pour surmonter les pressions et violences intériorisées par les victimes.

Il est difficile d'interpréter ce que peuvent signifier les 21.3% de personnes qui "préfèrent ne pas répondre", tout comme il est difficile d'interpréter les résultats suivants :

## Respect du rythme sexuel du/de la conjoint·e depuis l'entrée dans la ménopause



Ces résultats doivent être considérés avec la plus grande précaution. La question abordée relève d'un double tabou : non seulement elle porte sur un sujet déjà sensible (la culture du viol), mais elle s'inscrit également dans un contexte relationnel où l'arrivée de la ménopause et les non-dits qui l'entourent, rendent les réponses particulièrement difficiles à recueillir et à analyser. L'insidiosité de certaines pratiques, ainsi que l'intériorisation des normes, contribue à rendre la lecture des données complexe et sujette à caution.

Un exemple frappant se trouve représenté dans le graphique ci-dessus, qui prend en compte le témoignage d'une répondante (citée P.44) qui a déclaré, dans le questionnaire, pouvoir être « **complètement respectée** ». Elle a cependant formulé, dans la suite du questionnaire, que cette limite, une fois exprimée dans le cadre de sa relation, entraîne des conflits et des tensions. Cette situation montre toute la difficulté à appréhender la réalité de son vécu à travers un format quantitatif et fermé. Pour une question aussi nuancée et dépendante de l'éducation et des vécus individuels, une enquête qualitative dédiée serait plus propice qu'un questionnaire en ligne.

Plus globalement, au regard de la dimension subjective, située et socialement construite du rapport à la norme et à la transgression, une approche qualitative fondée sur l'entretien ou l'analyse de discours apparaît plus pertinente qu'un sondage en ligne, qui tend à homogénéiser et à simplifier des expériences complexes et profondément individuelles. Dans ce contexte, l'enquête quantitative peut participer à une « invisibilisation » d'aspects majeurs du phénomène, que seule une démarche qualitative permettrait de révéler.

#### 4. D Recommandations

Dans les piliers du rapport de Stéphanie Rist, il est notamment prévu :

- La mise en place d'une **consultation dédiée** à la ménopause pour chaque femme, dès l'apparition des premiers signes, réalisée par un·e médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme. L'objectif est de proposer un accompagnement personnalisé, intégrant les dimensions gynécologique, cardiovasculaire et ostéoarticulaire de cette étape de la vie. Le rapport Rist recommande que le bilan de prévention mené auprès des femmes âgées de 45 à 50 ans soit systématiquement l'occasion d'aborder la ménopause.

La préconisation du Planning Familial est de mettre l'accent sur la sensibilisation des professionnel·les de santé, notamment dans le cadre d'une formation spécifique à la prévention des violences sexuelles susceptibles de survenir durant la période de la ménopause. Cette démarche doit inclure une attention particulière portée à la dimension psychologique de ces violences, afin de permettre une prise en charge globale et adaptée des personnes concernées. Ces actions de prévention pourraient contribuer à briser les tabous entourant la ménopause, à mieux informer les patient·es, et à favoriser l'identification précoce des situations de vulnérabilité ou de violences, qu'elles soient psychologiques ou sexuelles.

## Conclusion

L'accessibilité aux soins et à l'information avant et pendant la ménopause demeure un enjeu majeur pour les personnes concernées. Plus de la moitié des répondant·es se sentent peu ou pas du tout informé·es sur le sujet. En dehors des cabinets médicaux, les principaux supports informationnels sont les médias et les échanges inter-personnels, qui peuvent emmener avec eux nombre d'injonctions et de désinformations préjudiciables aux personnes en ménopause ou péri-ménopause. Les répondant·es au questionnaire évaluent leur niveau informationnel comme étant globalement mauvais, et l'enquête menée auprès des professionnel·les de santé révèle que leurs formations et leurs conditions de travail, ne permettent actuellement pas de combler correctement ces lacunes.

Face à ces constats, il apparaît nécessaire de renforcer la sensibilisation et la formation des professionnel·les de santé, d'améliorer l'accès à l'information, de favoriser des conditions de travail adaptées à cette trajectoire de vie, et de promouvoir une approche globale et bienveillante de la ménopause. Cela implique de lutter à chaque niveau de sensibilisation contre les stéréotypes et les discriminations qui entourent cette période de la vie, afin de permettre à chaque personne concernée de traverser la ménopause dans les meilleures conditions possibles. La reconnaissance de la diversité des vécus et des besoins doit guider l'ensemble des actions menées, qu'elles soient préventives, curatives ou d'accompagnement.

Cette enquête a permis de soulever plusieurs besoins prioritaires dans la prévention et sensibilisation de la ménopause.

Dans un premier temps, les entretiens individuels font ressortir une problématique assez nette entre le manque d'informations liées à la ménopause, les bouleversements conséquents qui peuvent en découler, et le manque de temps que les professionnel·les de santé peuvent accorder à ce sujet, étant elleux même limité·es par des carences dans leurs formations, où la question de la ménopause est réduite à quelques heures ou quelques diapos dans le cursus d'un DU en gynécologie. Les informations reçues par la patientèle sont dépendantes de l'implication mise par le ou la professionnel·le de santé à compléter les quelques connaissances acquises durant son parcours universitaire, et sont également dépendantes du temps que le ou la professionnel·le de santé peut consacrer à la prise en charge de sa patientèle, en incluant des temps de pédagogie et d'accompagnement.

Les patient·es portent le poids des représentations stigmatisantes associées à la ménopause, et les diagnostics médicaux, lorsqu'ils sont posés sans précaution ni attention particulière, peuvent avoir un impact psychologique particulièrement brutal sur les personnes concernées. Une meilleure communication globale sur le sujet permettrait de

fluidifier les échanges, et une identification à des représentations plus positives de la ménopause contribuerait à une collaboration plus fluide avec les diagnostics posés.

L'enquête en ligne, soutenue par les témoignages, fait ressortir une problématique d'accès aux informations. Elle est inexistante dans les parcours professionnels, et très inégalitaire dans les parcours personnels. Les statistiques montrent un décalage d'accès à l'information notamment entre les zones rurales et les zones urbaines, l'enquête en ligne menée par le Planning Familial 21 souligne qu'en zone urbaine ou périurbaine la transmission d'information se fait plus facilement hors des circuits médicaux, alors qu'en ruralité plus d'un quart (26.8%) des répondant-es n'ont pas eu accès aux informations sur la ménopause hors des circuits médicaux. Cependant les différences ne sont que peu significatives, au regard des lacunes conséquentes généralisées.

Dans le contexte de la vie intime, ce manque d'information et de soutien de la part des acteur-ices de santé consulté-es peut être conséquent pour la vie de personnes en péri-ménopause, qui cumule parfois des temps d'errance médicale avec des violences sexuelles. La sensibilisation à la question des bouleversements de la sexualité et du respect des corps et du consentement de tous et toutes est un enjeu qui doit être spécifiquement soulevé au moment de la ménopause, au regard des fortes transitions qui lui sont liées. Il serait intéressant de réfléchir à la création d'un réseau de professionnel·les de santé, afin de faciliter la prise en charge et l'orientation des patient-es. La construction d'outils accessibles à destination des publics concernés et une réflexion sur les canaux de diffusion tels que les pharmacies, les maisons de santé, les associations de seniors, les centres sociaux, les bibliothèques et médiathèques, les tiers-lieux, pourrait permettre de répondre aux problématiques soulevées concernant le manque d'information et de communication auprès des personnes concernées.

Dans un cadre professionnel, les discours tenus par la hiérarchie à l'égard des personnes ménopausées ou en péri-ménopause ont été qualifiés d'inexistants par 38 % à 40 % des personnes enquêtées, tous métiers confondus. L'ensemble de ces éléments fait ressortir l'importance de la formation et de la présence des professionnel·les de santé dans le parcours de la ménopause. Si une médicalisation liée aux signes de la ménopause n'est pas systématiquement possible ou souhaitée par les personnes concernées, le travail d'information et de soutien à la santé fourni principalement par les gynécologues et généralistes s'avère nécessaire pour offrir au patient-es de l'autonomie et une bonne compréhension de ce passage de vie. Nous avons pu constater la difficulté de certain-es professionnel·les de santé à prendre en considération l'impact des signes de la ménopause sur la vie personnelle et spécifiquement professionnelle des personnes concernées, qui estiment que puisque "la ménopause a toujours existé", il n'y a pas de nécessité à une prise

en charge et des ajustements qui permettent des conditions de vie moins difficiles pour les individus qui subissent des signes physiologiques particulièrement invalidants et épuisants. Cela concerne notamment la flexibilité du temps de travail, l'adaptation des postes et des responsabilités, l'aménagement des espaces de travail pour favoriser des temps calmes et du repos, les possibilités de gérer les bouffées de chaleur plus convenablement, une plus grande ouverture au télétravail, la réduction des temps de trajets, des aménagements de temps pour s'occuper de sa santé, un accès fréquent aux toilettes, ...

Une formation des services de médecine du travail permettrait de consolider l'accompagnement des salarié·es et conseiller les employeur·euses sur les pratiques envisageables, et pourrait être une passerelle intéressante pour contribuer à la sensibilisation de la ménopause dans les milieux professionnels. Dans l'optique de compléter les autres terrains de cette sensibilisation, l'organisation de groupes d'échanges de pratiques et de réflexions avec des professionnel·les de santé dans une dynamique interprofessionnelle pourrait améliorer l'efficacité de la prise en charge globale des personnes en péri-ménopause. L'ensemble de ces pratiques, associées à une vigilance accrue sur les inégalités sociales de santé est un terrain propice pour poursuivre les réflexions autour de la sensibilisation et de la déconstruction des idées reçues sur la ménopause.