Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 1er septembre 2022 à Poitiers
Par Madame Maeva BISSUEL

Influence des facteurs socio-culturels sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

COMPOSITION DU JURY

Président :	Monsieur le Professeur Philippe BINDER
Membres :	Madame le Docteur Julia MAUHOURAT Madame le Docteur Catherine TILLY
Directrice de thèse :	Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 1er septembre 2022 à Poitiers
Par Madame Maeva BISSUEL

Influence des facteurs socio-culturels sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

COMPOSITION DU JURY

Président :	Monsieur le Professeur Philippe BINDER
Membres :	Madame le Docteur Julia MAUHOURAT Madame le Docteur Catherine TILLY
Directrice de thèse :	Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect, acceptez pour cela mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Julia MAUHOURAT,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Catherine TILLY,
Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury.
Je te remercie encore pour tes enseignements et ta bienveillance tout au long de mon stage.

A ma directrice de thèse, Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT,
Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet, de m'avoir fait confiance pour le traiter et de m'avoir guidé dans mes réflexions. Je vous remercie également pour votre précieuse aide pour la construction de ce travail et pour y avoir apporté la rigueur nécessaire.

Aux vingt-cinq femmes interrogées,
Un grand merci à toutes les femmes qui ont pris de leur temps pour permettre l'élaboration de ce travail.

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant ces neuf années d'études,
Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai côtoyées durant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former et qui m'ont enseigné à être le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux Urgences de Rochefort et à mes co-internes, pour un premier semestre qui a été très formateur et riche en émotions.

A mes maitres de stage de Niveau 1 et de SASPAS, Catherine, Denis, Eric, François, Sophie et Khanh, merci pour votre gentillesse, votre disponibilité, vos enseignements et votre partage d'expériences.

Au service de Médecine Interne et Rhumatologie de La Rochelle, à Armel, Bruno, Claire et Léa, ce semestre a été l'un des plus enrichissants. J'ai apprécié de travailler avec vous.

Aux services de Gynécologie de Rochefort et de Pédiatrie de La Rochelle, merci pour ces semestres formateurs.

A mon tuteur, Edouard, merci pour ton amitié, ta disponibilité et ton soutien tout au long de mon internat mais aussi dans mes débuts de remplacements.

Au Dr Yasmine DUFEUTREL, merci de m'avoir fait aimer la médecine générale.

A ma maman, Doriane, Sophie, Suzette, Sylvie et Magalie, merci pour votre contribution à ce travail.

A mes amis,
A mes belles rencontres d'externat, Emma, Jade, Lucie et Marine, merci pour ces fous rires en stage, ces souvenirs de fac et vivement les prochaines retrouvailles. Merci pour cette amitié qui perdure même à distance.

A mes belles rencontres d'internat, Adrien et Axelle, Alexia, Audrey, Blandine, Claire B, Claire S, Elodie, Estelle, Loïc, Mathilde B, Mathilde J, Mathie, Marielle, Maxime, Rodolphe, avec qui j'ai partagé joies et galères d'internat.

A la coloc du 17 : Blandine, Elodie et Loïc, merci pour ces beaux moments partagés en famille lors de notre premier semestre.

A la coloc du 17 bis : Alexia, Audrey et Mathie, merci pour ces mois de confinement en votre compagnie.

A la coloc du Moulin : Kevin et Maxime, merci pour ces soirées fajitas devant Game of Thrones.

Aux amis de La Rochelle, Eléonore et Minh-Tam, merci pour ces dimanches barbecues et pour ce beau voyage à Paxos.

A Blandine, ma colocataire mais aussi mon amie depuis le premier jour d'internat, merci pour ces moments partagés avec notre Flamby d'amour. Merci pour notre précieuse amitié.

A Doriane, merci pour cette belle amitié qui dure depuis le lycée, merci pour ces moments partagés, ces voyages et sorties inoubliables. Merci pour notre précieuse complicité.

A Jordane, ma copine de danse depuis le collège, une véritable amie devenue maman.

A Lisa, mon amie depuis la P2, merci pour ces années d'études qu'on a traversées ensemble.

A Manon et Roxane, merci pour cette amitié depuis de nombreuses années.

A Marine, ma deuxième sœur de cœur qui fera un très bon médecin.

A Romy, mon amie d'enfance, merci pour cette belle amitié qui perdure.

A Yvan, à ces retrouvailles mémorables au bloc opératoire, merci de toujours prendre de mes nouvelles.

A ma famille,
A mes parents et mes grands-parents, qui m'ont toujours soutenue dans mes choix et qui m'ont appris la valeur du travail. Merci pour leur amour, leur confiance et leur soutien inconditionnel. Merci aux parents que vous êtes, je n'y serai pas arrivée sans vous.

A ma maman, qui a toujours été présente à mes côtés et qui m'a longuement aidé à rédiger ce travail, tes conseils avisés m'ont été précieux. Merci pour ta disponibilité, ta patience, ton aide et ton amour.

A mon papa, qui m'a toujours encouragée au cours de mes études, merci de m'avoir donné la chance d'être médecin et pour la confiance que tu m'as toujours accordée. Merci pour ton soutien et ton amour.

A ma sœur, Manon, merci pour tes encouragements tout au long de mes études de médecine. Merci pour notre complicité et notre affection éternelle, je suis fière de toi.

A ma mamie Paulette et mon papi Gervais, qui ont toujours été présents pour moi, depuis le couffin, qui m'ont vue grandir et m'ont épaulée « Ferme tes poings et bats-toi ». Merci pour votre confiance et votre amour inconditionnel.

A ma mamie Lulu et mon papy Henri, qui je le sais veillent sur moi et qui auraient été fiers de leur petite-fille, vous serez toujours dans mon coeur.

A mon parrain, Vanessa et mon petit cousin Raphaël, merci pour ces beaux moments passés à vos côtés et votre amour. J'ai été heureuse de partager le concert de Coldplay en votre compagnie.

A ma marraine Alice, mon tonton Christian, mes cousins Julia et Loïc, et leur famille, pour ces souvenirs d'été à Saint-Raphaël. Merci pour votre bienveillance, vos encouragements et votre amour.

A Paul, merci pour tes encouragements, ta bienveillance et ta générosité.

A Soazic, merci pour ta gentillesse et tes massages apaisants.

A tatie Jaja et tonton Jeannot, merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines qui ont su m'encourager.

Aux amis de la famille, qui m'ont vue grandir et m'ont suivie pas à pas.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien et votre accueil au sein de votre famille.

A mes deux tortues, Cuba et Hawaï, pour leur présence apaisante.

A mon amoureux, Kevin, qui sait me rendre heureuse tout simplement, pour le début de chemin parcouru ensemble et celui à venir. Merci pour ton aide, tes encouragements et ta patience. Merci pour le bonheur et l'amour que tu m'offres chaque jour.

A toute ma famille.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
A. HISTOIRE DE LA MENOPAUSE 2
B. LA MENOPAUSE DU XXIe SIECLE 2
1. Définition du syndrome vasomoteur 2
2. Une physiopathologie méconnue 2
C. ANTHROPOLOGIE DE LA MENOPAUSE 3
1. Les différentes représentations de la ménopause 4
1.1. Une représentation favorable 4
1.2. Une représentation défavorable 4
1.3. Insignifiance de la ménopause 5
2. Les facteurs influençant les représentations de la ménopause 5
2.1. Influence du contexte social 5
2.2. Influence du contexte culturel 6
D. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE 7
1. Un motif de consultation fréquent en soins primaires 7
2. La nécessité d'une approche globale 7

MATERIEL ET METHODE 8
A. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 8
B. METHODOLOGIE DE L'ETUDE 8
1. Type d'étude 8
2. Sélection des participantes 8
2.1. Population étudiée 8
2.2. Stratégie d'échantillonnage 9
2.3. Mode de recrutement 9
3. Guide d'entretien 10
4. Recueil des données 10
5. Analyse qualitative des données 11
5.1. Retranscription 11
5.2. Analyse des données 11
5.3. Triangulation des données 11
6. Considérations éthiques 12
6.1. Saisie et traitement des données 12
6.2. Commission éthique 12

RÉSULTATS 13
A. ENTRETIENS ET ÉCHANTILLON FINAL 13
1. Caractéristiques des entretiens 13
2. Données socio-démographiques 14
B. ANALYSE TRANSVERSALE 16
1. Les facteurs influençant le syndrome vasomoteur 17
1.1. Influence de l'histoire personnelle de la femme 17
1.1.1. L'âge de ménopause 17

1.1.2. Le parcours de vie ... 17
1.1.3. La personnalité et le caractère ... 18
1.1.4. La place du conjoint ... 19
1.1.5. Les célibataires ... 19
1.1.6. La place des enfants ... 19
1.1.7. L'origine ethnique ... 20
1.1.8. L'origine géographique ... 20
1.1.9. L'entourage ... 21
1.2. Influence socio-économique ... 23
1.2.1. La profession ... 23
1.2.2. La catégorie socio-professionnelle ... 23
1.2.3. Le milieu de résidence ... 23
1.2.4. La région de résidence ... 23
1.3. Influence socio-médiatique ... 24
1.3.1. La société ... 24
1.3.2. Le mode de vie ... 26
2. Les femmes et le vécu de la ménopause ... 27
2.1. Une expérience négative ... 27
2.1.1. Sur le plan physiologique ... 27
2.1.2. Sur le plan psychologique ... 32
2.2. Une expérience positive ... 34
2.2.1. Sur le plan physiologique ... 34
2.2.2. Sur le plan psychologique ... 35
2.3. Une expérience neutre ... 37
3. Les femmes et la gestion de la ménopause ... 38
3.1. Etre dans l'acceptation ... 38
3.2. Prendre soin de soi et de son corps ... 39
3.3. Avoir recours à des moyens ... 39
3.4. Communiquer ... 39

DISCUSSION ... 40
A. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS ... 40
B. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE ... 40
C. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE SUR LE SYNDROME VASOMOTEUR ... 42
1. Les facteurs d'influence ... 42
1.1. Une influence personnelle ... 42
1.2. Une influence socio-économique ... 45
1.3. Une influence socio-médiatique ... 46
2. Les différents profils des femmes sujettes aux symptômes vasomoteurs ... 48

CONCLUSION ... 49
BIBLIOGRAPHIE ... 50
ANNEXES ... 55
RESUME ... 62
SERMENT ... 63

LISTE DES ABREVIATIONS

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SWAN : Study of Women's Health Across The Nation

INTRODUCTION

La ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne (1) qui marque la fin de la capacité de reproduction d'une femme.
Dans les pays occidentaux, elle survient en moyenne vers l'âge de 51 ans et est définie par une aménorrhée, c'est-à-dire l'arrêt des règles depuis au moins 12 mois (2).
Etape incontournable dans la vie d'une femme, son arrivée est marquée par une carence œstrogénique responsable d'un certain nombre de modifications physiologiques et s'accompagne de symptômes plus ou moins invalidants regroupés sous le nom de syndrome climatérique (3). Le symptôme le plus connu est la survenue des bouffées de chaleur.

Au-delà de ce qu'il se passe d'un point de vue strictement physiologique, c'est-à-dire l'arrêt de l'activité folliculaire, l'expérience de la ménopause réelle pour les femmes est individuelle, et comme d'autres variables de santé, elle est influencée par de multiples facteurs tels que la culture, l'origine ethnique, le mode de vie, le niveau socio-économique et des facteurs biologiques (4)(5)(6)(7)(8).

Cette variabilité a conduit certains auteurs à privilégier une approche sociologique de la ménopause selon laquelle le vécu de la ménopause découlerait, d'une part, de représentations que s'en font les femmes plutôt que d'une simple conséquence biologique et d'autre part, il serait lié au statut social de la femme ménopausée dans la société où elle évolue (9)(10).

De nombreuses recherches ont étudié cette variabilité du vécu et des sensations corporelles au cours de ce phénomène. Elles confirment que la ménopause fait l'objet de représentations culturelles et d'un traitement social qui varient à travers les âges et les continents (4)(11)(12)(13)(14)(15)(16).
En effet, les femmes ménopausées des pays occidentaux font état de plus de symptômes que celles issues de cultures non occidentales (17).
En revanche, peu d'études se sont intéressées à l'expérience de la ménopause chez les femmes françaises issues de diverses cultures.

Offrir des conseils adaptés pour une prise en charge optimale des femmes pendant cette période nécessite une bonne compréhension des facteurs qui influencent le vécu de la ménopause.
Ce travail de thèse est né de la volonté de comprendre comment l'origine ethnique et les facteurs socio-culturels influencent le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

Pour recueillir la parole des femmes d'origine différente sur leur vécu de la ménopause, nous avons mené une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés. L'objectif principal était de décrire la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée. L'objectif secondaire était d'établir un ou plusieurs profils de la femme ménopausée sujette aux bouffées de chaleur.

A. HISTOIRE DE LA MENOPAUSE

Le terme de ménopause existe depuis deux siècles. C'est un médecin parisien, Charles Pierre Louis De Gardanne, qui fut le premier à utiliser le terme « ménespausie », dans son livre « Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique », paru en 1816 (18). Dans la deuxième édition de l'ouvrage intitulé « De la ménopause ou de l'âge critique des femmes », paru en 1821, il adopte le terme « ménopause » (19).
Ce lexème est construit à partir de deux mots grecs « menos » et « pausis », signifiant menstrues et arrêt. Il remplace l'expression « cessation des menstrues » des textes médicaux des XVII^{e} et XVIII^{e} siècles. Toutefois, le mot le plus courant pour désigner cette étape physiologique vécue par les femmes était « l'âge critique ». Il a été admis au XIX^{e} siècle dans le dictionnaire avec la définition « cessation des règles, temps critique des femmes ».

B. LA MENOPAUSE DU XXI^{e} SIECLE

Les bouffées de chaleur sont un trouble du climatère mal expliqué.

1. Définition du syndrome vasomoteur

L'arrivée de la ménopause peut s'accompagner de symptômes plus ou moins invalidants pour la femme, regroupés sous le nom de syndrome vasomoteur associant les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes (20).

Les bouffées de chaleur constituent le trouble fonctionnel le plus fréquent de la ménopause (21), vécues par plus de 75% des femmes ménopausées (20)(22)(23)(24)(25).
Elles sont caractérisées par l'apparition soudaine d'une sensation de chaleur accompagnée de sueurs, perturbant le sommeil et pouvant aller jusqu'à la bouffée vasomotrice. Leur expression et leur fréquence d'apparition sont variables d'une femme à l'autre ; certaines décrivent des bouffées de chaleur invalidantes, d'autres ne rapportent aucun symptôme. La gêne ressentie et l'intensité varient selon les femmes et tendent à diminuer avec les années suivant l'aménorrhée (21).

2. Une physiopathologie méconnue

Les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes sont les principaux symptômes de la ménopause. Or, le mécanisme physiologique n'est pas encore totalement connu à l'heure actuelle (17).
L'altération des taux d'oestrogènes et des neurotransmetteurs, tels que la noradrénaline, semble être impliquée dans la pathogenèse des symptômes vasomoteurs (5).
D'une part, les bouffées de chaleur s'expliqueraient par une perturbation du métabolisme des catécholamines, associée à un désordre central de la thermorégulation au sein de l'hypothalamus. Il semblerait qu'il y ait une augmentation des taux centraux de noradrénaline avant les bouffées de chaleur, avec un taux qui augmente de manière significative lorsqu'une bouffée de chaleur se produit (21).

D’autre part, il se pourrait que ce soit la variabilité ou la chute brutale des oestrogènes, et non leur faible taux, qui soit à l’origine des réactions en cascade qui conduisent aux troubles vasomoteurs. Bien que les bouffées de chaleur accompagnent le sevrage œstrogénique à la ménopause, l’œstrogène ne semble pas être le seul responsable puisque les taux sont comparables entre les femmes symptomatiques et asymptomatiques (5)(21).

En France, on estime qu’environ 80% des femmes ménopausées présentent au moins un symptôme climatérique, les bouffées vasomotrices étant au premier plan.
Les femmes asiatiques semblent être moins gênées par les symptômes vasomoteurs (4), raison pour laquelle il convient de distinguer la perception et le vécu de la ménopause en fonction du contexte socio-culturel.

C. ANTHROPOLOGIE DE LA MENOPAUSE

Des études montrent que les symptômes les plus fréquemment rapportés sont les bouffées de chaleur chez 74% à 85% des femmes européennes (26)(27). Dans une étude paneuropéenne publiée en 1999 portant sur 4023 femmes ménopausées âgées de 50 à 64 ans, 73% des femmes européennes se plaignaient de bouffées vasomotrices (28).

La ménopause constitue un processus dynamique, informé par des rapports sociaux et produit de représentations. Ces représentations sont issues d’une combinaison entre les représentations héritées de la société, du groupe social et familial des femmes et les représentations construites à partir de leurs propres expériences, de même que la perception des symptômes qui peuvent l’accompagner.
En effet, les expériences individuelles de la ménopause présentent une certaine diversité chez les femmes à travers le monde.

Selon Theisen et al. en 1993, il existe deux approches de la ménopause, l’une bio-médicale, l’autre socio-culturelle (29) :

- Dans l’approche « bio-médicale », essentiellement dans les pays industrialisés, la ménopause est vécue comme un problème purement organique, une maladie définie à travers deux symptômes majeurs : les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, auxquelles sont associés d’autres troubles psychologiques ou physiques.
- L’approche « socio-culturelle » décrit la ménopause comme un phénomène naturel survenant dans la vie d’une femme. Cette conception serait plus fréquente dans les pays non industrialisés où la ménopause marque une évolution du statut social.

Dans ses travaux de doctorat, Cécile Charlap démontre les différentes interprétations sur la cessation des menstruations selon les sociétés « comme un accroissement des possibles et des pouvoirs, comme une menace pour l’ordre social ou comme un non-événement, ne faisant pas l’objet d’une attention particulière, au point qu’il n’existe pas de mot pour nommer le phénomène. » (10)

1. Les différentes représentations de la ménopause

Dans son édition « La fabrique de la ménopause », Cécile Charlap décrit la diversité des statuts conférés aux femmes ménopausées (10):

1.1. Une représentation favorable

- Dans certaines sociétés traditionnelles, comme chez les **Baruyas** en Nouvelle-Guinée, étudiés par Maurice Godelier, ou encore les **Béti** au Cameroun, étudiés par Jeanne-Françoise Vincent, les femmes n'ayant plus de règles ont un statut social plus valorisé avec une liberté de parole et d'action qui les rapproche de celui des hommes et qui n'est pas autorisée aux femmes menstruées ; le sang des règles étant perçu comme dangereux. Ainsi, la ménopause marque « le début d'une période nouvelle durant laquelle les femmes peuvent exercer, elles aussi, un pouvoir qui les valorise et leur permet de devenir les égales des hommes » (30).
- Chez les **Lobi** au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, seules les femmes ménopausées ayant eu des enfants accèdent à un changement de statut, le fait d'être ménopausée leur donne davantage de liberté et d'autorité, les autorisant à participer à certains rituels religieux, interdits aux femmes menstruées car le sang des règles est perçu comme une pollution (31).
- Dans certaines ethnies, la fin des années fertiles leur permet d'accéder à un nouveau statut, en effet les **Chinoises** et les **Indiennes** sont davantage appréciées et reconnues par la société. La ménopause est vécue comme un événement positif, comme une libération pour les femmes. D'ailleurs, dans la majorité des langues asiatiques, il n'existe pas de mot pour la ménopause (32).

1.2. Une représentation défavorable

Dans d'autres sociétés, l'image que renvoient les femmes ménopausées est au contraire associée à une représentation de dangerosité, notamment lorsqu'elles continuent à avoir des rapports sexuels :

- Chez les **Samo** au Burkina Faso, étudiés par l'anthropologue Françoise Héritier, les femmes ménopausées sont dangereuses, parce qu'elles ne perdent plus de chaleur, elles sont donc perçues comme une menace pour l'ordre des choses. De ce fait, celles « qui continuent d'avoir des rapports sexuels sont soupçonnées de devenir des sorcières » (33).
- Dans la société marocaine, la ménopause signe la mort sociale et personnelle de la femme, « une femme qui ne saigne plus est morte sexuellement, et celle qui continue à apprécier le coït au-delà de cette limite d'âge est folle » (34).
- Dans la culture occidentale, les femmes de cinquante ans ne sont guère mises en valeur, la ménopause est souvent vécue comme une expérience pénible qui s'articule autour de la perte de la féminité et de la jeunesse, avec l'arrêt de la fécondité (35).

1.3. Insignifiance de la ménopause

Enfin, la ménopause ne revêt pas de signification particulière dans certaines sociétés :

- Un cas particulier est celui du **Japon**. L'anthropologue Margaret Lock, dans son édition « Encounters with aging : Mythologies of Menopause in Japan and North America », montre que les japonaises attachent relativement peu d'importance à la fin des menstruations, considérant cette période comme un passage de la maturité à un processus naturel du vieillissement et non comme un état pathologique. Au Japon, la ménopause est davantage assimilée à « un concept » et ne représente pas un évènement important pour la majorité des japonaises, d'ailleurs « il n'existe pas de mot unique pour exprimer explicitement une bouffée de chaleur ». Il y a un terme, le « konenki » qui désigne le vieillissement en général (36).
- D'après des recherches au **Mexique** auprès d'une centaine de villageoises mayas, l'anthropologue éthiopienne Yewoubdar Beyene, dans son ouvrage « From Menarche to Menopause » paru en 1989, a également démontré qu'il n'y a pas de concept de ménopause, que la plupart de ces femmes ne se plaignaient pas de bouffées de chaleur et qu'il n'existe aucune expression pour les désigner. Chez les Mayas, « aucune femme n'associe la ménopause à une quelconque symptomatologie physique ou émotionnelle » (37).

2. Les facteurs influençant les représentations de la ménopause

2.1. Influence du contexte social

Plusieurs facteurs influencent la façon dont une femme perçoit les changements dus à la ménopause et aborde les symptômes associés. Les facteurs tels que le niveau d'éducation, le statut socio-économique, les facteurs liés à la santé, le stress et le statut marital influencent ces choix de perception (38).

Selon l'étude américaine SWAN, vaste étude multicentrique, les résultats démontrent que :

- La durée totale du syndrome vasomoteur est significativement plus courte chez les femmes mariées ou en couple, chez les femmes avec un niveau d'éducation plus élevé et avec moins de pression financière et chez les femmes bénéficiant d'un plus grand soutien social. En revanche, l'alcool et l'activité physique n'ont aucune influence sur la durée et l'intensité des symptômes (39).
- Les facteurs de risque retrouvés favorisant une plus longue durée du syndrome climatérique sont la couleur de peau noire (10,1 ans) comparativement aux femmes blanches (6,5 ans) ou asiatiques (5 ans), un début des bouffées de chaleur à un âge jeune, un bas niveau d'éducation, un tabagisme, un indice de masse corporelle élevé et les femmes stressées, sujettes au syndrome dépressif ou à l'anxiété (39).
- Un indice de masse corporelle élevé, des antécédents de symptômes prémenstruels et une exposition passive à la fumée entrainent une augmentation des symptômes vasomoteurs chez la femme ménopausée et la déclaration des symptômes varie selon l'origine ethnique. En revanche, le tabagisme ou la prise de phyto-oestrogènes n'ont pas d'effet significatif (13).

Selon l'étude « The South-East England longitudinal study of the climacteric and postmenopause », parue en 1992, les seuls résultats significatifs associés au syndrome vasomoteur sont la présence de symptômes prémenstruels avant les règles et la présence de symptômes vasomoteurs pendant les règles (40).

2.2. Influence du contexte culturel

Les symptômes vasomoteurs sont considérés comme des symptômes caractéristiques de la ménopause dans la plupart des cultures (41).

Bien que la ménopause soit une conséquence naturelle du cycle de la vie reproductive de toutes les femmes, les représentations de la ménopause, c'est-à-dire la façon dont elles reconnaissent les symptômes et la façon dont elles souhaitent les traiter, varient considérablement selon la culture, l'origine ethnique, la région du monde dans laquelle elles vivent, mais aussi selon une variété d'autres facteurs (42).

Une étude publiée en 2010, « Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region » montre que 74% des femmes européennes entre 45 et 60 ans rapportaient des bouffées de chaleur, contre 45 à 69% en Amérique Latine, 36 à 50% aux USA, 36% au Canada et 22 à 63% en Asie (27).

Une étude américaine « Is there a menopausal syndrome ? Menopausal status and symptoms across ethnic groups », publiée en 2001, révèle que les femmes afro-américaines rapportent significativement plus de symptômes vasomoteurs que les femmes caucasiennes et hispaniques. Les japonaises et chinoises rapportent significativement moins de symptômes que les caucasiennes (7).

Plusieurs études observationnelles américaines ont été menées aux Etats-Unis au cours de ces dernières années. Des différences ethniques significatives ont été mises en évidence lors de l'étude SWAN, menée de 1995 à 1997, étude multiraciale et multiethnique, incluant 16065 femmes de groupes ethniques différents. La prévalence du syndrome vasomoteur est plus faible chez les japonaises (18%), contre 20,5% chez les chinoises, 31% chez les caucasiennes, 35% chez les hispaniques et 45,6% chez les afro-américaines (6).

Une autre de ces études, incluant 1449 femmes âgées de 42 à 52 ans, suivies de février 1996 à avril 2013, a permis de fournir les estimations les plus sérieuses à ce jour sur la durée totale du syndrome vasomoteur et a démontré que la durée totale du syndrome vasomoteur est plus longue chez les femmes afro-américaines (médiane 10,1 ans) et moins longue chez les japonaises et chinoises (médiane 4,8 et 5,4 ans, respectivement) (39).

D. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

1. Un motif de consultation fréquent en soins primaires

La vie d'une femme est rythmée par différentes phases physiologiques et symboliques, dont la puberté, les éventuelles grossesses et enfin la ménopause, qui marque le début d'une nouvelle étape.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie de la femme, estimée à 85 ans en moyenne par l'INSEE en 2020, la femme vit plus d'un tiers de sa vie en période ménopausique, avec ses troubles qui l'accompagnent (43).

La prise en charge des troubles climatériques est un motif de consultation courant en soins primaires. C'est pourquoi elle est primordiale, d'autant plus que dans la société actuelle, le rôle de la femme a évolué et qu'elle est encore en pleine activité lorsque survient la ménopause.

2. La nécessité d'une approche globale

Le médecin généraliste, intervenant privilégié du système de soins, est amené à s'occuper de la plupart des problèmes de santé inhérents à la femme, y compris ceux de la ménopause. Par la relation de confiance et d'écoute qui le lie à ses patientes, le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles climatériques et dans l'offre de soins qu'il peut proposer.

Etre à l'écoute des femmes pour leur permettre de mieux appréhender cette période naturelle nécessite une bonne compréhension des facteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'expérience de la ménopause, afin de leur offrir les meilleurs conseils et les soins adaptés pendant cette période.

MATERIEL ET METHODE

A. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en langue française et anglaise, à l'aide de mots-clés simples, en lien avec le sujet de l'étude et les thématiques abordées à partir de plusieurs bases de données :

- Bases de données Internet : Medline, Pubmed, Science Direct, Sudoc ;
- Sites officiels : HAS, INSEE, Collège National de Gynécologie Obstétrique (CNGOF), Société Française de Médecine Générale (SFMG) et le site de l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM) ;
- Moteurs de recherches : Google, Google Scholar ;
- Littérature grise : consultation d'ouvrages, de thèses, de mémoires sur la ménopause.

Toutes les données bibliographiques recueillies ont été sauvegardées et organisées à l'aide du logiciel de gestion de référence Zotero.

B. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de vingt-cinq femmes ménopausées vivant en France Métropolitaine et à l'Ile de La Réunion de Novembre 2021 à Janvier 2022.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour recueillir des données subjectives avec une part émotionnelle comme le vécu, le ressenti et les représentations.

L'objectif principal était de décrire la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.
L'objectif secondaire était d'établir un ou plusieurs profils de la femme ménopausée sujette aux bouffées de chaleur.

2. Sélection des participantes

2.1. Population étudiée

La sélection des participantes à cette étude a été réalisée auprès de femmes ménopausées issues de la population générale, acceptant d'y participer. La participation était volontaire, confidentielle et anonyme.

Les critères d'inclusion étaient :

- être du sexe féminin ;
- être ménopausée depuis moins de 20 ans ;
- avoir un consentement libre et éclairé ;
- avoir un accord pour l'enregistrement audio de l'entretien à des fins exclusives de recherche.

Les critères d'exclusion étaient :
- les patientes en péri-ménopause ou non ménopausées ;
- les patientes ménopausées depuis plus de 20 ans ;
- la volonté de la participante de se retirer de l'étude à tout moment.

2.2. Stratégie d'échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage en « variation maximale », encore appelée « raisonnée » ou « théorique » a été utilisée pour la sélection des participantes (44)(45).

Il s'agissait d'explorer le maximum de situations différentes, afin d'enrichir cette étude de l'expérience de chacune de ces femmes.
L'objectif recherché était donc d'avoir une population féminine la plus diversifiée possible. Il n'était pas question ici de créer un échantillon qui serait à proprement parler représentatif d'une population, comme c'est le cas dans une étude quantitative.
Ce concept de diversité et non de représentativité explique le fait que, dans une étude qualitative, le groupe de participants n'est pas désigné comme un échantillon, mais par le terme d'informateur ou d'informant.

Pour obtenir cette diversité, le choix s'est porté sur le recrutement de femmes ménopausées, d'origines, de cultures, de situations familiales et de catégories socio-professionnelles différentes.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données (44).

2.3. Mode de recrutement

Le recrutement des participantes s'est fait selon plusieurs modes :
- un mode indirect par le bouche à oreille par une maitre de stage universitaire exerçant à Niort, Deux-Sèvres et une parente vivant à l'Ile de La Réunion, pour élargir la provenance géographique de la population, limitant le risque d'une relation établie préalablement à l'étude ;
- un mode direct pour certaines participantes, après une consultation avec l'enquêtrice, interne de médecine générale en SASPAS.

Des femmes ménopausées ont été prévenues de l'existence de cette étude et il leur a été demandé de donner leurs coordonnées pour pouvoir les joindre si elles étaient d'accord d'y participer. Une fiche d'information détaillée leur a été remise (Annexe 2).

L'enquêtrice prenait ensuite personnellement contact avec elles par téléphone, pour s'assurer qu'elles étaient toujours volontaires et pour fixer avec elles la date et le lieu de l'entretien selon leur convenance.

3. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré avant l'enquête, sur la base des premières recherches bibliographiques.
Ce guide a été testé sur une volontaire, entretien non retranscrit, avant de débuter l'étude pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.
Il a évolué et a été adapté au fur et à mesure des entretiens, pour en améliorer la fluidité et enrichir le recueil d'informations.

Le guide d'entretien se composait d' :
- une introduction pour présenter l'enquêtrice, expliquer le but de l'étude et rappeler que l'entretien était anonyme ;
- une première partie pour décrire la population de l'étude : âge, âge de survenue de la ménopause, lieu et milieu de résidence, pays ou région d'origine, culture, statut marital, nombre d'enfants, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle ;
- une deuxième partie thématique axée sur le vécu de la ménopause, avec des questions communes concernant la vie familiale et la sexualité ;
- une troisième partie portant sur des questions fermées.

L'entretien était élaboré avec :
- des questions ouvertes (âge, âge de survenue de la ménopause, statut marital etc),
- des questions fermées avec réponse OUI / NON.

Le guide d'entretien définitif est présenté en Annexe 1.

4. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés, suivant le guide d'entretien.

L'enquêtrice s'est présentée comme étudiante en médecine générale en expliquant que cet entretien s'inscrivait dans le but de réaliser une thèse de médecine générale portant sur la ménopause ; de même cet entretien, réalisé par ses soins, restera anonyme en ce qui concerne la retranscription et l'analyse des données.

Tous les entretiens ont été réalisés par l'enquêtrice, soit au domicile des participantes, soit sur leur lieu de travail, soit au cabinet de recrutement, selon leur convenance.

Chaque entretien était enregistré après accord de la participante à l'aide d'un téléphone portable puis retranscrit, afin d'obtenir une retranscription fidèle de leur propos dans un second temps.

5. Analyse qualitative des données

5.1. Retranscription

Après leur réalisation, les entretiens ont immédiatement été retranscrits intégralement, « mot par mot », sous le logiciel Microsoft Word par l'enquêtrice, sans déformer les propos des femmes, constituant ainsi les verbatims (46).
Le mot à mot permettait de restituer les informations de manière fidèle, afin d'éviter les pertes d'informations et conservait ainsi le rythme de pensées des participantes.

Après chaque retranscription, les verbatims ont été relus par l'enquêtrice, puis soumises à une critique de la directrice de thèse. Les retranscriptions ont ensuite été retournées par mail aux participantes pour valider leurs propos.

5.2. Analyse des données

Une analyse thématique des données a été réalisée ; elle consistait à découper tout le corpus pour en effectuer un codage en 2 phases (44) :
- un codage ouvert : pour faire ressortir le maximum d'idées des entretiens et être le plus exhaustif possible. Il s'agit d'un codage dit descriptif ;
- puis un codage axial : pour regrouper les différents thèmes et sous-thèmes récurrents lors des entretiens. Il s'agit d'un codage dit thématique.

5.3. Triangulation des données

Afin d'optimiser les résultats et de réduire les biais, une triangulation des données a été effectuée pour le codage.
Les données ont été analysées de manière indépendante par trois chercheurs : l'enquêtrice, Madame Maeva BISSUEL et deux investigatrices, Madame Doriane DENIS, titulaire d'un master en sociologie en relations internationales avec un cursus en Sciences Politiques et Madame Suzette PAYET, inspectrice de l'Education Nationale, avec pour les deux un regard avisé sur les représentations socio-culturelles dans la société.

Par la suite, une fois tous les entretiens codés, les arborisations ont été comparées avec discussion entre l'enquêtrice et les tierces personnes. Les thèmes qui ont semblé pertinents ont été relevés puis le travail a été mis en commun, comparé et discuté pour dégager des thèmes émergeants.

L'analyse thématique des vingt-cinq entretiens, les uns après les autres, a donc permis de faire émerger différents axes liés aux vécus des femmes ménopausées.

Cette étape, appelée triangulation des données, a permis de renforcer la validité interne de l'étude (44)(46).

6. Considérations éthiques

6.1. Saisie et traitement des données

L'ensemble des entretiens a été retranscrit de façon anonyme. L'anonymisation des données a été garantie par l'attribution, à chaque participante de la lettre F comme « Femme » suivi d'un numéro, selon l'ordre de retranscription. L'enquêtrice était identifiée par le préfixe I comme « Investigatrice ».

Le consentement écrit de chaque participante a été recueilli (Annexe 4).

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois l'entretien retranscrit.

La retranscription écrite a été conservée sur un support informatique sécurisé.

6.2. Commission éthique

Le projet de thèse a reçu un avis favorable et a été présenté devant un comité d'éthique de La Rochelle le 22/09/2021.

Une déclaration à la CNIL a été effectuée.

RÉSULTATS

A. ENTRETIENS ET ÉCHANTILLON FINAL

1. Caractéristiques des entretiens

Vingt-sept femmes ont été recrutées pour l'étude. Parmi elles :
- Vingt-cinq ont accepté de participer à l'étude,
- Une a refusé par manque de temps,
- Une n'a pas été joignable, malgré plusieurs appels.

Vingt-cinq entretiens semi-dirigés ont donc été menés de Novembre 2021 à Janvier 2022.

Au total, 18 entretiens se sont déroulés au domicile des participantes, 5 entretiens sur leur lieu de travail et 2 entretiens ont été réalisés au cabinet.

La durée moyenne des entretiens était de 13 minutes (7,25 à 21,10 minutes).

La saturation des données a été obtenue à l'issue de vingt-cinq entretiens.

Le tableau complet de cartographie de l'échantillonnage est disponible (Annexe 5).

2. Données socio-démographiques

Ci-dessous sont présentées les principales caractéristiques de cet échantillon (Tableau 1) :

La moyenne d'âge des participantes était de 55,6 ans.

L'âge de survenue de la ménopause se situait en moyenne à 49 ans. La majorité était ménopausée depuis 5 à 10 ans.

La majorité des femmes interrogées était née à La Réunion et y vit encore. Les autres, pour la plupart, étaient nées en France métropolitaine.
Nous avons dissocié lieu de naissance et lieu de vie, ainsi même si la majorité des femmes était née à La Réunion, elles avaient principalement une culture métropolitaine ou réunionnaise, certaines issues de culture asiatique, indienne, malgache, anglaise, sénégalaise et tahitienne.

La majorité des femmes vivait en milieu urbain, les autres pour la plupart vivaient en milieu semi-rural.

Les femmes étaient le plus souvent mariées ou divorcées. Elles avaient quasiment toutes eu des enfants.

Plus de la moitié travaillait à temps plein. Dans la plupart des cas, les autres étaient à la retraite ou sans emploi.

La répartition des catégories socio-professionnelles selon l'INSEE était la suivante : la majorité des femmes était cadre et exerçait une profession intellectuelle supérieure, les autres étaient des employées, sans emploi ou chef d'entreprise.

Entretien	Age (ans)	Age de survenue de ménopause (ans)	Date de ménopause (ans)	Lieu de naissance	Origine et culture	Lieu de résidence	Milieu de résidence	Statut familial	Emploi Catégorie socio-professionnelle
F1	67	49-50	> 10	Val de Marne (94)	Métropolitaine	Niort	Semi-rural	Célibataire 1 enfant	Retraitée Salariée
F2	50	49	< 2	Charente-Maritime(17)	Métropolitaine	Niort	Semi-rural	Pacsée 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F3	60	Plus de 50	5-10	Vendée (85)	Métropolitaine	Niort	Semi-rural	Mariée 4 enfants	Sans emploi
F4	52	52	< 2	Seine-Saint-Denis (93)	Métropolitaine	La Rochelle	Urbain	Mariée 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F5	68	53-54	> 10	Yvelines (78)	Métropolitaine	Niort	Urbain	Divorcée 2 enfants	Retraitée Employé
F6	56	47	5-10	Ile de France	Métropolitaine	Aiffres	Rural	Mariée 3 enfants	Temps partiel Employé
F7	58	44	> 10	Japon	Japonaise	Niort	Semi-rural	Mariée Pas d'enfant	Sans emploi
F8	58	52	5-10	Angleterre	Anglaise	Niort	Urbain	Veuve 2 enfants	Temps plein Employé
F9	58	50	5-10	Tahiti (987)	Tahitienne	Granzay-Gript	Semi-rural	Mariée 1 enfant	Temps plein Employé
F10	62	54-55	5-10	La Réunion (974)	Réunionnaise	La Réunion Saint-Paul	Urbain	Célibataire 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F11	63	54	5-10	La Réunion (974)	Indienne	La Réunion Saint-Paul	Urbain	Veuve, Concubinage 4 enfants	Temps plein Commerçante
F12	67	52	> 10	Madagascar	Malgache	La Réunion Saint-Paul	Urbain	Veuve 2 enfants	Retraitée Employé
F13	54	52	2-5	La Réunion (974)	Réunionnaise	La Réunion Bois de Nèfles	Semi-rural	Mariée 1 enfant	Sans emploi
F14	55	53	< 2	La Réunion (974)	Culture indo-asiatique	La Réunion Saint-Gilles les Hauts	Semi-rural	Mariée 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F15	53	52	< 2	Sénégal	Sénégalaise	La Réunion Saint-Gilles les Bains et Sénégal	Urbain	Concubinage 2 enfants	Temps partiel Chef d'entreprise
F16	51	40	> 10	Aude (11)	Métropolitaine	La Réunion Saint-Gilles les Bains	Urbain	Divorcée 1 enfant	Temps plein Chef d'entreprise
F17	55	50	5-10	Marseille (13)	Métropolitaine	La Réunion Saint-Gilles les Bains	Urbain	Divorcée, en couple 2 enfants	Temps partiel Cadre et PIS
F18	57	52	5-10	La Réunion (974)	Chinoise	La Réunion Saint-Leu	Urbain	Divorcée, concubinage 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F19	57	42	> 10	La Réunion (974)	Réunionnaise	La Réunion Saint-Gilles les Bains	Urbain	Concubinage 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F20	61	54-55	5-10	La Réunion (974)	Chinoise	La Réunion Saint-Paul	Semi-rural	Divorcée 2 enfants	Temps plein Cadre et PIS
F21	52	48	2-5	La Réunion (974)	Réunionnaise	La Réunion Saint-Paul	Semi-rural	Divorcée 1 enfant	Temps plein Chef d'entreprise
F22	64	50	> 10	La Réunion (974)	Réunionnaise et Corse	Corse et Portugal	Urbain	Divorcée Pas d'enfant	Retraitée Profession intermédiaire
F23	49	48	< 2	La Réunion (974)	Indienne	La Réunion La Plaine Saint-Paul	Semi-rural	En cours de divorce, en concubinage 2 enfants	Sans emploi
F24	60	52	5-10	Madagascar	Franco-malgache	La Réunion Saint-Gilles les Bains	Urbain	Mariée 2 enfants	Retraitée Cadre et PIS
F25	56	50	5-10	La Réunion (974)	Réunionnaise	La Réunion Bois de Nèfles	Rural	Célibataire 3 enfants	Temps plein Employé

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes.

PIS : Profession Intellectuelle Supérieure

B. ANALYSE TRANSVERSALE

Pour répondre à notre objectif concernant la variation des ressentis sur le syndrome vasomoteur, nous avons dans un premier temps identifié et analysé les facteurs influençant le syndrome vasomoteur, puis dans un second temps nous nous sommes intéressés aux différentes expériences de la ménopause. Enfin, nous nous sommes interrogés sur les solutions mises en place par les femmes pour la gestion de la ménopause.

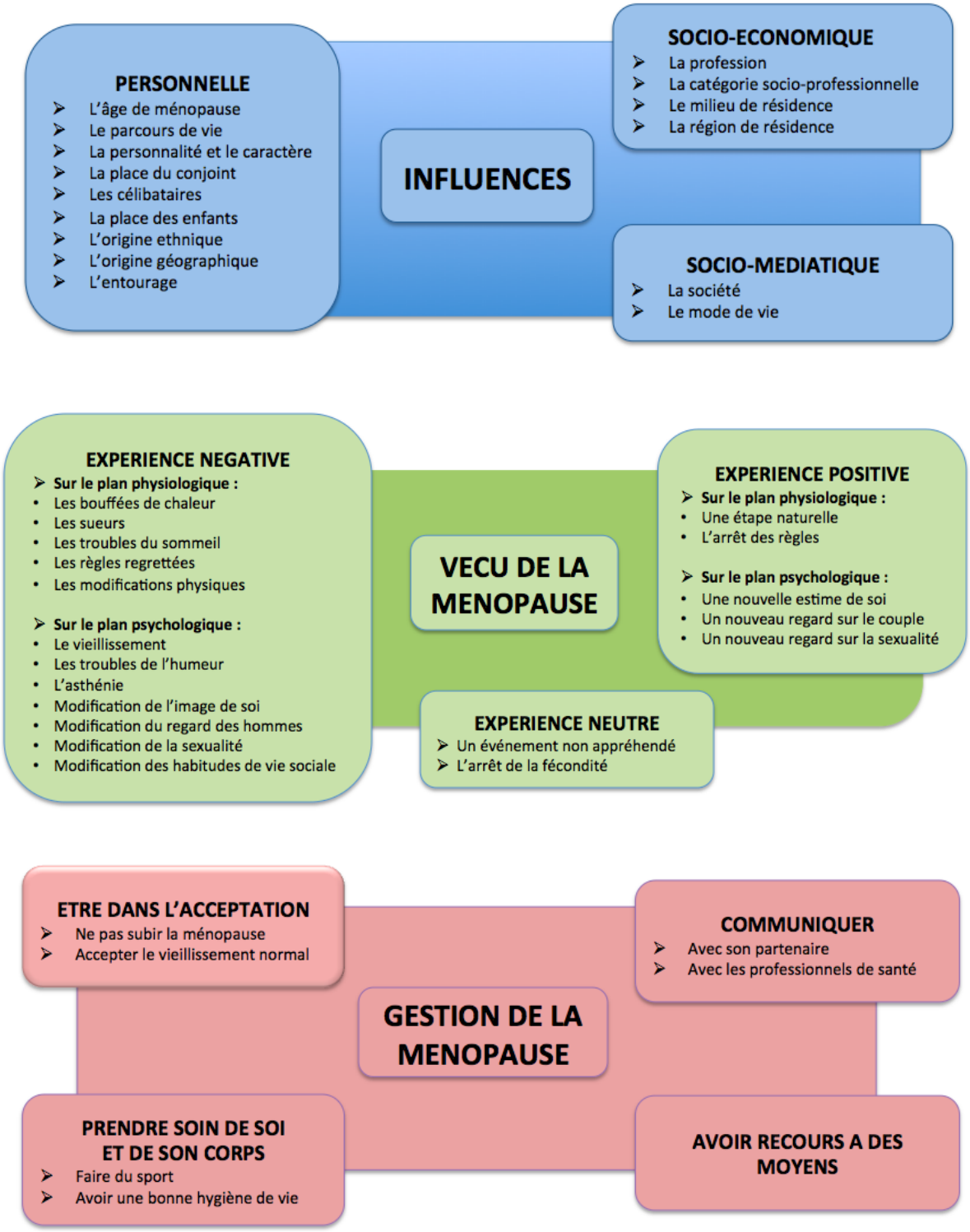

Figure 1 : Schéma récapitulatif des principaux résultats.

1. Les facteurs influençant le syndrome vasomoteur

L'analyse nous a permis de faire émerger des facteurs pouvant avoir une influence sur le vécu de la ménopause :

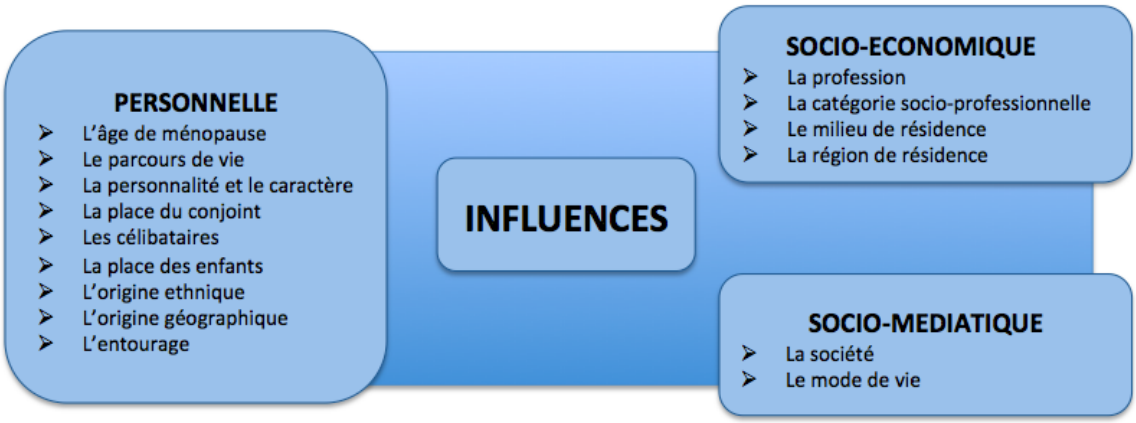

Figure a : Facteurs influençant le syndrome vasomoteur.

1.1. Influence de l'histoire personnelle de la femme

Le vécu de la ménopause était éminemment personnel et dépendait étroitement de l'histoire de la femme et de ses antécédents.

1.1.1. L'âge de ménopause **(Toutes)**

Il se dégage de cette étude que la quasi-totalité des femmes physiologiquement ménopausées avant la cinquantaine faisait état d'une symptomatologie vasomotrice plus marquée.

A l'inverse, les femmes ménopausées après la cinquantaine n'avaient, pour la très grande majorité d'entre elles, peu ou pas ressenti de symptômes vasomoteurs.

1.1.2. Le parcours de vie

- **Les antécédents médicaux (F16, F24)**

Nous constatons que des femmes qui avaient été sensibilisées aux symptômes vasomoteurs puisqu'elles les avaient déjà vécus, lors d'une Procréation Médicalement Assistée ou une endométriose, avaient mieux surmonté cette période :

F16 : « J'ai fait une PMA pour avoir ma fille, j'ai eu les mêmes symptômes que quand j'avais les injections avec les bouffées de chaleur, j'ai toujours été embêtée sur le plan hormonal »

F24 : « j'étais sous Decapeptyl, ça me soignait pour l'endométriose, donc à 30 ans j'ai été ménopausée pendant un an sous Decapeptyl et c'était un traitement tellement fort qu'il a duré encore un an donc pratiquement 2 ans avec les effets, c'est peut-être pour ça que je l'ai mieux vécu parce que je l'ai vécu à 32 ans avec les bouffées de chaleur, le ventre, la peau qui se dessèche comme une vieille pomme, sécheresse vaginale, j'étais fendue de partout. »

- **<u>Les antécédents vasomoteurs</u> (F6, F8, F9, F13, F15, F22, F24, F25)**

Pour certaines femmes interrogées ayant déjà rapporté des épisodes vasomoteurs causés par un stress, un examen ou sans cause évidente, avant leur ménopause, il s'avère qu'elles continuaient de souffrir de symptômes vasomoteurs pendant leur ménopause :

F13 : « Depuis toute petite j'avais déjà tendance à avoir une transpiration excessive à n'importe quel moment. »
F22 : « Oui, quand je stressais pour une raison ou une autre, des suées. »

D'autres qui avaient tendance à rougir facilement, que le rougissement soit visible ou simplement ressenti, faisaient état de bouffées de chaleur :

F8 : « « Je suis rouge vif, tout le temps et plus en vieillissant. »
F15 : « Si je rougis on ne va pas le voir, mais oui ça monte. »

- **<u>Les antécédents prémenstruels</u>**

Il ressort que les femmes qui déclaraient avoir des symptômes prémenstruels marqués se plaignaient de manifestations vasomotrices **(F1, F2, F8, F9, F11, F14, F15, F19, F21, F22, F23, F24, F25)** :

F15 : « Oui des douleurs des seins, du ventre, des jambes et de la tête. »
F22 : « Tension mammaire, irritabilité et prise de poids. »
F23 : « Prise de poids, douleurs mammaires et abdominales énormément. »

A l'inverse, parmi celles n'ayant jamais eu de plainte vasomotrice, nous constatons qu'elles n'avaient jamais souffert de symptômes prémenstruels **(F12, F20)** :

I : Avant d'être ménopausée, aviez-vous un syndrome prémenstruel (…) avant vos règles ?
F12 : « Non alors que ma sœur c'était infernal, elle se tortillait, les premiers jours des règles elle n'allait pas à l'école. »
F20 : « Rien de tout cela. »

1.1.3. La personnalité et le caractère **(F1, F3, F4, F10, F12, F13, F18, F20, F24)**

Nous remarquons que de nombreuses femmes, ayant appréhendé la ménopause de manière positive, rapportaient moins de plaintes vasomotrices et vivaient mieux cette période :

F4 : « Et puis, il y a notre caractère à bien accepter les changements et peut-être pas trop être focalisée sur soi-même »
F10 : « J'avais peut-être décidé au fond de moi que ça allait bien se passer (…) quelques bouffées de chaleur n'allaient pas me pourrir la vie »
F13 : « Pour moi, accepter les choses ça peut aider énormément. »
F24 : « On choisit de l'ignorer ou pas. Soit on est dans l'acceptation je pense et puis on apprend à vivre avec, soit on n'est pas dans l'acceptation donc on subit, moi j'ai refusé de subir. »

1.1.4. La place du conjoint

- **<u>Le conjoint bienveillant</u> (F3, F4, F6, F9, F13, F14, F15, F17, F18, F24)**

Nous remarquons que, parmi celles qui étaient en couple, la majorité des femmes dont le conjoint faisait preuve de compréhension avait une expérience plutôt positive de la ménopause :

I : Comment décririez-vous votre conjoint ?
F3 : « Dynamique, mauvais caractère, mais quand même toujours présent et généreux. »
F14 : « Quelqu'un de gentil, qui me dit toujours oui, qui est compréhensif. »
F18 : « A l'écoute. »
F24 : « Parfait (…) A l'écoute. »

- **<u>Le conjoint maternant</u> (F2)**

A l'inverse, une femme qui avait décrit son conjoint comme maternant, « comme une seconde maman », présentait une symptomatologie plus marquée :

F2 : « Plutôt attentionné, je dis toujours que c'est une seconde maman, j'ai un métier qui fait que je ne suis pas souvent à la maison (…) il fait beaucoup de choses, aussi bien du ménage que du repassage, il aide beaucoup voire plus. »

- **<u>Le conjoint égoïste</u> (F23)**

Il en est de même pour une femme dont le conjoint était décrit comme indifférent, qui évoquait de nombreux symptômes vasomoteurs avec une répercussion sur son état psychologique et physique :

F23 : « C'est un gros maniaque de la propreté, quelqu'un de très carré. (…) C'est quelqu'un d'égoïste, très égoïste. »
I : Est-il facile à vivre ?
F23 : « Non pas du tout. Nous on s'adapte à lui mais lui il s'adapte pas. Lui ménopause ou pas ménopause il s'en fout, donc j'essaie de le faire changer mais bon on change pas hein, ça fait 47 ans qu'il est comme ça il va rester comme ça. Quand je lui parle de la ménopause il s'en fout carrément. Les hommes ils s'en foutent, mais ça m'a valu mon divorce parce que j'ai eu à 45 ans ma libido s'est arrêtée complétement, mon mari il a été allé voir ailleurs. »
I : Est-il du genre à vouloir tout commander et décider ? F23 : « Oui. »

1.1.5. Les célibataires **(F1, F5, F10, F12, F16, F20)**

Nous observons que la plupart des femmes sans partenaire, c'est-à-dire séparées, divorcées, veuves ou célibataires, avaient une attitude positive à l'égard de la ménopause.

1.1.6. La place des enfants

La place des enfants n'a pas été interprétée par manque de données analysables.

En second lieu, il s'avère que les facteurs socio-culturels avaient une répercussion sur le syndrome vasomoteur.

1.1.7. L'origine ethnique **(F7, F12, F14, F18, F20, F24)**

Nous constatons que les femmes d'origine malgache faisaient état de peu voire d'aucun symptôme vasomoteur **(F12, F24)** :

F12 : « je n'ai rien senti et c'est passé comme ça, sans me perturber. »

F24 : « Il y en a beaucoup qui ont souffert de la ménopause et je m'aperçois que quand même moi je l'ai bien vécu »

Il en est de même pour les femmes d'origine asiatique qui évoquaient très peu de plaintes vasomotrices voire aucune **(F7, F14, F18, F20)** :

F7 : « Par exemple beaucoup de suées ? Rien. Pendant l'été j'ai des sueurs mais c'est à cause de chaleur. » (Culture japonaise)

F14 : « Après les bouffées de chaleur, le fait de se réveiller tremper la nuit c'était à la marge quand même, ça ne m'arrive jamais la journée. » (Culture indo-asiatique)

F18 : « Un peu de bouffées de chaleur mais que la nuit c'est tout. » (Culture chinoise)

I : Avez-vous (eu) des symptômes (…) ?

F20 : « Non pas du tout. Donc aucun traitement. » (Culture chinoise)

Il en ressort donc pour ces deux cultures, une représentation positive de la ménopause, celle-ci étant vécue :

F18 : « Comme un soulagement. » (Culture chinoise)

F20 : « On va dire naturellement, ce sont des choses qui se savent par nos ainés, par les parents, on en parle librement. Et puis ce n'est pas quelque chose au niveau de la famille qui pouvait faire peur ou quoi que ce soit. » (Culture chinoise)

F24 : « Les vieux sont acceptés à Madagascar, il y a un mélange générationnel qu'on rencontre peut-être pas dans les grandes villes donc c'est tout à fait accepté sans que les mots soient dits sur la ménopause. » (Culture franco-malgache)

1.1.8. L'origine géographique **(Toutes)**

La femme d'origine africaine vivant à La Réunion et au Sénégal faisait un lien entre ses retours au Sénégal et l'apparition de bouffées de chaleur :

F15 : « Il y a une chose quand même extraordinaire, c'est qu'à chaque fois que j'ai eu le peu de bouffées de chaleur ça a été au Sénégal et pas à La Réunion donc à La Réunion je ne pouvais pas me rendre compte que j'étais ménopausée mais par contre au Sénégal oui. (…) Je me suis rendue compte aussi d'une chose, c'est qu'avant ma ménopause, je n'avais pas mes règles à La Réunion mais dès que j'arrivais au Sénégal je les avais, c'est vraiment un truc très bizarre. »

Certaines femmes rapportaient une plus forte prévalence des symptômes de leurs amies d'origine métropolitaine :

F14 : « c'est vrai que mes copines qui en parlent le plus, des désagréments de la ménopause, ce sont des femmes métropolitaines. »

F15 : « J'ai entendu parler des bouffées de chaleur par les copines occidentales, mais pas au Sénégal, jamais. »

1.1.9. L'entourage

- **<u>Influence de la mère</u> (F3, F6, F8, F10, F18, F20, F22)**

Les premières représentations de la ménopause étaient souvent les images véhiculées par la mère. Certaines femmes ont pu parler de la ménopause avec leur mère et avoir des informations, alors que d'autres n'ont jamais eu cette opportunité d'aborder spontanément le sujet.

Nous constatons que celles pour qui la mère avait transmis une image positive de la ménopause, vivaient plus sereinement ce phénomène :

F10 : « Oui ma maman qui l'a bien vécu (…) je me disais « j'espère que j'aurai le même chemin que ma maman. » (Peu symptomatique)

F18 : « C'est arrivé assez tard aussi, passé la cinquantaine, elle aussi c'est passé comme une lettre à la poste, donc quelque part je me suis dit ah c'est peut-être génétique, je vais peut-être hériter de la chance que ça se passe bien comme ma maman. » (Peu symptomatique)

F20 : « Bien vécu, qu'elle n'a pas eu de symptômes particuliers, pareil après 50 ans. » (Asymptomatique)

A l'inverse, celles ayant reçu des avis négatifs de la part de leur mère, le vivaient plus difficilement :

F6 : « Ma mère, j'ai vu et entendu, j'étais jeune, elle ne m'en parlait pas non plus (…) mais je savais ce qu'elle traversait, elle était irritable, elle avait des bouffées de chaleur, je m'en souviens bien » (Symptomatique)

F8 : « Ma mère l'a très mal vécu (…) donc chaud et froid. » (Symptomatique)

I : Qu'avez-vous entendu de la part de votre maman ?

F22 : « Qu'elle avait des bouffées de chaleur et le poids aussi. » (Symptomatique)

- **<u>Influence des pairs</u>**

Certaines femmes ont pu être influencées par leur entourage.
Quelques-unes ont abordé le sujet avec leurs sœurs, leurs cousines ou leurs collègues de travail. Mais c'est surtout avec les amies, avec qui elles pouvaient parler assez librement des symptômes et des gênes vécues, qu'elles arrivaient à nouer un dialogue.

- **Les amies (F2, F7, F11, F14, F15, F18, F19, F20, F21, F23, F24)**

Nous constatons que pour les femmes ayant eu une transmission négative de la part de leurs amies proches engagées dans la ménopause, la moitié la supportait aussi difficilement et l'autre moitié la vivait plus paisiblement :

F14 : « Les symptômes sont très variables, quelquefois j'ai des copines pour qui c'était complétement invalidant, elles avaient des bouffées de chaleur toute la journée, manque de sommeil, mauvaise humeur, ça dépendait, en fait il y a des gens qui ont beaucoup plus de symptômes, mais le plus gênant c'est vraiment les bouffées de chaleur et le fait de suer d'un seul coup, que j'ai un peu le soir de temps en temps. » (Peu symptomatique)

F18 : « Oui, justement avec des amies on discutait. Il y a (…) beaucoup de bouffées de chaleur, alors ça énormément. » (Peu symptomatique)

F19 : « Dans mon entourage, les femmes parlaient des bouffées de chaleur en montrant que c'était gênant » (Symptomatique)

F21 : « Elles sont catastrophées, elles se plaignent beaucoup (…) Elles sont énervées, irascibles et bouffées de chaleur beaucoup. » (Symptomatique)

- **Les sœurs (F12, F15, F20, F21)**

Nous remarquons que celles qui se comparaient à leurs sœurs déclaraient mieux supporter cette période :

F12 : « J'ai une grande sœur qui avait toujours des bouffées de chaleur, quand ça la prenait elle était mouillée, trempée, elle était pas bien, elle l'a mal vécu. »

I : Qu'avez-vous entendu de la part de votre sœur ?

F21 : « Les bouffées de chaleur. Elle était très irritée mais après on n'a pas le même caractère ma sœur et moi donc du coup elle ça l'a vraiment perturbée, comme je suis quelqu'un qui ne s'écoute pas trop et qui avance. Du coup, elle, c'était une catastrophe dans sa vie. »

I : Comment votre sœur a-t-elle vécu sa ménopause ?

F21 : « Certainement pas comme moi. Jusqu'à présent elle galère toujours, parce qu'elle n'a pas le droit de prendre le traitement, parce qu'elle fume, elle a toutes les contre-indications par rapport à moi »

- **Les collègues (F1, F10, F14)**

Certaines ont entendu des remarques négatives de la part de leurs collègues et n'ont pas été influencées :

F10 : « En fait j'ai eu des retours de collègues qui parlaient de moments difficiles à vivre, à savoir bien sûr les bouffées de chaleur, mais surtout une irritabilité qui gênait beaucoup l'exercice de la fonction d'enseignant. »

F14 : « Je savais parce que j'entendais les collaborateurs là où je travaille qui en parlaient, qui avaient des bouffées de chaleur, qui étaient fatiguées, qui ne dormaient pas »

- **Les autres (F6, F25)**

Une femme a fait référence à ses cousines déjà ménopausées :

F25 : « Par les cousines, la ménopause chacun à sa façon, tout le monde ni n'a point les mêmes symptômes. »

Une autre a rapporté avoir entendu des remarques inconvenantes de la part d'hommes :

F6 : « Des remarques ironiques de la part d'hommes sur cette transformation de la femme, la ménopause permet de justifier parfois de façon très cynique les changements d'humeur chez les femmes. »

1.2. Influence socio-économique

1.2.1. La profession **(F2, F16, F17, F20)**

Les femmes ayant une activité professionnelle en lien avec le domaine de la santé semblaient moins appréhender la ménopause, contrairement à ce que l'image de leur activité pouvait leur renvoyer :

F16 : « après j'étais dans le médical donc je voyais de plus en plus de femmes supplémentées sur le plan hormonal et qui vivaient très bien leur ménopause, pour moi ce n'était pas du tout un stress particulier d'être ménopausée. » (Dirigeante dans la santé)

F17 : « C'est en lien avec mon âge, c'est un passage, c'est un temps, c'est tout simplement en fonction de l'âge. » (Pharmacienne)

F20 : « pour moi c'est le cours naturel des choses, de la vie, on est tous au courant dès qu'on a ses règles en étant jeune fille on sait très bien qu'un jour ou l'autre ça va s'arrêter. » (Cadre supérieure de santé)

1.2.2. La catégorie socio-professionnelle

Parmi les femmes de catégorie socio-professionnelle « Cadres et professions intellectuelles supérieures », la grande majorité faisait part de peu ou pas de plaintes vasomotrices **(F10, F17, F18, F20, F24)**.

Nous remarquons que les femmes d'une catégorie socio-professionnelle moins élevée, employée ou sans emploi, étaient davantage préoccupées par leur féminité et leur sexualité et par conséquent, se sentaient moins séduisantes **(F8, F23, F25)** :

F23 : « je ne me sens pas belle, je ne suis pas dans l'optique de m'habiller, j'ai pas envie. » (Sans emploi)

F25 : « ma la peur que mi assure plus au niveau sexuel » (Employée)

1.2.3. Le milieu de résidence

Il se dégage de cette analyse la tendance selon laquelle le milieu de résidence avait une influence sur les symptômes vasomoteurs.

Parmi les femmes vivant en milieu urbain, plus de la moitié n'avait pas ou peu de plaintes vasomotrices **(F4, F5, F10, F12, F15, F17, F18)** :

F5 : « j'entendais également qu'on avait des bouffées de chaleur, qu'on n'était pas bien, ça m'est arrivé évidemment comme tout le monde mais c'était très supportable et pas souvent en plus, je l'ai très bien vécu. » (Asymptomatique)

F10 : « c'était de temps en temps la nuit des bouffées de chaleur » (Peu symptomatique)

1.2.4. La région de résidence

Il s'avère que la majorité des femmes vivant à La Réunion faisait état de plus de sueurs nocturnes **(F10, F11, F13, F14, F16, F18, F19, F21, F23, F24, F25)**.

Pour les femmes vivant en Métropole, la répartition des femmes avec et sans symptôme vasomoteur était équivalente **(F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F22)**.

1.3. Influence socio-médiatique

1.3.1. La société

La société actuelle véhicule une image de la femme presque parfaite qui doit être toujours performante, sans jamais se plaindre :

F6 : « la pression de la société qui nous demande d'être toujours au mieux de sa forme, et d'une humeur « égale » quoi qu'il arrive, n'aide en effet pas à gérer sereinement ces moments, il faut bien sûr les dissimuler ou faire comme si ça n'existait pas. »

Elle peut également dresser un tableau plus sombre que ce qui peut être réellement vécu.

- **<u>Représentations de la ménopause</u>**

La transition ménopausique, étape clé dans la vie d'une femme, revêt un certain nombre de représentations physiologiques ou symboliques.

- **La ménopause synonyme de bouffées de chaleur (F1, F2, F5, F6, F8, F10, F11, F12, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F20, F21, F22, F24)**

La majorité des femmes associait la ménopause aux bouffées de chaleur avant d'être ménopausée :

F1 : « J'en avais entendu parler des bouffées de chaleur. »
F5 : « J'entendais également qu'on avait des bouffées de chaleur. »
F8 : « On dit qu'on va avoir des bouffées de chaleur. »

Parmi ces femmes, la moitié d'entre elles faisait état d'une symptomatologie fonctionnelle plus marquée alors que l'autre moitié déclarait peu de manifestation.

- **La ménopause synonyme de prise de poids (F3, F4, F8, F13, F16, F17, F18, F20, F22, F25)**

Pour de nombreuses femmes, la ménopause pouvait s'accompagner d'une prise de poids :

F3 : « je savais que j'avais très peur de grossir »
F4 : « après c'est plutôt le côté négatif qui arrive, on va avoir des ballonnements, on va être grosse, on va prendre des hanches et des kilos. »
F18 : « Avec une prise de poids… et un corps qui se transforme en fait. »

Nous constatons que parmi celles ayant eu une vraie peur de grossir, la moitié avait réellement pris du poids.

- **La ménopause synonyme d'arrêt des règles (F1, F2, F4, F5, F6, F7, F13, F14, F18, F19, F20, F24)**

Pour la moitié des femmes interrogées, la ménopause rimait avec arrêt des règles :

F4 : « Surtout une libération, c'est la fin des règles »

- **La ménopause synonyme de vieillissement (F11, F16)**

Une des femmes concevait la ménopause comme un signe du vieillissement :

F16 : « Pour moi c'était des vieilles femmes ridées »

Une autre femme décrivait la femme ménopausée dans sa culture comme :

F11 : « Une vieille personne, qu'on laisse de côté »

- **La ménopause synonyme de fin de la fécondité (F15, F20)**

Des femmes ont rapporté que dans leur culture, la ménopause était associée à la fin de la reproduction et au deuil de la fécondité :

F15 : « C'est une femme qui ne peut plus déjà faire d'enfants, donc les hommes vont te dire elle est âgée, elle est plus capable d'avoir des enfants. Et les hommes sénégalais ont tendance à plus aller voir des petites minettes, parce que eux leur vie c'est le rêve de toujours faire des enfants jusqu'à 80-90 ans » (Culture sénégalaise)

F20 : « Quand on parle de ménopause, on sait qu'on ne pourra plus avoir d'enfants. » (Culture chinoise)

- **La ménopause synonyme de fin de la féminité (F5)**

Une femme appréhendait la ménopause comme la fin de la féminité :

F5 : « j'imaginais ça triste, j'entendais des dames dire que c'était la fin de leur vie féminine. »

- **<u>La pression sociétale</u>**

Loin d'être seulement un processus physiologique, la ménopause est l'objet de représentations sociales et se nourrit de la pression sociétale.

- **Un à priori négatif (F2, F4, F5, F8, F11, F12, F13, F16, F18, F19, F21, F22, F23, F24, F25)**

Avant d'être ménopausée, certaines femmes avaient un à priori négatif sur cette étape de la vie.

Certaines d'entre elles, malgré leurs préjugés n'ont pas vécu cette expérience de façon aussi catastrophique. Cette vision négative a évolué puisque la réalité s'est avérée différente **(F4, F5, F12, F13, F16, F18, F24)** :

F5 : « Avec mon médecin, j'en avais parlé avec lui pour savoir pourquoi je n'avais pas de bouffées de chaleur comme je pouvais l'entendre, parce que sinon tout se passait bien. »

D'autres ne s'attendaient pas à une symptomatologie aussi marquée **(F2, F8, F11, F19, F21, F22, F23, F25)** :

F2 : « Oui je m'attendais à avoir ces symptômes mais peut être pas aussi prononcé sur les changements d'humeur et les bouffées si prononcées. »

F22 : « Je voyais les bouffées de chaleur comme un petit coup de chaud mais pas aussi fort. »

- **Un sujet tabou (F1, F5, F11, F12, F13, F15, F16, F19)**

Certaines déploraient une vision taboue de la ménopause dans leur famille, mais reconnaissaient que des progrès avaient été faits dans l'approche de ce sujet par rapport aux anciennes générations :

F13 : « Sujet un peu tabou dans la famille mais pas aux niveaux des amies. »

F19 : « On n'en parle pas forcément, on n'en a jamais parlé avec ma maman »

Certaines ont clairement rapporté que le sujet n'était pas abordé dans leur culture :

F12 : « On n'en parle pas, franchement ce n'est pas tabou mais on n'en parle pas tout simplement, c'est la vie de tous les jours. » (Malgache)

F15 : « C'est marrant ils en parlent pas, ça n'existe pas au Sénégal, je n'ai jamais entendu ma mère parler de ménopause, c'est vraiment un truc que j'ai découvert en France. » (Sénégalaise)

- **Le rôle des médias (F7, F15, F21)**

Certaines femmes se sont tournées vers les médias pour trouver des réponses à leurs questionnements sur cette étape de vie :

- **La télévision**

  F7 : « au Japon, l'émission de télé il y a beaucoup de ménopause, maintenant il y a Internet, il y a beaucoup d'informations. »

- **Internet**

  F15 : « Je suis allée sur internet pour regarder parce que je commençais à avoir des douleurs »

  F21 : « Je suis allée voir, comme je suis curieuse, scientifiquement qu'est-ce qui se passait et j'ai bien vu que c'était ça. »

1.3.2. Le mode de vie

- **L'habitude tabagique (F1, F4, F5, F7, F10, F12, F13, F15, F18, F20, F24)**

Un peu plus de la moitié des femmes non fumeuses ne présentait peu ou pas de symptômes vasomoteurs.

Parmi les femmes n'ayant jamais présenté de symptôme vasomoteur ou très peu de sueurs nocturnes, la grande majorité était des non fumeuses.

- **L'activité physique (F1, F2, F4, F5, F6, F7, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F20, F21, F23, F24)**

Pour celles pratiquant du sport de façon régulière, nous constatons qu'il y a autant de femmes qui présentaient des symptômes vasomoteurs que celles qui n'en avaient peu ou pas.

- **Le traitement hormonal substitutif (F3, F14, F16, F21, F24)**

Les femmes interrogées prenant ou ayant déjà pris un traitement hormonal substitutif se plaignaient de bouffées de chaleur principalement nocturnes avec peu de bouffées de chaleur diurnes.

- **La consommation d'alcool**

Dans notre étude, le faible échantillon de patientes rapportant une consommation en alcool quotidienne ne permettait pas de tirer une conclusion.

2. Les femmes et le vécu de la ménopause

Selon la définition du Larousse, le vécu correspond à « l'expérience réellement vécue, les faits, les évènements de la vie réelle » (47).
L'appréciation du vécu de la ménopause par les patientes était la suivante :

- La majorité des femmes interrogées semblait bien supporter leur ménopause, celles-ci n'ayant ressenti aucune ou peu de gêne ;
- Certaines ont jugé leur situation comme insupportable à cause de leur symptomatologie fonctionnelle.

L'analyse des entretiens nous a permis de dégager trois axes pour définir l'expérience des femmes sur la ménopause, un événement avec des symptômes ou non.

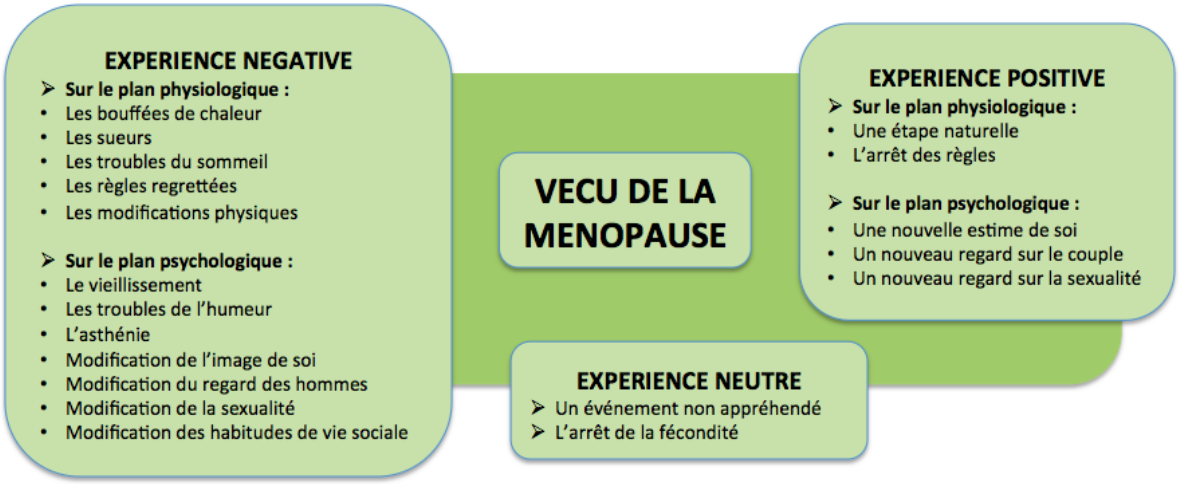

Figure b : Le vécu de la ménopause.

2.1. Une expérience négative

Le ressenti plutôt négatif de la ménopause était flagrant chez certaines femmes pour qui les bouffées de chaleur tenaient une place importante parmi les plaintes les plus fréquemment rapportées.

L'ensemble des symptômes que les femmes interrogées attribuaient à la ménopause regroupait des modifications physiques et psychologiques :

2.1.1. Sur le plan physiologique

a) Les bouffées de chaleur (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9, F10, F11, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F21, F22, F23, F24, F25)

- **Un symptôme clé de la ménopause**

Communément appelées manifestations ou bouffées vasomotrices, les bouffées de chaleur sont le symptôme le plus fréquemment évoqué et de manière spontanée par les femmes interrogées :

F2 : « on me parlait des bouffées de chaleur »
F9 : « On a ces formes de bouffées de chaleur, on ne sait pas ce que c'est »

Dans notre échantillon, la très grande majorité des femmes avait souffert ou souffre encore de bouffées de chaleur.

- **La fréquence d'apparition**

Parmi les femmes ayant expérimenté les bouffées de chaleur, un quart des femmes n'en ressentait que la nuit, un quart n'en ressentait que la journée et pour la moitié d'entres elles, cela pouvait survenir le jour comme la nuit.

Une première moitié présentait une symptomatologie fonctionnelle si importante qu'elle en parlait avec des mots forts et les rapportait comme « gênantes » voire « invalidantes » ou « handicapantes » :

F2 : « Oui, j'ai ces fameuses bouffées de chaleur surtout accompagnées de sueurs très importantes plus particulièrement nocturnes mais aussi diurnes, ça me fait un peu souffrir quelque part. »
F19 : « Oui très très gênant en société, en duel, quand on est avec quelqu'un, des sueurs qui perlent, c'était très handicapant même à un moment. »
F23 : « Enormément, c'est invivable »

L'autre moitié qui décrivait les bouffées de chaleur comme occasionnelles, donc moins gênantes, supportait mieux cette période :

F1 : « Oui, j'ai eu des bouffées de chaleur, mais je n'ai pas été vraiment handicapée»
F5 : « ça m'est arrivé évidemment comme tout le monde mais c'était très supportable et pas souvent en plus, je l'ai très bien vécu. »

- **Une perception personnelle**

Le ressenti et la description des bouffées de chaleur relèvent d'une perception variable.
Nous constatons que les femmes qui expérimentaient les bouffées vasomotrices les décrivaient avec des termes choisis en fonction de leur gêne. Plus la gêne était intense, plus la description était riche, précise et permettait de mettre leur ressenti en image et de mieux transcrire leurs émotions :

- Certaines femmes insistaient sur l'aspect coloré :
  F1 : « le rouge me venait aux joues (…) ah tu es rouge »

- D'autres mettaient en évidence la sensation de chaleur contrairement à d'autres qui évoquaient la sensation de froid :
  F1 : « j'avais chaud »
  F8 : « chaud la nuit »
  F22 : « Trempée et d'un coup vous avez froid. »
  F23 : « une bouffée, c'est du froid après du chaud, après le froid ça revient. », « ça me glace après il y a le gros coup de chaud »

- Certaines décrivaient leur survenue soudaine et leur durée éphémère :
  F1 : « ça ne me prévenait pas »
  F14 : « le fait de suer d'un seul coup »
  F16 : « d'un seul coup dégouliner »
  F22 : « ça vient d'un coup (…) et puis bon d'un coup ça passe »

- Alors que d'autres les associaient à sa conséquence physiologique, c'est-à-dire les sueurs :
  F2 : « je sue à grosses gouttes »
  F19 : « des sueurs qui perlent »

o Les facteurs favorisants

L'apparition de fortes émotions et d'angoisses a souvent été évoquée comme des facteurs provoquant ces bouffées vasomotrices :

F2 : «Je pense que lorsque je suis davantage stressée j'ai des bouffées de chaleur.»
F6 : « Sur des moments où on a de l'émotion, ça c'est clair, quand il y a une émotion effectivement je rougis facilement, mais en plus on rougit et on a chaud, c'est comme si il y avait un accélérateur de bouffées de chaleur, des choses fortes émotionnellement. »
F16 : « Peut-être le stress, la prise de parole en public, tout ce qui est hormonal, à partir du moment où il y a une montée d'adrénaline ou de stress j'étais plus disposée à avoir des bouffées de chaleur. »

Le climat a aussi été cité comme facteur favorisant :

F15 : « Je pense que le climat et la position géographique jouent beaucoup, moi je suis sûre. J'avais beaucoup plus de symptômes au Sénégal qu'à La Réunion.»
F17 : « Le climat ici des fois on se pose des questions. »
F19 : « Si peut-être quand il fait chaud, en métropole en hiver je n'ai pas de bouffées de chaleur. »

Des facteurs alimentaires ou la prise d'alcool ont également été mentionnés :

F23 : « J'ai remarqué quand je bois de l'alcool c'est là que j'ai plus de bouffées et le café aussi, je bois beaucoup de café, je bois au moins 6 ou 7 cafés par jour, je pense que ça aussi ça doit jouer. »
F24 : « Je pense que l'alimentation effectivement peut changer les bouffées de chaleur. (…) L'igname, les africaines qui mangent de l'igname, elles n'ont pas de bouffées de chaleur donc je pense que l'alimentation peut jouer. »

Comme l'expliquait une participante, le fait d'avoir une journée bien remplie serait, par comparaison aux journées plus calmes, un facteur favorisant la diminution de bouffées de chaleur :

F24 : « dans la journée quand tu travailles que tu es occupée, on ne s'en rend pas compte, on ne fait pas gaffe. »

o Les conséquences

Certaines femmes ont rapporté une répercussion des bouffées de chaleur sur leur vie sociale et professionnelle qui n'était pas évidente à assumer :

F1 : « Les bouffées de chaleur ça pouvait être embêtant quand j'en avais au travail, je pense que le rouge me venait aux joues, j'avais chaud, les collègues me disaient « ah tu es rouge »
F6 : « dans le milieu professionnel c'est pas forcément évident à gérer. »
F16 : « après dans la journée c'est encore plus gênant parce qu'on est pas forcément entouré des gens qui font partie de notre intimité c'est vrai que d'un seul coup dégouliner ce n'est pas très agréable. »

F22 : « Ca me dérange parce que je suis trempée après, si je dois sortir, qu'on doit aller chez des amis, je suis avec mon sopalin et je m'essuie de partout parce que j'en peux plus. Des fois ma belle-sœur me dit « pourquoi tu coules comme ça », on ne sait pas pourquoi ça vient d'un coup. »

b) Les sueurs (F2, F3, F4, F6, F8, F10, F11, F13, F14, F16, F18, F19, F21, F22, F23, F24, F25)

La plupart des femmes interrogées associaient les sueurs nocturnes aux bouffées de chaleur, certaines n'en faisaient pas la différence.
Dans notre échantillon, de nombreuses femmes avaient souffert ou souffrent encore de sueurs :

F6 : « Des sueurs nocturnes oui, je les mets dans les bouffées de chaleur, ça c'est certain, me réveiller trempé »
F21 : « Oui c'est ça les sueurs nocturnes, les bouffées de chaleur, pas la journée surtout la nuit. »
F23 : « des sueurs nocturnes énormément, je sue tout le corps. »

Certaines les décrivaient plus particulièrement invalidantes la nuit que le jour :

F2 : « Par contre la nuit, je peux me doucher le soir et je me douche le matin, parce que je me sens mal d'avoir transpiré, c'est très désagréable. »
F3 : « c'est très désagréable, ça réveille, c'est comme si on avait de la fièvre.»
F24 : « Oui, la nuit ça te réveille. J'étais toute rouge, j'étais bouillante. »

c) Les troubles du sommeil (F8, F10, F11, F14, F15, F17, F18, F19, F21, F22, F23, F24, F25)

La moitié des informantes présentait une altération de la qualité de leur sommeil depuis l'arrivée de leur ménopause, souvent induite par les sueurs nocturnes :

F21 : « Oui du coup je ne dormais pas parce que la nuit j'étais réveillée par mes bouffées de chaleur. »
F24 : « Le fait d'être réveillée la nuit c'est des troubles du sommeil forcément parce qu'on a très chaud et on se réveille. »

Les plaintes les plus fréquemment rapportées étaient des soucis d'endormissement, un sommeil plus léger et des réveils nocturnes :

F18 : « le sommeil est davantage perturbé, maintenant j'ai des insomnies par moment, je dors moins qu'avant, le sommeil plus léger »

Chez les femmes présentant des troubles du sommeil, nous constatons que la grande majorité présentait des changements d'humeur :

F14 : « Peut-être un petit peu de mauvaise humeur parce que je ne dormais pas bien, mais ça va mieux. »

d) Les règles regrettées (F6, F11, F21, F23)

Certaines femmes qui regrettaient leurs règles ou qui n'avaient pas évoqué l'arrêt des règles semblaient vivre plus difficilement leur ménopause :

F6 : « Rien de particulier, moi ça ne me gênait pas d'avoir mes règles. »
F23 : « j'aurai préféré avoir mes règles et ne pas être dans cet état »

e) Les modifications physiques

Les femmes ménopausées rapportaient également d'autres symptômes invalidants comme la prise de poids, les douleurs articulaires, les troubles de l'humeur, les troubles génito-urinaires, les troubles de la sexualité et l'asthénie.

- **Les modifications corporelles (F3, F5, F8, F9, F11, F16, F17, F22, F23, F24, F25)**

Presque la moitié des femmes a rapporté avoir eu une prise de poids qui pouvait modifier parfois l'image du corps :

> *F9 : « Ben oui, parce qu'on prend du ventre, on prend des cuisses, on prend des fesses et puis on prend du poids, on change morphologiquement en fait. »*
> *F11 : « Oui déjà on prend du poids, le corps on sent qu'il y a un peu de graisse qui se met un peu partout. »*

Certaines faisaient allusion à une perte musculaire :

> *F23 : « Oui je sens que ce n'est plus tonique en fait »*

- **Les modifications cutanées (F3, F6, F7, F10, F14, F25)**

Les femmes associaient leur vieillissement cutané à un symptôme de la ménopause :

> *F25 : « le visage tâche, on a plus la même lueur de peau, les cheveux aussi sont plus pareils. »*

- **Les troubles génito-urinaires (F9, F10, F15, F19, F23, F24, F25)**

Les symptômes génito-urinaires rapportés par certaines femmes incluaient la sécheresse et le prurit vaginal, la sensation de brûlure vaginale et la dyspareunie, souvent source d'inconfort impactant la sexualité de la femme :

> *F10 : « J'ai l'impression que la peau, les muqueuses sont plus fines et fragiles. »*
> *F24 : « C'est comme si mon vagin se resserrait en fait, c'est pas une douleur lancinante ou c'est peut-être la sécheresse vaginale qui fait ça, mais on dirait que mon vagin se resserre, j'ai cette impression là et puis j'ai l'entrée du vagin qui est tout le temps irritée, je ne sais pas si c'est vraiment ça ou pas. »*

- **Les douleurs musculo-articulaires (F14, F15, F22, F23)**

Certaines ont relaté des douleurs articulaires plus importantes depuis la ménopause :

> *F14 : « quelque fois aussi des douleurs musculaires plus qu'avant. »*
> *F15 : « Des douleurs articulaires ça oui, c'est vrai que j'en ai pas parlé j'ai beaucoup de problèmes d'articulations, je le pose sur le fait que peut-être c'est l'arthrose, c'est peut-être aussi la ménopause. »*

2.1.2. Sur le plan psychologique

a) Le vieillissement (F2, F3, F6, F7, F10, F11, F14, F21, F23, F24, F25)

Pour de nombreuses informantes, la transition vers la ménopause était une étape clé dans le chemin de vie d'une femme puisqu'elle était synonyme de vieillissement, comme si la ménopause était le point de départ de la vieillesse :

F2 : « Quelque part c'est un passage dans une autre vie je dirais, ça nous fait vieillir un peu prématurément pour moi dans ma tête même si ça ne change rien en soit. »

F3 : « Pour moi c'est la vieillesse quand même, c'est le début de la vieillesse.»

F11 : « Je pense que c'est le vieillissement. »

Plusieurs expressions équivalentes ont été employées comme « autre tranche de vie », « troisième âge », « cap » :

F10 : « La ménopause je suppose que ça signifie (…) le fait de passer dans une autre tranche de vie. »

F23 : « Comment dire. C'est un cap qui est très difficile pour moi à passer (…) C'est un cap très très difficile. »

F24 : « On passe dans une autre vie, on passe dans le troisième âge avec sa carte vermeille. »

Enfin, au-delà du vieillissement, la ménopause reflet de l'âge qui avance, prenait une autre dimension symbolique, celle de la mort qui se rapproche comme décrit par F10 comme *« la prise de conscience souvent qu'on va vers je ne dis pas la fin, mais vers une baisse qui va arriver doucement, dans beaucoup de domaines. »*

b) Les troubles de l'humeur (F2, F6, F8, F9, F10, F11, F12, F14, F15, F21, F22, F23, F25)

La moitié des femmes interrogées a évoqué des troubles de l'humeur depuis l'arrivée de la ménopause, avec des modifications du comportement, allant de l'irritabilité aux troubles anxio-dépressifs :

F2 : « Peut-être l'irritabilité, des fois j'ai l'impression d'avoir des angoisses. Je me demande pourquoi je suis angoissée, alors qu'il n'y a pas de souci et je suis plus sensible, je pleure plus facilement par exemple devant les films ou quand quelqu'un chante, plus émotive. »

F21 : « La déprime, moi qui suis tellement joyeuse, dynamique, personne ne me reconnaissait ce n'était plus moi, c'était horrible. »

F23 : « Carrément, irritabilité, je m'énerve très vite maintenant, je m'emporte, alors qu'avant je relativisais, le moindre petit truc ça me chiffonne en fait. »

Certaines femmes en sont arrivées à développer des troubles dépressifs en lien avec la ménopause.

Nous remarquons que les signes dépressifs étaient d'autant plus fréquents chez les femmes chez qui il existait des symptômes vasomoteurs et des troubles du sommeil :

F21 : « Bouffées de chaleur beaucoup beaucoup et le moral, pas de moral, déprimée. »

F23 : « on a la bouffée de chaleur on se sent plus fraiche. Ca joue beaucoup sur le moral en fait. »

Cependant, deux tiers des femmes interrogées ne présentant pas de trouble de l'humeur n'ont pas fait état de trouble du sommeil.

c) L'asthénie (F10, F21, F25)

Certaines ont rapporté une fatigue plus importante depuis la ménopause :

F10 : « une petite fatigue il faut le dire qu'on ressent plus vite »

d) Modification de l'image de soi (F8, F23, F25)

Nous remarquons que les femmes ayant fait part d'un manque d'assurance depuis la ménopause vivaient plus difficilement cette période :

F8 : « Mon corps n'est pas aussi joli qu'il était non plus, certaines femmes de mon âge je pense qu'elles se laissent aller (…) j'aurai du mal à mettre une tenue sexy aujourd'hui. »

F23 : « Oui. Ah oui, c'est-à-dire que j'ai beaucoup moins d'assurance en moi parce que lui il est plus jeune que moi d'autant plus, limite je suis jalouse en fait parce que je vois il regarde les femmes plus jeunes forcément, les hommes ils sont tous comme ça, ils regardent les femmes plus jeunes donc c'est pas une question de jalousie c'est plus un manque d'assurance, tu vieillis quoi. »

F25 : « on dirait qu'à un certain moment on a peur qu'on sert plus à rien parce que moi je voudrais refaire un peu ma vie après »

e) Modification du regard des hommes (F9, F10, F11, F14, F25)

Certaines femmes ont fait le constat que depuis qu'elles étaient ménopausées, le regard des hommes avait changé :

F10 : « c'est sur qu'à 50 ou 60 ans on ne nous regarde plus comme à 30 et 40 ans. Il faut reconnaître que forcément ce sont surtout les hommes mûrs qui nous regardent. »

F25 : « je suis moins regardée, peut-être qu'en ce moment je m'occupe pas trop aussi, peut-être que c'est dans la tête je sais pas et si je pousse un peu, le destin va faire les choses »

D'autres ont signalé que la ménopause avait eu une incidence sur leur relation avec leur conjoint :

F9 : « Au début, c'est comme si il avait pris du recul par peur »

F11 : « Oui ça j'ai remarqué, il fait moins attention à moi. »

F14 : « Mon regard vers lui en tant que mari n'a pas changé. En tant que femme probablement. (…) Avec la ménopause on a moins de désir tout simplement. »

f) Modification de la sexualité (F6, F10, F14, F15, F19, F20, F24, F25)

Quand nous avons abordé la sexualité, certaines femmes interrogées déploraient une modification de leur sexualité en lien avec cette période :

- **Une diminution du désir (F6, F14, F15, F20, F24)**

Certaines ont évoqué une sexualité moins active avec une baisse de la libido mais l'expliquaient par une évolution naturelle dans la vie d'une femme :

F6 : « Oui il y a des incidences, c'est-à-dire une perte d'envie, alors que j'adore mon mari, on est toujours très proches mais il y a des périodes où on n'y pense même pas mais ça va mieux. »

F14 : « elle a évolué avec un désir qui n'est plus le même. On a envie d'une autre intimité, pas forcément celle-là. Mais c'est vrai que pour l'homme ça reste très important, tandis que pour la femme la sexualité avec la ménopause c'est quelque chose qui est important mais qu'elle ne va pas placer au premier plan, pour l'instant. »

F15 : « Oui, sexuellement ce n'est plus ça, c'est moins de son côté et de mon côté aussi, on a moins envie. »

- **Une diminution du plaisir (F10, F19)**

Certaines d'entre elles présentaient des douleurs lors des rapports sexuels en lien avec la sécheresse vaginale, ce qui altérait leur plaisir :

F10 : « c'était horrible la pénétration, c'était douloureux, la sensibilité, après est-ce que c'est la sécheresse ? »

F19 : « Dévolué, moins bien pour moi en tout cas. (Par rapport à la sécheresse vaginale ?) Oui. »

g) Modification des habitudes de vie sociale (F6, F23)

Certaines décrivaient un changement dans leurs habitudes de vie sociale :

F6 : « Je ne sais pas si c'est lié, si c'est normal, mais oui j'ai moins envie de sortir, j'ai envie de voir moins de monde, je suis très bien à la maison, peut-être plus renfermée socialement. »

F23 : « Oui, je sors moins, je vais moins vers les gens aussi quand on sort, avant j'allais vraiment vers les gens j'aimais bien rigoler, déconner, depuis un manque d'assurance et un manque de confiance total. »

2.2. Une expérience positive

Néanmoins, d'autres femmes expérimentaient une ménopause tranquille avec peu de symptômes et vivaient cette étape comme une libération.

2.2.1. Sur le plan physiologique

a) Une étape naturelle (F7, F12, F13, F14, F17, F20)

L'arrivée de la ménopause est apparue pour certaines informantes comme une étape naturelle, une suite logique de la vie pour elles mais aussi dans leur culture :

F12 : « c'est la vie de tous les jours. »

F14 : « C'est plus l'ordre des choses, la mère qui voit grandir ses enfants et puis après le statut de grand-mère également donc ce n'est pas du tout à mon avis négatif. Donc c'est une bonne perception. »

F17 : « « C'est en lien avec mon âge, c'est un passage, c'est un temps, c'est tout simplement en fonction de l'âge. »

F20 : « pour moi c'est le cours naturel des choses, de la vie »

b) L'arrêt des règles (F1, F2, F4, F5, F7, F8, F9, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19, F20, F22, F24, F25)

La quasi-totalité des femmes interrogées, à quelques exceptions près, ont apprécié de ne plus avoir de menstruations :

F5 :« L'arrêt des règles tout simplement, pour moi c'était ça, l'arrêt des règles»
F14 : « pour moi c'était plutôt l'arrêt des règles et ça c'était quelque chose de plutôt positif. »

Nombreuses sont celles pour qui l'arrêt des règles était synonyme d'une libération, une situation plus confortable à vivre :

F2 : « Ne plus avoir à se soucier de nos menstruations, de pouvoir aller se baigner, c'est un peu la liberté qu'on avait oublié. »
F4 : « Surtout une libération, c'est la fin des règles. »
F20 : « Le confort de ne plus être embêtée par les règles. »

Certaines se sont dites soulagées de ne plus avoir les désagréments liés aux menstruations :

F15 : « Ne plus avoir mes ragnagna ah ça, parce que quand je les avais j'étais malade, j'avais vraiment des règles douloureuses »
F18 : « De ne plus avoir toujours sur soi sa petite boite de serviette hygiénique ou de tampons. »
F19 : « Pour moi, (…) surtout la liberté de ne plus avoir mal au ventre quand on a ses règles. »

L'une d'entre elles avait reconnu un soulagement devant l'arrêt du risque de grossesse : *« et puis il faut se protéger » (F1).*

2.2.2. Sur le plan psychologique

c) Une nouvelle estime de soi

Pour certaines, cette étape correspondait à une nouvelle tranche de vie qui se caractérisait par une nouvelle image de soi et constituait un temps de maturité, de sagesse et de réalisation de soi.

- **Une plus grande confiance en soi (F9, F10, F15, F18)**

Certaines femmes ont rapporté être plus sûres d'elles :

F10 : « Plus d'assurance, plus de conscience que les choses évoluent et qu'il faut évoluer avec. »
F15 : « Ca fait de nous une femme plus sûre d'elle, plus bien dans sa tête »
F18 : « Je suis plus sûre de moi, rien à me prouver ou à prouver aux autres, mieux dans ma peau, plus à l'aise dans mon corps aussi. »

- **Une certaine sagesse (F15)**

Une femme a rapporté faire preuve de sagesse et appréhender la vie avec plus de sérénité :

F15 : « je suis beaucoup plus calme et beaucoup plus agréable à vivre, je me prends moins le chou, je fais moins attention à pleins de choses, ça par contre c'est le côté positif parce que mon conjoint me le dit tout le temps, il trouve que j'ai beaucoup changé, je me suis assagie. »

- **Un nouveau bien-être (F11)**

Une autre personne a exprimé vouloir profiter de la vie et prendre du temps pour elle :

> *F11 : « Ca m'a donné l'envie de voir la vie autrement, j'ai plus envie de profiter des belles choses, de sortir et de prendre plus de temps pour moi. »*

- **Une nouvelle image de soi (F1, F3, F4, F9, F16, F18, F20, F24)**

D'autres femmes se sentaient plus épanouies dans leur vie :

> *I : Pensez-vous que vous êtes une femme épanouie ? Si oui, qu'est-ce qui contribue à cet épanouissement ?*
> *F16 : « Oui… En tout, c'est un tout. Intellectuellement, professionnellement, familialement, socialement. »*
> *F20 : « Tout, sur un plan personnel, ma vie, les enfants, la réussite de mes enfants, la mienne, mon entourage et les valeurs que je porte également, que je transmets à la famille, à mes enfants. »*

Recevoir des compliments pour une d'entre elles était rassurant vis-à-vis de l'image qu'elle renvoyait et l'aidait à mieux vivre cette période :

> *I : Le regard des hommes a-t-il changé depuis que vous êtes ménopausée ?*
> *F1 : « Non, je me fais toujours draguer, même par des jeunes. Pour moi ça n'a rien changé. »*
> *I : Pensez-vous que vous êtes une femme épanouie ?*
> *F1 : « Oui et puis on me le dit, moi je me sens bien, il n'y a pas de problème. »*

- **Faire preuve d'humour (F1, F4)**

Nous constatons qu'une femme qui partageait cette étape de la vie avec son mari et sa famille vivait cette période de façon plus agréable. Parfois, la communication avec l'entourage familial, par le biais de la dérision et de l'humour, renforçait le soutien affectif :

> *F4 : « Avec ma famille, on va plutôt en rigoler « ah ben oui ça y est la ménopause », mais c'est plutôt gentillet. »*
> *F4 : « ça l'a fait plutôt rire quand j'avais des bouffées de chaleur, il ne m'a jamais dit que j'étais une vieille schnock, si il l'avait fait ça aurait été avec beaucoup d'humour. » (En parlant de son mari)*

Une femme ayant subi des remarques sur ses bouffées de chaleur au travail disait le prendre avec humour et légèreté. Rire de ce qui dérange était une façon de rendre la critique plus facile à supporter :

> *F1 : « Les remarques de mes collègues femmes venaient spécialement des jeunes, donc pas encore en phase d'être ménopausées, et pas toujours réfléchies. Mais cela ne me gênait pas et j'ai toujours réagi naturellement, quelquefois avec humour et sans agressivité. »*

d) Un nouveau regard sur le couple (F9)

Une des femmes interrogées faisait état d'une évolution de sa vie conjugale depuis le départ des enfants :

> *I : La ménopause a-t-elle créé des changements dans votre vie au niveau familial ?*

F9 : « Au début oui parce qu'on est plus distant avec son mari et après il y a eu comme un épanouissement, c'est bizarre (…) au bout de 4 ans. »
I : Les enfants ont-ils quitté récemment le domicile ?
F9 : « Elle a réellement quitté le domicile il y a 4 ans. »

e) Un nouveau regard sur la sexualité (F1, F9, F18, F23)

Alors que certaines voyaient leur libido diminuée, d'autres faisaient l'expérience d'une sexualité retrouvée :

- soit en lien avec un nouveau compagnon :
  F18 : « Oui mais c'est plutôt lié à mon nouveau compagnon, ça a évolué en bien»

- soit depuis le départ des enfants :
  F23 : « Avant j'étais tabou sur certains trucs, mes enfants sont plus là, je me laisse plus aller en fait. »

Toutefois, la plupart des femmes n'ont rencontré aucune perturbation de leur sexualité au moment de la ménopause.

2.3. Une expérience neutre

Certaines femmes portaient un regard plutôt neutre sur le sujet.

a) Un événement non appréhendé (F1, F3, F6, F11, F19, F20, F23)

Quelques unes ont déclaré que la ménopause, qui n'était pas une préoccupation première pour elles, est apparue comme un événement non préparé :

F1 : « Je vais vous dire franchement, je ne l'imaginais pas, je ne savais pas, j'attendais. »
F3 : « J'étais feuille blanche. »
F20 : « Honnêtement, je n'y ai jamais pensé. »

b) L'arrêt de la fécondité (F1, F6, F10, F16, F20, F21)

Pour d'autres, la ménopause était vue comme la fin de la reproduction :

F1 : « quand on est ménopausée (…) on ne peut plus avoir d'enfant. »
F6 : « Pour moi (…) la fin de la maternité. »
F10 : « C'est une porte qui s'ouvre sur autre chose, on n'est plus la jeune femme, la femme qui peut encore procréer »

3. Les femmes et la gestion de la ménopause

Beaucoup parmi les femmes interrogées avaient recours à des méthodes diverses pour gérer au mieux cette nouvelle étape de leur vie.

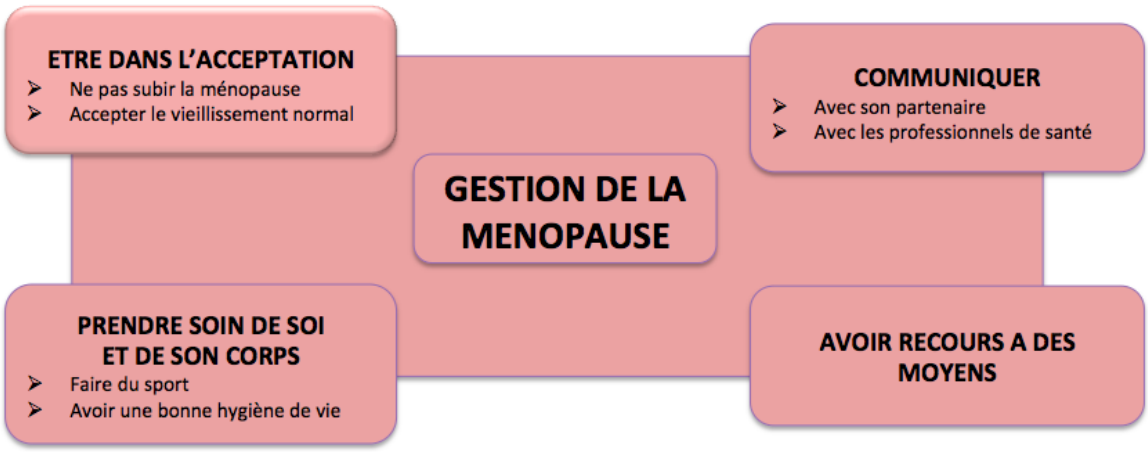

Figure c : La gestion de la ménopause.

3.1. Etre dans l'acceptation

- **Ne pas subir la ménopause (F1, F4, F13, F16, F24)**

Nous remarquons que les femmes ayant décidé de ne pas subir cette étape naturelle de la vie mais au contraire de l'accepter, reconnaissaient mieux assumer cette période de changement.

- **Accepter le vieillissement normal (F7, F9, F14, F17)**

Nous constatons que les femmes qui acceptaient le vieillissement naturel dû à l'avancée dans l'âge, c'est-à-dire les modifications physiques ou psychiques, étaient plus à même de mieux tolérer leur ménopause :

- **Dans le corps (F7, F10)**
  F7 : « La peau vieillit, la sécheresse, les rides mais c'est à cause de l'âge. » (Asymptomatique)
  F10 : « je ne sais pas si c'est lié à la ménopause ou au vieillissement mais la peau change et on est moins tonique » (Peu symptomatique)

- **Dans la tête (F14, F17)**
  F14 : « Non. Ce n'est pas dû à la ménopause si il y a des changements, c'est autre chose, enfin je pense. » (Peu symptomatique)
  F17 : « Alors est-ce que c'est la ménopause ou est-ce que c'est l'âge ? Je pense qu'avec l'âge on se fragilise donc je ne saurais pas dire si c'est la ménopause. Je trouve qu'on absorbe peut-être un peu moins les soucis, je crois qu'on est plus fragile tout simplement. » (Peu symptomatique)

3.2. Prendre soin de soi et de son corps

Quelques femmes interrogées témoignaient que rester active et entretenir leur corps par une activité physique et une bonne hygiène de vie pouvaient les aider à mieux vivre leur ménopause :

- **<u>Faire du sport</u> (F6, F25)**

  F6 : « cela m'a beaucoup aidé je trouve, après c'est peut-être psychologique, ça soulage les bouffées de chaleur et les petits désagréments »
  F25 : « beaucoup de choses i changent mais si tu te prends en main, tu fais du sport i ça va beaucoup moins vite. »

- **<u>Avoir une bonne hygiène de vie</u> (F21, F23, F24)**

Privilégier une alimentation saine et équilibrée, qui va de pair avec l'hygiène de vie, a également été évoqué à plusieurs reprises :

F21 : « Pour moi, la ménopause, ça dépend de l'hygiène de vie »
F23 : « L'alimentation je pense, notre mode de vie je sais pas mais je pense que c'est plus l'alimentation je pense. »
F24 : « je pense que l'alimentation peut jouer »

3.3. Avoir recours à des moyens **(F2, F9, F16, F22, F23)**

Certaines utilisaient des méthodes de diversion pour lutter contre les symptômes vasomoteurs :

F2 : « je me douche le matin, parce que je me sens mal d'avoir transpiré »
F9 : « on boit de l'eau, on essaie de compenser »
F16 : « dormir en peignoir »
F22 : « je suis avec mon sopalin et je m'essuie de partout »
F23 : « je suis avec mon éventail. »

3.4. Communiquer **(F13, F24)**

Un élément de soutien dans cette étape importante de la vie d'une femme peut se trouver dans le dialogue ou l'échange :

- avec son partenaire :

Une femme nous a rapporté l'importance d'avoir un équilibre dans sa vie de couple pour partager son expérience :

F24 : « Parce que j'ai la chance d'être heureuse en ménage je pense que ça joue beaucoup. »

- avec les professionnels de santé :

Un témoignage décrivait qu'échanger et faire part de ses inquiétudes avec les professionnels de santé pouvait aider à dédramatiser la ménopause :

I : Comment vivez-vous cette période de ménopause ?
F13 : « Très bien parce que bien préparée par rapport à l'avis médical. » « Il ne faut pas hésiter à en parler au médecin. »

DISCUSSION

A. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

Les vingt-cinq participantes interrogées au cours de cette étude ont permis, à travers l'analyse de leur discours, de répondre à notre objectif principal en mettant en évidence les facteurs influençant la variation des ressentis sur le syndrome vasomoteur des femmes ménopausées.

A l'issue de ce travail, il apparaît que la ménopause, qui reste une étape appréhendée par les femmes, n'est pas un évènement uniquement dû à des changements hormonaux puisque l'expérience est différente selon chacune d'elles.

Pour certaines femmes, franchir cette période que la société relaye comme un cap vers le déclin, s'avérait être une étape compliquée à vivre. Elles n'en étaient pas les actrices mais les spectatrices impuissantes.
Celles qui avaient une perception négative de la ménopause étaient celles qui déclaraient le plus souffrir de troubles vasomoteurs et vivaient la ménopause comme une expérience douloureuse. Les symptômes vécus comme gênants altéraient leur qualité de vie sur tous les plans : physique, psychologique et relationnel. Ce ressenti semblait amplifié par l'image que leur renvoyait la société ou leur conjoint.

Cette hétérogénéité dans les expériences pourrait s'expliquer par un ensemble de facteurs dont un certain nombre a été mis en évidence dans notre étude.
Ils sont organisés autour de 3 axes, qui sont :
- les facteurs liés à l'histoire personnelle ;
- les facteurs socio-économiques ;
- les facteurs socio-médiatiques.

B. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

- Recherche de validité interne

La validité interne de l'étude a été recherchée par deux méthodes :
- La méthode par validation : les verbatims ont été retournés par mail aux participantes pour commentaires et corrections (48), ce qui nous a permis de valider nos retranscriptions et d'éviter des erreurs liées à une mauvaise compréhension de l'enregistrement audio ;
- La méthode par triangulation des données : elle a été effectuée par le codage des entretiens par deux autres investigatrices, retrouvant les mêmes thématiques que celles identifiées par la thésarde. Cette technique a permis d'avoir des regards croisés, de comparer et d'enrichir les résultats avec pour objectif de varier les interprétations en veillant à les élargir. L'analyse n'a pas été partagée avant la triangulation pour ne pas induire un biais d'interprétation.

Les critères de scientificité ont tous été vérifiés à l'aide de la grille COREQ qui permet d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative grâce à ses 32 items regroupés en 3 domaines (49).

- Recherche de validité externe

La saturation des données, atteinte au vingt-troisième entretien et confirmée par les vingt-quatrième et vingt-cinquième entretiens, a permis de renforcer la validité externe de notre étude (48).
A ce stade, elle a été considérée comme atteinte lorsque la diversité s'est avérée suffisante pour répondre à notre problématique.

Le recrutement se devait d'être le plus diversifié possible en terme d'âge, de statut marital, de lieu de résidence, de lieu de naissance et de catégorie socio-professionnelle afin d'obtenir les données les plus variées possible.

Cette étude a été menée en France métropolitaine et à l'Ile de La Réunion, département d'Outre-Mer permettant un échantillon varié et une diversité socio-culturelle.

Nous avons observé des tailles d'échantillons similaires dans des études qualitatives avec des entretiens individuels en rapport avec ce sujet (10).
En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de 30 individus selon Paul Frappé dans son livre « Initiation à la recherche » (44).

Malgré nos efforts pour adapter au mieux le protocole de recherche, notre étude comporte certains biais qui n'ont pu être évités.

- Biais liés à la population étudiée

Comme pour toute étude qualitative, il existe un biais dans le recrutement des participants du fait qu'ils ne sont pas tirés au sort mais sélectionnés sur la base du volontariat.

- Biais liés à l'interviewée

Il peut exister un biais du fait que les participantes devaient exprimer l'expérience et les ressentis de leur ménopause en prenant en compte leur vécu.

Il est possible que certaines participantes aient pu adapter leurs réponses par crainte d'être jugées et aient donné des réponses socialement valorisantes au lieu d'exprimer leurs opinions et leurs propres représentations. En effet, leur discours devenait parfois labile et contradictoire.

Enfin, certaines femmes ont pu oublier ce qu'elles ont ressenti lors des premières années de leur ménopause, surtout dans le groupe 60-70 ans, c'est pourquoi un des critères d'exclusion étaient d'être ménopausée depuis plus de 20 ans.

- Biais liés à l'interviewer

L'absence d'expérience de l'enquêtrice dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu interférer sur la qualité des entrevues.

Grâce à l'autocritique systématique des discussions portée sur la formulation des questions, les relances et à la supervision par la directrice de thèse, l'enquêtrice a pu procéder à un ajustement au fur et à mesure des entrevues et ainsi améliorer sa technique d'entretien au fil de l'étude.

Enfin, afin de limiter le caractère subjectif de l'analyse des verbatims, une triangulation des données a été effectuée avec deux personnes extérieures à l'étude.

C. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE SUR LE SYNDROME VASOMOTEUR

A travers nos résultats, force est de constater que les bouffées de chaleur sont le thème récurrent et le symptôme au centre des préoccupations des femmes ménopausées.

Notre étude est en corrélation avec de nombreux travaux qui révèlent que les symptômes les plus fréquemment rapportés pendant la période du climatère sont les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes (20)(23)(24)(25).

1. Les facteurs d'influence

Notre étude confirme que la ménopause est un phénomène physiologique avec des symptômes qui ne sont pas seulement liés à la chute des oestrogènes. Elle visait à établir une liste des composantes sociales qui pouvaient influencer le ressenti de la ménopause.
Sur ce sujet, nous avons identifié trois éléments majeurs qui vont avoir une incidence sur l'expérience de la ménopause et influencer le ressenti de ce phénomène : le parcours de vie, les facteurs socio-économiques ainsi que la pression sociétale.

1.1. Une influence personnelle

Survenant en moyenne vers l'âge de 50 ans, la femme arrive à la ménopause riche de son histoire personnelle, de son vécu et des aléas de la vie, bons ou mauvais, qui vont influer sur l'expérience de la ménopause.

Chaque femme va alors expérimenter sa ménopause avec une intensité différente de sentiments et d'états d'âme, en fonction de son parcours de vie, c'est-à-dire l'âge de survenue de la ménopause, sa personnalité, son milieu conjugal, son milieu culturel et la référence à la mère, comme le démontre la littérature.

Dans les parcours de vie, nos résultats mettent en évidence que l'âge de survenue de la ménopause pourrait être un facteur prédictif des symptômes vasomoteurs.
Ce que confirme Cécile Charlap, dans son ouvrage « La fabrique de la ménopause », tiré de sa thèse de doctorat, qui démontre que l'entrée en ménopause est perçue comme une déviance ou une congruence selon si une femme est ménopausée à 45 ou 55 ans. Cette perception de déviance est rencontrée chez les femmes ménopausées à la quarantaine, la ménopause étant alors vécue comme une incompréhension, un désarroi et un regret (10).

Notre étude montre que les femmes ayant déjà éprouvé des symptômes vasomoteurs plus jeunes, liés à des antécédents médicaux, vivent une ménopause avec des troubles mais parviennent à relativiser.
Nos résultats concordent avec l'étude de Josiane Mbarga, étude comparative sur l'expérience de la ménopause des Suissesses et Camerounaises, qui constate aussi que la trajectoire de vie de chaque femme influe fortement sur le sens qu'elle donne à cet événement (50). Thérèse Benedek en 1950 a aussi avancé cette idée dans ses écrits et rapporte que les antécédents de la femme et sa personnalité antérieure à la ménopause jouent un rôle important dans l'expérience de la ménopause (51).

De même, il s'avère que les femmes atteintes du syndrome prémenstruel étaient plus prédisposées à souffrir de troubles vasomoteurs, résultats en accord avec plusieurs études (13)(40)(52). Selon Myra Hunter, les femmes qui ont déclaré avoir des tensions prémenstruelles peuvent avoir développé certaines réactions aux processus menstruels. Ce qui suggère une sorte de vulnérabilité hormonale chez ces femmes, qui peut causer à la fois des symptômes prémenstruels et vasomoteurs (40).

La personnalité et le caractère étaient déterminants dans le degré de survenue des symptômes vasomoteurs et contribuaient au vécu ménopausique, puisque les femmes ayant pris le parti d'accepter cette étape de vie, semblaient mieux assumer cette période de changement.
Nos résultats corroborent plusieurs études qui mettent en lumière que les traits de personnalité d'une femme la prédisposent à vivre un syndrome ménopausique (53)(54). Les comportements à l'égard de la ménopause vont se répercuter sur la déclaration et la sévérité des symptômes : les femmes qui redoutent cette étape naturelle doivent faire face à des symptômes plus fréquemment signalés que d'autres qui témoignent d'une attitude positive (53)(55)(56)(57).
Ce qui laisse supposer que la non-acceptation de la ménopause peut avoir des répercussions négatives sur l'expérience ménopausique.

Le soutien affectif est un facteur prépondérant dans une relation de couple. L'attitude du partenaire et ses réactions face aux changements pouvant intervenir pendant cette période va entrainer des conséquences sur la façon dont les femmes accueillent et vivent leur ménopause. Le comportement surprotecteur ou non investi, pourrait avoir des conséquences sur le vécu de la ménopause (10)(50).
Les réactions du partenaire participent à l'expérience de la ménopause et le partage des représentations et des sentiments avec le conjoint va influer sur l'expérience de la ménopause (10). De même, l'harmonie au sein du couple favorise un meilleur vécu ménopausique (50).

Ce qui suggère que l'attitude bienveillante et l'écoute du conjoint peuvent aider à mieux vivre cette période. Le soutien affectif et psychologique du partenaire, à l'écoute de sa femme et avec qui elle peut discuter aisément, semble primordial.
Celui-ci a aussi un rôle de réassurance auprès d'elle notamment sur son apparence physique. Il est vrai qu'à ce moment de leur vie, les femmes redoutant le préjudice esthétique de la ménopause, attribuent souvent à tort la désaffection relative de leur compagnon.

Cependant, concernant les femmes sans partenaire, les résultats montrent qu'elles étaient plus nombreuses à partager une attitude positive à l'égard de la ménopause.
Nos résultats semblent contradictoires avec une étude menée en Corée en 2005 qui avance que les femmes qui n'étaient pas engagées dans une relation de couple vivaient plus difficilement leur ménopause (56). Cette discordance pourrait s'expliquer par les différences culturelles entre les populations étudiées.

En second lieu, un des facteurs intervenant dans le ressenti corporel de la ménopause est d'ordre socio-culturel.
La culture et la famille sont des éléments socio-culturels qui peuvent influencer notre comportement vis-à-vis de ce phénomène. La culture peut être définie comme l'ensemble des normes, des croyances et des valeurs qui sont caractéristiques d'une société (58). L'anthropologie médicale a permis de comprendre que « la culture locale influe sur la signification que l'on donne à des sensations corporelles » (59).
Cette frange de la recherche révèle que la ménopause ne prend pas la même signification selon les sociétés, les cultures et les époques (31)(33).

Nous avons vu que si le conjoint pouvait avoir une influence non négligeable sur l'expérience de la ménopause, l'entourage familial est aussi à prendre en compte.
Cette étude met en évidence que certaines femmes rencontrées, témoins de la ménopause de leur mère, la citaient quand elles évoquaient ce phénomène.
L'image de la ménopause était liée au comportement de la mère. La plupart du temps, elles prenaient comme référence l'âge de début de la ménopause maternelle, puis observaient comment leur mère avait vécu cette période et s'instruisaient à partir de cette expérience. Ces observations négatives ou positives participaient souvent à l'élaboration des expériences ménopausiques.
A ce titre, la sociologue et anthropologue, Virginie Vinel démontre que la mère est une figure d'identification et de repère, elle apparaît comme la personne par qui les femmes ménopausées se sont fait une idée de la ménopause. Comme pour les premières menstrues, la transmission de l'expérience passe par la vue, celle-ci se portant particulièrement sur les symptômes externes de la ménopause. Pour les femmes, le désagrément causé par les bouffées de chaleur qu'elles ont vues chez leur mère, leur fait appréhender la ménopause (60).

Ainsi, la référence maternelle est importante car les premières images de la ménopause sont souvent les images véhiculées par la mère. Son influence est déterminante dans le comportement, de par l'éducation, qui continue d'influer sur la femme. La famille reste souvent le groupe auquel l'individu se sent le plus lié et se traduit souvent par une reproduction des mêmes schémas.
Les expériences et les représentations héritées, pour certaines négatives, vont contribuer à l'élaboration de peurs chez la femme ménopausée.

Il se dégage de notre étude que l'approche de la ménopause soit différente selon les cultures. Nos résultats rejoignent de nombreuses études qui montrent que les femmes asiatiques ne présentent pas les mêmes plaintes que les femmes occidentales et que celles-ci rapportent moins de symptômes vasomoteurs (6)(7)(27)(36). Selon Patricia Kaufert, les représentations des femmes sur la ménopause sont différentes selon les pays et vont conditionner le vécu qu'elles en ont. Toutes les femmes dans le monde ne s'attendent pas à souffrir des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, à devenir déprimées et irritables.

Ces représentations sont liées à la culture médicale et populaire d'Europe et d'Amérique du Nord (61). La ménopause, telle que nous l'appréhendons, n'existe pas dans certaines sociétés comme chez les mayas, étudiée par Yewoubdar Beyene (37) et les japonaises traditionnelles, étudiées par Margaret Lock (36).
Ces cultures ne perçoivent pas ce phénomène comme un déséquilibre, mais comme un processus normal du vieillissement chez les deux sexes.

Ainsi, certains comportements et modes de vie, qui peuvent varier d'une culture à l'autre, semblent agir sur le vécu corporel de la ménopause.
Ce qui laisse à penser que l'origine ethnique et les représentations socio-culturelles autour de la ménopause peuvent influencer les symptômes vasomoteurs puisque les femmes ayant des origines autres que métropolitaines expérimentaient mieux cette étape de la vie, les représentations influençant plus ou moins directement la survenue de signes cliniques.

1.2. Une influence socio-économique

L'expérience de la ménopause est aussi tributaire des facteurs socio-économiques.
Au-delà du contexte socio-culturel, une relation peut-être établie entre l'environnement socio-économique et la variation des ressentis pendant la ménopause.

Sur ce plan, les études se révèlent contradictoires. Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de la sociologue marocaine Soumaya Naamane-Guessous qui atteste que les femmes ayant des expériences positives de la ménopause et se plaignant moins des troubles ménopausiques étaient celles qui avaient un niveau d'éducation plus élevé, et de ce fait, occupaient des emplois plus qualifiés par rapport aux autres femmes (34).
A l'inverse, les études de Daniel Delanoë montrent que la majorité des françaises ayant un niveau d'études élevé développe une attitude négative face à la ménopause, sans forcément faire état de symptômes, par crainte d'une baisse de leur statut social (11)(62).

Il est probable qu'une femme avec un niveau de qualification professionnelle élevé qui lui permet de s'investir intellectuellement, d'être valorisée et qui l'épargne des stéréotypes qui pourraient stigmatiser les femmes ménopausées, ressent moins la ménopause comme un phénomène dévalorisant. Tandis qu'une femme de niveau d'instruction moins élevé, qui attache plus d'importance à l'apparence physique et à sa capacité de séduction va moins assumer cette période.
La vie trépidante d'une femme peut dissimuler ce qui lui arrive physiologiquement (51).

Par conséquent, il se dégage un lien étroit entre le statut social de la femme ménopausée et le degré de la symptomatologie. Dans les sociétés qui accordent un statut plus élevé et un nouveau rôle social à la femme ménopausée, la symptomatologie apparait moins étendue et moins préjudiciable (63).

1.3. Une influence socio-médiatique

La société, nourrie aux mythes du dynamisme et de l'éternelle jeunesse, est peu favorable à la valorisation des changements liés à l'âge notamment chez la femme.
La transition ménopausique revêt un certain nombre de représentations symboliques ambivalentes comme le vieillissement, la perte de la fécondité ou la maladie.

Par conséquent, la place que la société accorde à la ménopause et la façon dont elle aborde le sujet vont conditionner les représentations que les femmes se font de ce phénomène et donc influencer les expériences ménopausiques. Le langage utilisé pour communiquer sur un thème peut montrer comment une société perçoit un sujet (55).
En plus d'une ménopause physiologique, les femmes subissent une ménopause sociale. Nous pouvons ainsi considérer la ménopause non comme un fait biologique mais comme « un fait social, historiquement et récemment construit » (9)(10).
Plusieurs études prouvent clairement que la signification attribuée à la ménopause est socialement construite et montrent que les malaises ressentis par les femmes à cette période varient en fonction des sociétés, pour lesquelles la ménopause peut être valorisée ou dévalorisante (9)(10)(50)(55).

Notre étude fait ressortir l'idée d'une transformation, qu'elle soit physique ou psychologique. Les femmes avec une préoccupation pour leur apparence, supportant mal les modifications de leur corps, avaient tendance à adopter une attitude plus négative envers la ménopause et se confrontaient, avec difficulté, au regard d'elles-mêmes et d'autrui, avec une perte de l'estime de soi et une détérioration de sa propre image.

Aujourd'hui, les discours médicaux définissent la ménopause comme la « cessation des règles et de la fonction ovarienne » (64), définition occidentale récente, qui renvoie à certaines représentations du féminin et du corps des femmes.
La société véhicule un idéal esthétique. De ce fait, pour beaucoup de femmes, la transition ménopausique est marquée par une éthique du « bien vieillir », avec des modifications corporelles qui les obligent à faire face à leur âge.
Sur ce sujet, des recherches mettent en évidence que l'expérience de la ménopause chez les femmes est profondément influencée par leur perception des changements corporels, en plus de l'image que renvoie leur société (57)(63).
L'étude de Bloch a émis l'hypothèse que l'image du corps et l'amour-propre sont les principaux facteurs contribuant à la sévérité des symptômes de la ménopause. Les femmes qui ne se considèrent pas comme attirantes et qui sont insatisfaites de leur corps font état de plus de symptômes (57).

Dans notre société, la ménopause est plutôt perçue comme une maladie, avec une connotation pathologique. Les discours médicaux entretiennent cette pathologisation du phénomène ménopausique en la considérant comme une carence associée à des troubles.
Même si notre étude ne fait pas ressortir cet aspect pathologique du climatère, l'étude « The Influence of Sociocultural Paradigms » s'accorde à dire que la vision de la ménopause comme un trouble médical entrainerait des attitudes négatives, ces attitudes étant susceptibles de se refléter dans une ménopause négative (65).

Pour Cécile Charlap, dans le monde occidental, une grande partie du langage médical renvoie une image péjorative de la ménopause en la qualifiant de maladie, de déficience, de symptômes avec des complications. La « pathologisation » de la ménopause oriente négativement l'expérience des femmes ménopausées (35).

Ainsi, cette construction sociale de la ménopause participe à la disqualification sociale du vieillissement féminin. Les sociétés, lorsqu'elles véhiculent que les femmes «vieillissent et déclinent », les hommes eux « mûrissent » (10), valorisent le vieillissement masculin.
La ménopause continue d'être assimilée à la vieillesse malgré le temps qui les sépare, comme s'il s'agissait du même moment de la vie.
Dans les sociétés prônant la jeunesse, la ménopause, considérée comme une étape vers le vieillissement, peut signifier pour les femmes un amoindrissement de leur rôle et en intensifier les manifestations relatives à la ménopause, comme dans les sociétés occidentales (50).
Sur ce sujet, une revue de la littérature menée en Australie entre 2011 et 2012 met en évidence que dans les sociétés occidentales, l'image de la jeunesse prédomine. Les signes de la ménopause montrant une avancée dans l'âge, combinée à la perte de la jeunesse, peuvent conduire à des attitudes négatives à l'égard de la ménopause (55).

La perte de la capacité de reproduction et le vieillissement sont donc des facteurs accentuant le caractère négatif de la ménopause, qui peuvent influer sur la gravité des symptômes.

Lors de nos entretiens, il ressort que la plupart des femmes abordaient davantage ce sujet avec des amies, des collègues ou leurs sœurs.
Il s'agit d'un partage d'expériences autour des symptômes, essentiellement les bouffées de chaleur, permettant la comparaison et pouvant avoir une influence positive ou négative sur leurs comportements. Pour certaines, les expériences des pairs nourrissaient des appréhensions. Pour d'autres, cela amenait certaines femmes à relativiser sur leurs situations au vu de celles de leur entourage.
A ce titre, Françoise Héritier démontre que la majorité des femmes considère la ménopause comme plus négative pour l'ensemble des autres femmes que pour elles-mêmes (11).
Ainsi, l'apprentissage de la ménopause semble passer par un partage d'expériences, notamment celui des bouffées de chaleur.

Par ailleurs, il semble que le mode de vie soit un critère à prendre en considération dans les expériences ménopausiques de la femme.
Le tabagisme est un facteur favorisant la déclaration des troubles vasomoteurs, ce que confirme l'étude SWAN (4)(39).
En revanche, nos résultats n'indiquent aucun effet de l'activité physique sur les symptômes, résultats également retrouvés dans l'étude SWAN (4)(39).
Ce qui suggère que la pratique régulière du sport n'est pas susceptible d'influencer la déclaration des symptômes.

Il résulte de notre étude que les femmes avec une vision plus optimiste de la ménopause, par exemple, celles qui concevaient que cette étape naturelle n'était pas une maladie mais une évolution normale de la vie, expérimentaient une ménopause tranquille, avec une meilleure tolérance des symptômes.
Des recherches confortent cette idée qu'être dans l'acceptation de la ménopause, dans un climat de confiance et un environnement conjugal sécurisant avec une hygiène de vie saine et de bonnes relations amicales, contribueraient au bien-être d'une femme pendant la ménopause (54)(57). Actuellement, les femmes ménopausées travaillent, sont actives et ont une vie épanouie. Elles s'organisent afin de concilier leur vie professionnelle et personnelle, tout en prenant du temps pour elles, pour faire du sport avec une hygiène de vie adaptée.

La ménopause est révélatrice d'un certain nombre de représentations physiologiques et symboliques qui vont intervenir dans la dimension d'acceptation du phénomène et impacter le vécu des bouffées de chaleur.

2. Les différents profils des femmes sujettes aux symptômes vasomoteurs

Ces témoignages révélateurs d'une disparité des représentations de la ménopause, pouvant varier d'un constat négatif à une vision positive, partagées entre un sentiment de résignation et celui d'une certaine libération, nous ont permis de dégager différents profils de femmes ménopausées.
Nos résultats rejoignent le constat de Daniel Delanoë qui décrit trois types de représentations, découlant de cinq dimensions (62) :
- 39 % des femmes se situent dans le pôle négatif, avec un regret de la perte des règles et de la fécondité, de la perte du capital santé et de la séduction ;
- 44 % se situent dans le pôle neutre, avec une période qui s'accompagne de peu de changements ;
- 17 % se trouvent dans le pôle positif, avec une forte satisfaction de l'arrêt des règles et de la fécondité, sans altération du capital santé et esthétique.

Cette conclusion correspond à nos résultats même si notre étude qualitative n'a aucune prétention statistique.

Certains facteurs sont susceptibles d'influencer les représentations, le vécu et l'attitude à l'égard de la ménopause. A l'inverse, d'autres facteurs semblent ne pas avoir d'impact sur l'expérience ménopausique.
Les représentations de la ménopause sont différentes selon les croyances, les valeurs, les attitudes culturelles, la société et l'environnement socio-économique, de même que la perception des symptômes qui peuvent l'accompagner, la ménopause peut être expérimentée par les femmes comme insignifiante ou traumatisante, négative ou positive (65).

CONCLUSION

Dans la société, la ménopause apparaît comme un virage délicat dans la vie d'une femme. La diversité des phénomènes biologiques de la ménopause nous a conduit à explorer la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

A l'issue de cette recherche, il apparaît que la ménopause ne soit pas liée qu'à une seule problématique de carence hormonale, puisque les expériences ménopausiques des femmes peuvent être plurielles et différentes ; elles dépendent des facteurs liés à l'histoire personnelle, des facteurs socio-économiques et des facteurs socio-médiatiques.

Les femmes qui vivaient positivement la ménopause étaient davantage influencées par un âge de survenue tardif de la ménopause, une acceptation de cette étape de la vie, une relation de couple harmonieuse et une transmission positive de la part de leur mère. Elles étaient non fumeuses et faisaient partie d'une catégorie socio-professionnelle avec un niveau de qualification élevé. L'origine ethnique est un facteur à prendre en considération notamment pour les femmes d'origine asiatique et malgache qui faisaient état de moins de symptômes.
Les femmes qui vivaient négativement ce phénomène étaient plutôt influencées par un âge de survenue précoce de la ménopause, des antécédents de symptômes prémenstruels et une transmission négative de la part de leur mère. Elles portaient un regard négatif sur la ménopause, influencées par un discours social qui véhicule des représentations physiologiques et symboliques péjoratives.

« Qu'il soit généraliste ou gynécologue, le médecin constitue l'acteur de l'expérience de la ménopause » (10). La littérature montre que l'héritage des représentations et le partage d'expériences, souvent négatifs, vont contribuer à l'élaboration de peurs chez la femme. Le médecin généraliste, par la relation de confiance et d'écoute, peut jouer un rôle déterminant dans l'information, l'accompagnement et le suivi de ces femmes. La prise en compte de ces résultats et son enseignement peut favoriser la compréhension par les futurs généralistes de la composante sociale dans le vécu de la ménopause et l'apparition de symptômes invalidants. L'approche et la prise en charge de la ménopause dans sa dimension holistique nécessitent une évolution de la vision de ce phénomène et celle des femmes ménopausées.

Ainsi, il ressort qu'il n'y a pas une ménopause mais des ménopauses, chaque femme ayant son propre vécu et sa propre représentation de la ménopause selon son histoire personnelle, familiale, sociale et culturelle.

La période ménopausique est un processus bio-psycho-socio-culturel et le profil de la femme symptomatique aux multiples troubles fonctionnels semble résulter davantage d'un stéréotype socio-culturel que de simples facteurs biologiques, qu'il conviendrait d'étudier dans une étude de plus grande envergure.
L'interaction avec le médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue, constitue un épisode important de la trajectoire des femmes à la ménopause.
Par conséquent, comment le médecin peut-il participer à l'image que se fait la femme lors de la transition ménopausique ?

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO Scientific Group on Research on the Menopause, Organization WH. Recherches sur la ménopause : rapport d'un groupe scientifique de l' OMS [réuni à Genève du 8 au 12 décembre 1980] [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1982 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/41052

2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gynécologie-Obstétrique. Item 120 - Ménopause. In: 3e édition. Elsevier Masson; 2015.

3. Maitrot-Mantelet L, Leman-Detours S, Cornier de Vulpian L, Gompel A. Ménopause. EMC - Traité de médecine AKOS. oct 2012;7(4):1-8.

4. Gold EB, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale GA, Powell L, et al. Longitudinal Analysis of the Association Between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity Across the Menopausal Transition: Study of Women's Health Across the Nation. Am J Public Health. juill 2006;96(7):1226-35.

5. Kronenberg F. Hot flashes: epidemiology and physiology. Ann NY Acad Sci. 1990;592:52-86.

6. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. The relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40–55 years of age. Am J Epidemiol. 2000;152:463-473.

7. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Soc Sci Med. 2001;52:345-356.

8. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-Espagna B, Hollander L. Hot flashes in the late reproductive years: risk factors for African American and Caucasian women. J Womens Health Gender Based Med. 2001;10:67-76.

9. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. Champ Psychosomatique. 2001;24(4):57-67.

10. Charlap C. La fabrique de la ménopause. CNRS. Paris; 2019. 272 p.

11. Delanoë D. Sexe, croyances et ménopause, Préface de Françoise Héritier. Hachette Littérature. Paris; 2006. 261 p.

12. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. Maturitas. 1992;14:103–115.

13. Gold EB, Block G, Crawford S, et al. Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms in midlife women: baseline results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Am J Epidemiol. 2004;159:1189-1199.

14. Schwingl PJ, Hulka BS, Harlow SD. Risk factors for menopausal hot flashes. Obstet Gynecol. 1994;84: 29-34.

15. Lock M. Contested meanings of the menopause. Lancet. 1991;337:1270-1272.

16. Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, et al. Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. Maturitas. 1994;19:157-176.

17. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. avr 2007;21(2):261-74.

18. De Gardanne CPL. Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique. Gabon; 1816. 448 p.

19. De Gardanne CPL. De la ménopause ou de l'âge critique des femmes. Méquignon-Marvis; 1821. 476 p.

20. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. févr 2009;23(1):25-32.

21. Freedman RR. Physiology of hot flashes. Am J Hum Biol. juill 2001;13(4):453-64.

22. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. La ménopause en pratique. Elsevier Masson. 2019. 352 p.

23. Genazzani AR, Schneider HPG, Panay N, Nijland EA. The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. Gynecological Endocrinology. janv 2006;22(7):369-75.

24. Wood AJJ, Belchetz PE. Hormonal Treatment of Postmenopausal Women. N Engl J Med. 14 avr 1994;330(15):1062-71.

25. Freeman EW. The Menopause Transition: Interview with Ellen W Freeman. Womens Health (Lond Engl). juill 2015;11(4):441-3.

26. Constantine GD, Graham S, Clerinx C, Bernick BA, Krassan M, Mirkin S, et al. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. Post Reprod Health. sept 2016;22(3):112-22.

27. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. Climacteric. oct 2010;13(5):419-28.

28. Scoutellas V, O'Neill TW, Lunt M, Reeve J, Silman AJ. Does the presence of postmenopausal symptoms influence susceptibility to vertebral deformity? Maturitas. août 1999;32(3):179-87.

29. Theisen SC, Mansfield PK. Menopause: Social Construction or Biological Destiny? Journal of Health Education. 1 août 1993;24(4):209-13.

30. Vincent JF. La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes beti du Sud-Cameroun. Journal des Africanistes. 2003;73(2):121-36.

31. Cros M. Anthropologie du sang en Afrique. L'Harmattan. Paris; 1990.

32. Lepoutre B, Amrani KE, Aubin I. Ménopause, ménopauses... Données sociales, culturelles et économiques sous-jacentes. Médecine. 1 févr 2009;5(2):85-9.

33. Heritier F. Retour aux sources. Galilée. Paris; 2010. 195 p.

34. Naamane-Guessous S. Printemps et automnes sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc. Casablanca : Eddif; 2000. 333 p.

35. Charlap C. La question de la ménopause dans le contexte français: Entre médicalisation genrée et résistances des femmes. Gérontologie et société. 11 sept 2015;vol. 37 / n° 148(1):123-34.

36. Lock M. Encounters With Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press; 1993. 439 p.

37. Beyene Y. From Menarche to Menopause: Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures. Albany: State University of New York Press; 1989. 188p.

38. Richard-Davis G, Wellons M. Racial and Ethnic Differences in the Physiology and Clinical Symptoms of Menopause. Semin Reprod Med. 9 août 2013;31(05):380-6.

39. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. JAMA Intern Med. 1 avr 2015;175(4):531.

40. Hunter M. The South-East England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. Maturitas. janv 1992;14(2):117-26.

41. Melby MK, Anderson D, Sievert LL, Obermeyer CM. Methods used in cross-cultural comparisons of vasomotor symptoms and their determinants. Maturitas. oct 2011;70(2):110-9.

42. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. Climacteric. janv 2007;10(3):197-214.

43. Espérance de vie à divers âges | Insee [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631

44. Frappé P. Initiation à la recherche, 2e Edition, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. CNGE. 2018. 224 p.

45. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'«Acteur» à «Interdépendance». Exercer. 2009;20(87):74- 9.

46. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de «Maladie» à «Verbatim». Exercer. 2009;20(88):106‑12.

47. Larousse É. Définitions : vécu - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%C3%A9cu/81239

48. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. mars 2004;10(1):79-86.

49. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.

50. Josiane Mbarga. Regards de Suissesses et de Camerounaises citadines sur la ménopause : dépasser les dichotomies binaires. Anthropologie & Santé [Internet]. 2014, mis en ligne le 31 mai 2014 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1396

51. Benedek T. Climacterium: A Developmental Phase. The Psychoanalytic Quarterly. janv 1950;19(1):1-27.

52. Freeman EW, Sammel MD, Rinaudo PJ, Sheng L. Premenstrual Syndrome as a Predictor of Menopausal Symptoms: Obstetrics & Gynecology. mai 2004;103(5, Part 1):960-6.

53. Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. Maturitas. mars 1991;13(1):65-79.

54. Polit DF, Larqcco SA. Social and Psychological Correlates of Menopausal Symptoms: Psychosomatic Medicine. mai 1980;42(3):335-45.

55. Jones EK, Jurgenson JR, Katzenellenbogen JM, Thompson SC. Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women? BMC Women's Health. déc 2012;12(1):43.

56. Lee M-S, Kim J-H, Park MS, Yang J, Ko Y-H, Ko S-D, et al. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. J Korean Med Sci. 2010;25(5):758.

57. Bloch A. Self-awareness during the menopause. Maturitas. janv 2002;41(1):61-8.

58. Rice VM. Strategies and issues for managing menopause-related symptoms in diverse populations: ethnic and racial diversity. The American Journal of Medicine. déc 2005;118(12):142-7.

59. Luhrmann T.M. Grandmothers of civilization. The Times Literary Supplement. [Internet]. mars 2020 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: https://www.the-tls.co.uk/articles/the-slow-moon-climbs-susan-mattern-review-t-m-luhrmann/

60. Virginie Vinel. Mémoires de sang : transmission et silences autour des menstrues (France urbaine). Errefe La ricerca folklorica. 2 juin 2008;58:79.

61. Kaufert PA. The social and cultural context of menopause. Maturitas. mars 1996;23(2):169-80.

62. Delanoë D. Les représentations de la ménopause et les attitudes envers le traitement hormonal. Une enquête de la population générale en France. In Epelboin S, Heritier-Auge F, Sureau C. Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle. Paris: Elsevier; 1998.

63. Collins A. Sociocultural Issues in Menopause. In: Lobo RA, Crosignani PG, Paoletti R, Bruschi F, éditeurs. Women's Health and Menopause. Medical Science Symposia Series, vol 17. Boston, MA: Springer US. 2002; 339-44.

64. Le Robert. Définitions : ménopause - Dictionnaire de français Le Robert [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/menopause

65. Gannon L, Ekstrom B. Attitudes Toward Menopause: The Influence of Sociocultural Paradigms. Psychology of Women Quarterly. sept 1993;17(3):275-88.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien

Formulaire de consentement (document à faire signer).

Présentation et information :
Bonjour,
Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.
Je m'appelle Maeva BISSUEL, je suis actuellement étudiante en médecine générale et je réalise ma thèse sur le thème de la ménopause.
Etes-vous d'accord si je vous pose des questions sur le vécu et sur l'expérience de votre ménopause ?

Cet entretien va être enregistré, il sera retranscrit mot à mot et restera confidentiel et anonyme, je peux arrêter l'enregistrement quand vous le souhaitez.

Maintenant que vous avez donné votre accord, je vous demanderai de vous présenter ?

PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1) Quel âge avez-vous ?

2) A quel âge avez-vous été ménopausée ?

3) Depuis combien de temps êtes-vous ménopausée ?

4) Où habitez-vous ?

5) Quel est votre milieu de résidence ?

6) De quel région ou pays êtes-vous originaire ? Si étranger, depuis combien de temps vivez-vous en France ? Si originaire de La Réunion, quelle est votre culture ?

7) Statut marital : Etes-vous :
   - Mariée
   - Divorcée
   - Veuve
   - Célibataire
   - En concubinage
   - Pacsée

8) Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

9) Exercez-vous une activité professionnelle ?
   - Activité professionnelle : emploi à temps plein
   - Activité professionnelle : emploi à temps partiel
   - Retraitée
   - Sans emploi

10) Quelle est (était) votre catégorie socioprofessionnelle ?
   - Agriculteur exploitant
   - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
   - Cadre et profession intellectuelle supérieure
   - Profession intermédiaire
   - Employé
   - Ouvrier
   - Personne sans activité
   - Autre

PARTIE 2 : PARTIE THEMATIQUE

I. Informations sur la ménopause

	Sujet	Questions de base	Questions supplémentaires
Question 1	Représentation de la ménopause	Avant d'être ménopausée, comment imaginiez-vous la ménopause ? Dans votre culture, comment la ménopause est-elle vécue ? Dans votre culture, comment est considérée la femme ménopausée ?	Avant la ménopause, saviez-vous ce qui allait se passer et comment ça allait se passer ?
Question 2	Vécu personnel de la ménopause	Que signifie pour vous la ménopause aujourd'hui ? Avez-vous (eu) des symptômes ? Si oui, lesquels ? Est-ce que cela vous (a) gêné ? Ressentez-vous des changements sur le plan physique ? Avez-vous noté des changements sur votre état psychologique ? Si oui, lesquels ? Comment vivez-vous cette période de ménopause? Constatez-vous des changements dans vos habitudes et dans votre caractère ? Depuis que vous êtes ménopausée, qu'est-ce que vous appréciez ?	Avez-vous d'autres symptômes que les bouffées de chaleur (sueurs nocturnes, troubles du sommeil, troubles génito-urinaires, douleurs musculaires) ? Si oui, lesquels ? Selon vous, pourquoi les autres femmes ont beaucoup de symptômes et pas vous, avez-vous une explication ?
Question 3	La ménopause vue par la famille	Vous a-t-on déjà parlé de la ménopause dans votre entourage ? Si oui : - Qu'avez-vous entendu sur la ménopause de la part de votre entourage ? - Dans votre entourage comment les femmes ont-elles vécue leur ménopause ?	
Question 4	Avant la ménopause	Avant d'être ménopausée, aviez-vous un syndrome prémenstruel (tension mammaire, douleur abdominale, irritabilité, prise de poids) avant vos règles ? Plus jeune avez-vous déjà connu des périodes de bouffées de chaleur (pendant un examen, un stress) ? Est-ce que vous rougissez facilement ? Avez-vous d'autres explications à vos bouffées de chaleur ?	

II. Questions communes

	Sujet	Questions de base	Questions supplémentaires
Question 5	Vie familiale	Avec qui vivez-vous à la maison ? La ménopause a-t-elle créé des changements dans votre vie au niveau familial ?	Les enfants, vivent-ils encore à la maison ? Ont-ils quitté récemment le domicile ?
Question 6	Statut marital	Comment décririez-vous votre conjoint ?	Quel est son caractère ? Est-il facile à vivre ? Est-il du genre à vouloir tout commander et décider ?
		Si veuve : Quelle relation aviez-vous ? Etait-il facile à vivre ?	
Question 7	Vie conjugale	En couple : Son regard et son comportement ont-t-il changé depuis que vous êtes ménopausée ? Si oui, comment ? Et le vôtre ?	Est-ce que vous partagez vos états d'âmes avec votre conjoint ? Avez-vous le soutien de votre conjoint ?
		Célibataire : Le regard des hommes a-t-il changé depuis que vous êtes ménopausée ? Si oui, comment ? Avez-vous changé votre regard sur les hommes ?	
Question 8	Vie sociale	Avez-vous ressenti un changement dans vos habitudes de vie sociale ?	

Question 9 :
Concernant la sexualité : Est-ce que votre sexualité a évolué depuis que vous êtes ménopausée ? Pensez-vous que vous êtes une femme épanouie ?

Question 10 :
Vous attendiez-vous à avoir ces symptômes de la ménopause ?

PARTIE 3 : QUESTIONS FERMEES

1) Est-ce que vous fumez ?
   - oui
   - non

2) Consommez-vous de l'alcool au quotidien ?
   - oui
   - non

3) Faites-vous du sport ?
   - oui
   - non

4) Avez-vous des habitudes alimentaires particulières, si oui lesquelles ?

5) Avez-vous déjà pris un Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause ou autre ? (prise actuelle ou antérieure) :
   - oui
   - non

   Si oui, pendant combien de temps ?

6) Avez-vous un suivi gynécologique (gynécologue, médecin traitant, sage-femme) ?
   - oui
   - non
   - plus maintenant

ANNEXE N°2 : Fiche d'information à destination des participantes

ETUDE SUR L'INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS SUR LE SYNDROME VASOMOTEUR DE LA FEMME MENOPAUSEE

Enquête qualitative

Madame,

Etudiante en Médecine Générale, je réalise un travail de thèse de fin d'étude dans le département de médecine générale de Poitiers, sur un projet dirigé par la Professeure Stéphanie MIGNOT.

Cette lettre d'information détaille la méthodologie de l'étude.

Les objectifs de cette étude sont :

D'explorer les variations des ressentis en fonction des variables socio-culturelles sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

Déroulement de l'étude :

Les patientes **volontaires** auront signé un formulaire de consentement puis seront interrogées sous la forme **d'entretiens individuels** par l'enquêtrice Maeva BISSUEL, suivant leurs disponibilités, dans un lieu neutre et calme.

Un entretien dure de 15 à 20 minutes en moyenne.

Les patientes participeront à un entretien individuel. Au cours de cet entretien, plusieurs questions seront posées concernant leur expérience et leur vécu en tant que femme ménopausée.

Je procéderai à l'enregistrement de l'entretien, avec leur accord, pour faciliter la suite de l'étude.

Les participantes pourront refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Elles auront la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les données seront d'abord retranscrites mot à mot de façons **anonyme et confidentielle**, puis analysées à l'aide d'un logiciel afin de dégager les thèmes principaux.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par l'enquêtrice Maeva BISSUEL.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale de Maeva BISSUEL, et peuvent éventuellement être publiés.

Un dossier concernant cette étude a été soumis au comité d'Ethique de La Rochelle.

Fait à : La Rochelle Le : …… Signature de la doctorante :

ANNEXE N°3 : Information à l'attention de la participante

INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS

SUR LE SYNDROME VASOMOTEUR DE LA FEMME MENOPAUSEE

Investigateur principal

BISSUEL Maeva

Etudiante en Médecine Générale,

Université de Poitiers

0627881270

Responsable de traitement

Université de Poitiers,
représentée par Madame la Présidente

15 rue de l'Hôtel Dieu
TSA 71117
86073 POITIERS Cedex 9, France

(33) (0)5 49 45 30 00

Madame,

Vous êtes invitée à participer à un projet de thèse.
Cette étude est organisée par Maeva BISSUEL sous la direction du Pr Stéphanie MIGNOT.
Elle concerne l'influence des facteurs socio-culturels sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice.

Veuillez lire attentivement ce qui suit : ce sont toutes les informations qui vont vous permettre de comprendre la finalité de cette étude, afin d'éclairer votre décision.

Finalité du traitement et sa base légale

Ce projet de thèse a pour but d'explorer la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée.
La base légale du traitement est la mission d'intérêt public (art. 6.1(e) du RGPD).

Destinataire des données

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : thésarde Maeva BISSUEL, directrice de thèse Stéphanie MIGNOT.

Durée de conservation des données

Les données seront conservées pendant 12 mois à compter du 01/11/2021.
Le formulaire de consentement sera conservé pendant 12 mois.

Exercice de vos droits

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, au traitement de vos données.

Pour exercer vos droits, vous devez vous adresser à Christelle SOUIL, déléguée à la protection des données de l'Université de Poitiers, à l'adresse suivante : dpo@univ-poitiers.fr.
Si vous estimez que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL – Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle.

ANNEXE N°4 : Formulaire de consentement

INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS

SUR LE SYNDROME VASOMOTEUR DE LA FEMME MENOPAUSEE

Je soussignée _____, atteste avoir pris connaissance de la mention d'information et consens à participer à ce projet de thèse et à l'exploitation de mes données à caractère personnel, dans les conditions précisées ci-dessus.

Si je le désire, j'ai le droit de refuser de participer à cette étude ou de retirer mon consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice. J'en informerai alors l'enquêtrice Maeva BISSUEL.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes soumises au secret professionnel et collaborant à cette étude.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire auprès des investigateurs. J'ai bien noté que mon droit d'accès prévu par la loi informatique et liberté s'exerce à tout moment.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé, après l'anonymat, par l'investigateur. Je consens également à ce que ces données puissent faire l'objet d'une publication dans un média scientifique, après anonymisation.

J'ai reçu une notice d'information détaillée ainsi qu'une copie du présent document. J'ai été informée qu'une copie sera également conservée par les investigateurs dans des conditions garantissant la confidentialité, et y consens.

Participante

Nom :
Prénom :
Date :
Signature de la participante :

ANNEXE N°5 : Cartographie de l'échantillonnage

Entretien	Lieu	Durée (minutes)
F1	Domicile	16
F2	Domicile	11
F3	Domicile	11,58
F4	Domicile	11,21
F5	Domicile	7,25
F6	Domicile	13,52
F7	Cabinet	18,06
F8	Cabinet	13,20
F9	Domicile	13,52
F10	Domicile	21,14
F11	Travail	15,41
F12	Travail	14,27
F13	Domicile	10,06
F14	Domicile	12,05
F15	Domicile	17,45
F16	Domicile	12,19
F17	Domicile	9,34
F18	Domicile	10
F19	Domicile	10,07
F20	Travail	12,18
F21	Travail	13,34
F22	Domicile	12,44
F23	Domicile	21
F24	Domicile	13,26
F25	Travail	16,46

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens.

RESUME

Introduction :
La ménopause est marquée par une carence œstrogénique responsable d'un certain nombre de modifications physiologiques. Cette étape incontournable dans la vie d'une femme s'accompagne de symptômes plus ou moins invalidants regroupés sous le nom de syndrome vasomoteur, dont le symptôme le plus connu est la survenue des bouffées de chaleur.
Malgré l'omniprésence de la ménopause dans les sociétés occidentales, nous savons très peu de choses concernant l'étendue normale de l'expérience de cet événement et sur les facteurs qui peuvent l'affecter.
Notre objectif était de décrire la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée. L'étude visait également à établir un ou plusieurs profils de la femme ménopausée sujette aux bouffées de chaleur.

Matériel et méthode :
Une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de vingt-cinq femmes ménopausées vivant en France Métropolitaine et à l'Ile de La Réunion de Novembre 2021 à Janvier 2022.
Une analyse thématique et descriptive des entretiens a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée.

Résultat :
Cette étude nous montre que la ménopause comprend non seulement une dimension biologique mais aussi socio-culturelle puisque les expériences peuvent êtres plurielles et différentes, avec d'importantes variations selon les ethnies, les sociétés et les cultures.
Nous avons identifié trois facteurs, les facteurs liés à l'histoire personnelle, les facteurs socio-économiques et les facteurs socio-médiatiques, qui vont avoir une incidence positive ou négative sur l'expérience ménopausique et influencer le ressenti de ce phénomène.
La ménopause fait l'objet d'un grand nombre de représentations qui vont intervenir dans la dimension d'acceptation de la ménopause et impacter le vécu des bouffées de chaleur.
Les femmes qui vivaient positivement la ménopause étaient davantage influencées par un âge de survenue tardif de la ménopause, une acceptation de cette étape de la vie, une relation de couple harmonieuse et une transmission positive de la part de leur mère. Elles étaient non fumeuses, d'origine asiatique ou malgache et faisaient partie d'une catégorie socio-professionnelle élevée.
Les femmes qui vivaient négativement ce phénomène étaient plutôt influencées par un âge de survenue précoce de la ménopause, des antécédents de symptômes prémenstruels et une transmission négative de la part de leur mère. Elles avaient une vision délétère, influencées par un discours social qui véhicule des représentations physiologiques et symboliques péjoratives à l'égard de la ménopause.

Conclusion :
La période de ménopause est un processus bio-psycho-socio-culturel et le profil de la femme symptomatique aux multiples troubles fonctionnels semble résulter davantage d'un contexte socio-culturel que de simples facteurs biologiques. L'interaction avec le médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue, constitue un épisode important de la trajectoire des femmes à la ménopause. Par conséquent, comment le médecin peut-il participer à l'image que se fait la femme lors de la transition ménopausique ?

Mots-clés :
Ménopause - Bouffées de chaleur – Influence socio-culturelle - Médecine Générale

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘

RESUME

Introduction :
La ménopause est marquée par une carence œstrogénique responsable d'un certain nombre de modifications physiologiques. Cette étape incontournable dans la vie d'une femme s'accompagne de symptômes plus ou moins invalidants regroupés sous le nom de syndrome vasomoteur, dont le symptôme le plus connu est la survenue des bouffées de chaleur.
Malgré l'omniprésence de la ménopause dans les sociétés occidentales, nous savons très peu de choses concernant l'étendue normale de l'expérience de cet événement et sur les facteurs qui peuvent l'affecter.
Notre objectif était de décrire la variation des ressentis en fonction des facteurs socio-culturels et socio-démographiques sur le syndrome vasomoteur de la femme ménopausée. L'étude visait également à établir un ou plusieurs profils de la femme ménopausée sujette aux bouffées de chaleur.

Matériel et méthode :
Une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de vingt-cinq femmes ménopausées vivant en France Métropolitaine et à l'Ile de La Réunion de Novembre 2021 à Janvier 2022.
Une analyse thématique et descriptive des entretiens a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée.

Résultat :
Cette étude nous montre que la ménopause comprend non seulement une dimension biologique mais aussi socio-culturelle puisque les expériences peuvent êtres plurielles et différentes, avec d'importantes variations selon les ethnies, les sociétés et les cultures.
Nous avons identifié trois facteurs, les facteurs liés à l'histoire personnelle, les facteurs socio-économiques et les facteurs socio-médiatiques, qui vont avoir une incidence positive ou négative sur l'expérience ménopausique et influencer le ressenti de ce phénomène.
La ménopause fait l'objet d'un grand nombre de représentations qui vont intervenir dans la dimension d'acceptation de la ménopause et impacter le vécu des bouffées de chaleur.
Les femmes qui vivaient positivement la ménopause étaient davantage influencées par un âge de survenue tardif de la ménopause, une acceptation de cette étape de la vie, une relation de couple harmonieuse et une transmission positive de la part de leur mère. Elles étaient non fumeuses, d'origine asiatique ou malgache et faisaient partie d'une catégorie socio-professionnelle élevée.
Les femmes qui vivaient négativement ce phénomène étaient plutôt influencées par un âge de survenue précoce de la ménopause, des antécédents de symptômes prémenstruels et une transmission négative de la part de leur mère. Elles avaient une vision délétère, influencées par un discours social qui véhicule des représentations physiologiques et symboliques péjoratives à l'égard de la ménopause.

Conclusion :
La période de ménopause est un processus bio-psycho-socio-culturel et le profil de la femme symptomatique aux multiples troubles fonctionnels semble résulter davantage d'un contexte socio-culturel que de simples facteurs biologiques. L'interaction avec le médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue, constitue un épisode important de la trajectoire des femmes à la ménopause. Par conséquent, comment le médecin peut-il participer à l'image que se fait la femme lors de la transition ménopausique ?

Mots-clés :
Ménopause - Bouffées de chaleur – Influence socio-culturelle - Médecine Générale