

OSER PARLER MÈNopause



MÈNopause
★ **ENSEMBLE**



MÉNOPAUSONS ENSEMBLE



OSER PARLER MÉNOPAUSE

Cette brochure est une production de l'ASBL Sofélia – La
Fédé militante des Centres de Planning familial solidaires

Également disponible en téléchargement sur :
www.sofelia.be

Rédaction : Juliette Bell Andrade et Laura Aristizabal Arango.

Remerciements : Merci aux 150 personnes concernées par la ménopause
ayant répondu au sondage lancé par Sofélia en avril 2026 dans le cadre de
la campagne « Ménopausons ensemble – Oser parler ménopause ».

Merci aussi aux personnes concernées et aux associations (le CPF Rosa de
Bruxelles, Femmes et Santé, Liages, Corps écrits, Santé en jeux) impliquées
dans la relecture. Vos partages, recommandations, revendications, relectures
et générosité ont permis de produire cette brochure.

Conception graphique et mise en page :
Knock Knock Prod et Steppers Studio
(www.knockknock-prod.be - www.steppers.be).

Illustrations : Manon Brûlé.

SOFÉLIA

La Fédé militante des Centres
de Planning familial solidaires

réseau **Solidaris**

Place Saint-Jean 1-2 – 1000 Bruxelles

Édition : Septembre 2026

INTRODUCTION

P. 4-7

1. LA MÉNOPAUSE : QU'EST-CE QUE C'EST ?

- Qu'est-ce qui se passe dans le corps ?
- Est-ce que cela se passe seulement dans le corps ?
- La « ménopause sociale »
- Il n'y a pas une, mais des ménopauses



P. 8-13

2. LA MÉNOPAUSE, C'EST UNE MALADIE ?

- Ce qui peut se passer dans le corps
- La ménopause peut aussi toucher nos pensées
- La ménopause, pour combien de temps ?



P. 14-17

3. LA MÉNOPAUSE SE VIT-ELLE DE LA MÊME FAÇON PARTOUT, DEPUIS TOUJOURS ?

- Origine et apparition du terme « ménopause » en Europe (19^e siècle)
- Les hormones et la ménopause comme une « maladie » (20^e siècle)
- Popularisation des traitements hormonaux (1970 à aujourd'hui)
- Et aujourd'hui ?



P. 18-23

4. LA MÉNOPAUSE DOIT-ELLE SE VIVRE EN SILENCE ?

- Dans les relations
- Le rapport à soi



P. 24-25

SOMMAIRE

5. LA MÉNOPAUSE SIGNE-T-ELLE LA FIN DE LA VIE SEXUELLE ?

- Une libération pour certain-e-s
- Des désagréments pour d'autres
- Le désir, au-delà du mythe de la spontanéité
- Et si vous vivez bien une absence de sexualité ?



P. 26-31

6. FÉMININ = REPRODUCTION ?

- Arrêter l'équation « féminin = reproduction »
- Sortir du silence et de l'invisibilité



P. 32-33

7. QUELQUES PISTES POUR ABORDER CETTE PÉRIODE

- Et si vous avez un-e proche ménopausé-e ?



P. 34-36

LEXIQUE

P. 36-39

RÉFÉRENCES

P. 40-42

QUI SOMMES-NOUS ?

P. 43

INTRODUCTION



En 2026, Sofélia (la Fédé militante des Centres de Planning familial solidaires) a choisi de consacrer sa campagne d'éducation permanente¹ à un sujet qui reste encore trop peu abordé : **la ménopause et les étapes qui l'entourent.**

Le choix du sujet s'est basé sur deux constats :

- 1 La ménopause soulève des questions de santé chez les personnes concernées.
- 2 La ménopause est aussi une question de société. Cela affecte la façon dont les personnes ménopausées vivent cette période.

QUE CONTIENT CETTE BROCHURE ?

Ce document se veut être une contribution à la prise de conscience critique sur la ménopause et ses impacts sur les personnes concernées. **Son objectif principal est de déconstruire les fausses croyances autour de la ménopause.** Ainsi que de participer à changer la vision de la période ménopausique.

¹ Les mots soulignés en pointillés sont définis dans notre lexique en fin de brochure.

CE QUE VOUS TROUVEREZ DANS CETTE BROCHURE



Une déconstruction des idées reçues sur la ménopause et les étapes qui l'entourent.

Une analyse historique et sociale des raisons pour lesquelles ces fausses idées existent.

Des pistes de solutions pour certains désagréments issues de témoignages de personnes concernées par la ménopause.

Le souhait de participer au changement social et de rompre les tabous autour de la ménopause.

Une approche permettant de se questionner sur son rapport à la ménopause et les idées reçues sur le sujet (que vous soyez ménopausé-e ou non).

CE QUE VOUS NE TROUVEREZ PAS DANS CETTE BROCHURE



Un suivi personnalisé de la part du personnel de la santé. Pour cela, nous vous proposons de consulter les personnes formées pour vous conseiller.

Des conseils médicaux à suivre au pied de la lettre.

Des injonctions à vivre la ménopause de telle ou telle façon.

Un guide clinique et complet concernant des traitements, des compléments alimentaires ou des thérapies.

Des recommandations pour résoudre des problèmes de santé physique ou mentale.



CETTE BROCHURE S'ADRESSE AUSSI BIEN :

→ aux personnes **qui vivent ou vivront un jour la ménopause** (et les étapes qui l'entourent), pour qu'elles disposent d'outils critiques face aux fausses croyances qui affectent la manière dont elles envisagent la ménopause ;

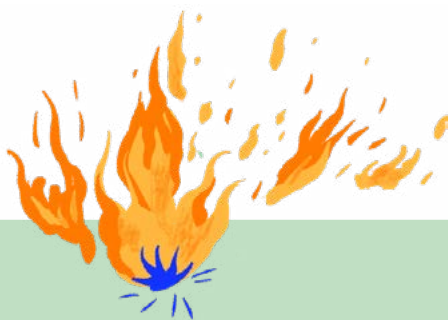
→ aux personnes **qui ne vivront jamais de ménopause**, pour les sensibiliser et contribuer à une prise de conscience des idées reçues sur la ménopause (et les étapes qui l'entourent).

POUR ÉCRIRE CETTE BROCHURE, L'ÉQUIPE DE SOFÉLIA S'EST REPOSÉE PRINCIPALEMENT SUR :

→ la lecture et l'analyse de travaux féministes en histoire, en anthropologie et en sociologie ;

→ l'étude des leviers actuels de changement concernant la ménopause au niveau institutionnel et politique ;

→ une attention portée aux vécus de nombreuses personnes ménopausées.



PLUSIEURS FAUSSES CROYANCES LIÉES À LA MÉNOPAUSE SERONT PARCOURUES DANS CE DOCUMENT :

1

→ Est-ce vraiment « juste »
une histoire d'hormones ? **Point 1**

2

→ Est-elle une maladie ? **Point 2**

3

→ Existe-t-elle de la même façon
partout à travers le monde ? **Point 3**

4

→ Doit-on la cacher, la vivre
en silence ? **Point 4**

5

→ Marque-t-elle la fin de
notre vie sexuelle ? **Point 5**

Cette brochure présentera des réponses et des pistes de réflexion ainsi que des outils pour développer un regard critique sur les clichés existants sur la ménopause.

Afin de faciliter la lecture, **un lexique** ainsi qu'**une liste de ressources** et **références** sont disponibles sur notre site web :

<https://www.sofelia.be/nos-campagnes/menopausons-ensemble>

« Je cherche des informations pratiques, vers qui me tourner ? »

Rendez-vous directement à la fin de la brochure, qui renvoie vers notre liste de références et de ressources qui pourront vous aider (ainsi que des « trucs et astuces »).

1. LA MÉNopause : QU'EST-CE QUE C'EST ?



Partons d'une première définition. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la ménopause est :

« L'une des étapes qui font le continuum de la vie des femmes et marque la fin des années où elles peuvent concevoir un enfant. Elle est causée par l'arrêt du fonctionnement du cycle ovarien (...). La transition vers celle-ci peut être progressive »².

LA MÉNopause EST UNE PHASE NORMALE DANS LA VIE DES FEMMES*.

→ Le terme **femmes*** désigne toute personne s'identifiant comme telle et susceptible d'exprimer la ménopause. Le terme « personne ménopausée » sera aussi utilisé.

→ Dans cette brochure, le vécu spécifique de la ménopause des hommes trans et des personnes non-binaires ne sera pas abordé³.

EN BELGIQUE, CETTE PÉRIODE CONCERNE EN MOYENNE 43% DES TRAVAILLEUSES*. SOIT 21.7% DE LA POPULATION ACTIVE⁴.

La ménopause a des **impacts** sur les personnes concernées ainsi que sur leur qualité de vie. Pourtant, elle reste **globalement méconnue, ignorée ou objet de fausses informations**. Quand elle est abordée, c'est souvent sous le prisme de la maladie, du manque, des moqueries ou encore de la perte d'autonomie. Pire, certaines représentations sociales l'associent à une perte de féminité.

Pourtant, le vécu de la ménopause peut prendre différentes formes. Il est possible de la traverser en silence ou de la partager avec son entourage. Certaines personnes se sentent soutenues, d'autres isolées et incomprises. L'arrêt définitif des règles peut être vécu comme une libération, ou être source de tristesse et d'angoisse (ou tout ça à la fois) ! Dans tous les cas, **une transformation s'opère.**

PETIT POINT SUR LES TERMES UTILISÉS

Dans les conversations de tous les jours et dans l'imaginaire, **le terme « ménopause »** englobe en réalité un processus composé de plusieurs étapes. Ce mot est souvent entouré de « pré », « post » ou « péri » :

La périménopause (ou parfois préménopause). *Entre 45 et 55 ans*, les règles peuvent devenir irrégulières et des changements hormonaux se font ressentir. La préménopause désigne cette période de transition avant l'arrêt définitif des règles.

⚠ Attention : le milieu médical parle de « périménopause » et « préménopause » pour désigner la même période. Cependant, d'autres personnes parlent de « périménopause » pour englober toutes les phases entourant la ménopause (pré, ménopause et post).

La ménopause. C'est le moment où il n'y a plus de menstruations et où la période de fertilité se termine⁵. Dans son sens purement clinique, la ménopause est acquise un an après avoir eu ses dernières règles (ou situations assimilées).

La postménopause. La période qui suit l'arrêt définitif des règles (la ménopause). Elle peut durer plusieurs années et les effets peuvent perdurer dans le temps.

QU'EST-CE QUI SE PASSE DANS LE CORPS ?

D'abord, décryptons ce qui se passe dans le corps. Pour plus de détails sur les effets, consultez les pages 16 à 17.

Les **hormones** produites par les ovaires tout au long des cycles menstruels sont les œstrogènes et la progestérone.

Entre 42 et 45 ans (en moyenne), les fluctuations hormonales peuvent

se faire ressentir⁶. La production d'hormones par les ovaires diminue. Les règles deviennent irrégulières et imprévisibles. Parfois, on a un flux réduit, parfois abondant. Attention : l'arrivée et la durée de cette période varient d'une personne à l'autre.

La production d'hormones va finir par **s'arrêter progressivement**. Cela provoque la fin de la fécondité et de la fertilité. Cela survient en moyenne **entre 50 et 52 ans**⁷.



LE SAVIEZ-VOUS ?

La ménopause est qualifiée de précoce quand une personne a des signes de périménopause, voire entre en ménopause, **avant ses 40 ans**. En médecine, ce phénomène est appelé « insuffisance ovarienne précoce » (IOP).

En cas d'interventions chirurgicales (comme l'ovariectomie), médicales ou à la suite de pathologies spécifiques, certaines personnes peuvent également présenter des signes de périménopause ou être ménopausées, indépendamment de leur âge. C'est la ménopause artificielle ou induite.



EST-CE QUE CELA SE PASSE SEULEMENT DANS LE CORPS ?

La ménopause **n'est pas qu'un phénomène ressenti dans le corps**. Cette période est aussi vécue en fonction de la vision qu'a notre société actuelle du corps des femmes*. Nous vivons dans une société **sexiste, patriarcale et âgiste**. Les femmes* qui avancent en âge se retrouvent alors au cœur de ces trois discriminations.

> **LE PATRIARCAT** désigne un système social où le pouvoir est organisé au bénéfice des hommes et au détriment des femmes* et des minorités. Cela affecte nos normes, nos institutions, nos représentations ainsi que nos relations et nos comportements. C'est une organisation sociale, qui peut donc être changée.

> **LE SEXISME** est une composante du patriarcat. Il désigne l'ensemble des attitudes et comportements discriminatoires basés sur le sexe ou le genre. Ainsi, dans un contexte patriarcal, où la masculinité est valorisée, ces attitudes et comportements discriminatoires peuvent viser une personne car celle-ci est (ou est perçue comme) une femme* ou féminine.

> **L'ÂGISME** concerne la discrimination fondée sur l'âge, les stéréotypes et traitements défavorables qui visent les personnes jugées « vieilles » ou « jeunes »⁸.

Pour aller plus loin, Lisa Mosconi avance cette idée : **SEXISME + ÂGISME = « MÉNOPAUSISME »**. Cela décrit le fait que notre société fait sentir aux personnes ménopausées qu'elles ont perdu de la valeur⁹. L'approche de la ménopause peut être vue et ressentie comme une « perte » et est liée à une certaine vision de la féminité (voir à ce propos le point 3).

Il existe ce qu'on appelle un « double standard du vieillissement » dans notre société. Les signes de l'âge chez les hommes sont accueillis généralement positivement, mais pas chez les femmes*. **L'idéal féminin est encore aujourd'hui lié à la jeunesse, à la minceur, à la peau lisse, à l'absence de cheveux blancs et, surtout, à la capacité de porter des enfants...** Vieillir dans notre société signifie pour les femmes* perdre leurs « attributs valorisés » jusqu'ici¹⁰.

LA “MÉNOPAUSE SOCIALE”

La sociologue Cécile Charlap utilise le terme « ménopause sociale »¹¹. Autrement dit, à partir de la quarantaine, la société renvoie l'idée que **la période reproductive des femmes* doit cesser alors qu'elles sont encore théoriquement aptes à la reproduction.** À *partir de 40 ans*, les femmes* sont donc toujours fertiles mais considérées comme socialement stériles. Par exemple, les grossesses à partir de

40 ans sont qualifiées de tardives ou encore de gériatriques. Elles sont souvent considérées comme transgressives, dangereuses voire égoïstes. Ce sont des grossesses à justifier. Parfois les femmes* concernées peuvent faire l'objet d'un rejet ou d'une condamnation sociale¹².

C'est donc bien avant la ménopause physiologique que **les femmes* changent de statut social**, alors qu'elles sont souvent encore **fécondes**.

IL N'Y A PAS UNE, MAIS DES MÉNOPAUSES¹³

Il n'y a pas une seule façon d'aborder ou de vivre la ménopause. La ménopause est l'arrêt définitif des règles et des étapes qui l'entourent. Mais les effets de cette période sont nombreux et ne sont pas ressentis par toutes les personnes concernées, ou pas de la même manière.

Des éléments propres à chaque parcours peuvent aussi influencer cette période et la façon dont elle est vécue. Par exemple : la consommation de tabac, d'alcool ou le type d'alimentation. **Des facteurs peuvent aussi impacter ce vécu :** le statut socio-économique,

l'origine ethnique, la culture, l'accès à des informations sur des thématiques de santé, etc.¹⁴

Cette période peut durer **plus ou moins longtemps**. Les effets peuvent être **plus ou moins intenses et/ou inconfortables** selon les personnes.

Il n'existe donc pas une seule façon d'aborder cette période. Il n'existe pas une seule manifestation de celle-ci. Les corps et les parcours de vie sont singuliers. Les ménopauses le sont donc aussi. Il n'y a pas une ménopause mais **des ménopauses**.



**ALORS QUELLE DÉFINITION
DE LA MÉNOPAUSE ?**

LA VÔTRE !

2. LA MÉNOPAUSE, C'EST UNE MALADIE ?



Notre société a construit une image assez négative de cette période. La ménopause est généralement et actuellement envisagée comme si c'était une maladie : **c'est faux !**

C'est une **période de transition et de transformation**. Certaines personnes la décrivent même comme une seconde puberté ou une « seconde crise d'adolescence ». Le corps change et cherche un nouvel équilibre. La ménopause n'est donc pas synonyme de dégradation, de manque ou de santé défaillante.

Les modifications hormonales durant cette période bousculent **un équilibre présent**. Ce changement hormonal peut entraîner dans certains cas (mais pas toujours) des **effets sur le corps et sur l'esprit**.



⚠ Attention : il n'est pas nécessaire de ressentir un ou tous les effets cités ci-dessous pour être en période de (péri)ménopause.



CE QUI PEUT SE PASSER DANS LE CORPS

Il existe différents effets de la (péri)ménopause d'un point de vue physiologique. Ils n'apparaissent pas chez toutes les personnes. Leur intensité peut varier selon les corps ou, chez une même personne, dans le temps. Il est possible d'en avoir un, plusieurs, aucun et ils peuvent varier selon les périodes.

Parmi les inconvénients potentiels, il y a :

- les bouffées de chaleur, frissons, sensations de « chaud/froid » ;
- la transpiration abondante (en particulier la nuit, mais pas seulement) ;
- les pertes ou infections urinaires fréquentes ;
- les insomnies, une mauvaise qualité du sommeil ;
- les troubles digestifs ;
- les palpitations ;
- la déshydratation de la peau et la perte d'élasticité ;
- la fatigue, plus ou moins intense ;
- une baisse d'entrain et d'énergie globale ;
- les douleurs articulaires et/ou musculaires ;
- la sécheresse et l'inconfort vulvaire et vaginal ;
- la prise de poids et les changements corporels ;
- les migraines ;
- le changement de pilosité (diminution ou augmentation).

Il y aussi d'autres effets, vécus plutôt positivement (et dont on parle moins) :

- des cheveux plus souples ;
- une peau plus douce, moins grasse ;
- le changement de pilosité (ce qui est vécu positivement par de nombreuses personnes) ;
- l'arrêt des menstruations (et des contraintes et douleurs qu'elles entraînent) ;
- certaines personnes disent aimer leurs bouffées de chaleur et les accueillir comme un moment de « grand nettoyage »¹⁵.



LA MÉNOPAUSE PEUT AUSSI TOUCHER NOS PENSÉES

La période ménopausique peut aussi toucher la dimension psychologique et la santé mentale. Le fait qu'elle soit encore taboue n'aide pas. Cependant, les effets psychologiques ne concernent pas tout le monde ni de la même manière. L'intensité de ces effets peut varier dans le temps. Ils peuvent aller et venir, ou durer pendant des années. **Dans ces effets, nous pouvons citer (sans tous les lister) :**

- des problèmes de concentration ;
- un « brouillard cérébral » ;
- des difficultés à passer d'une tâche à l'autre ;
- une fatigue mentale, avec parfois des légères pertes de mémoire ;
- des troubles de l'humeur (anxiété, dépression, sentiment de tristesse) ;
- une irritabilité accrue et/ou un sentiment de colère ;
- des sautes d'humeur et/ou une sensibilité accrue ;
- un sentiment de solitude et/ou une volonté d'isolement.

LA MÉNOPAUSE, POUR COMBIEN DE TEMPS ?

La bonne nouvelle est que cela va passer ! Beaucoup parlent d'une nouvelle phase de vie et ressentent une libération au moment où la ménopause est atteinte.

L'IMPORTANT EST LA FAÇON DONT CHAQUE PERSONNE VIT CETTE TRANSITION. LES RESSENTIS CORPORELS ET PSYCHOLOGIQUES SONT UNE BOUSSOLE DURANT CETTE PÉRIODE. CHAQUE CORPS EST DIFFÉRENT.

Si les effets de cette période sont inconfortables ou douloureux, s'ils font souffrir, il est recommandé de consulter **un-e professionnel-le de la santé** de son choix et avec qui on se sent bien, en confiance et écouté-e. Cela peut être un-e médecin généraliste, un-e gynécologue, un-e conseiller-e en ménopause, un-e thérapeute, etc. Vous avez également le droit de demander un second avis ou de changer de professionnel-le de santé si vous le souhaitez.

Plus généralement, il est conseillé de consulter lorsqu'on pense entrer en période ménopausique. La chute d'hormones peut en effet causer un risque d'ostéoporose, agir sur la pression artérielle, sur la glycémie ou sur le cholestérol. Un suivi personnalisé permet de faire le point sur son état de santé.

3. LA MÉNOPAUSE SE VIT-ELLE DE LA MÊME FAÇON PARTOUT, DEPUIS TOUJOURS ?



La ménopause, telle qu'elle est représentée et vécue en Belgique en 2026, provient d'un **processus historique et d'une vision précise du corps des femmes***¹⁶.

Le changement d'hormones est un fait physiologique qui a des effets concrets sur le corps. Par contre, la façon dont cet événement est abordé en société va varier dans l'histoire et selon les cultures.

Le choix de parler de « ménopause » est déjà **une construction sociale** (c'est-à-dire que le choix de parler d'un sujet, et d'en faire un sujet dans notre société, n'est pas naturel ou figé mais bien construit). Par exemple, au Japon, il n'existe pas de mot pour parler de ménopause. Elle est intégrée dans une notion plus large nommée « *konenki* », qui peut être traduite comme « *les années de renouveau* »¹⁷.

De plus, l'arrêt définitif des règles n'est pas forcément associé dans tous les pays du monde à un trouble, une maladie ou une période éprouvante. Dans de nombreuses cultures, les personnes ménopausées **gagnent en respect et des changements dans leur vie relationnelle et spirituelle** arrivent avec la disparition des règles¹⁸. Par exemple en Nouvelle Guinée, chez les Baruya, les femmes* ménopausées gagnent en **autorité sociale**¹⁹.





En Europe, le mot « ménopause » n'a **pas toujours existé ni fait l'unanimité**. Avant le 19^e siècle, on parlait de « *climatère* » ou « *retour d'âge* » pour désigner la période de la vie *après 50 ans* (que cela soit chez les hommes ou les femmes*)²⁰.

ORIGINE ET APPARITION DU TERME MÉNOPAUSE EN EUROPE (19^E SIÈCLE)

En 1816, Charles de Gardanne (un médecin) propose le mot « **menespausie** »²¹. Il signifie simplement **la cessation des menstruations**²².

Selon la sociologue Cécile Charlap, cette définition est apparue dans un contexte précis où les catégories du féminin et du masculin sont en train d'être **redéfinies**. Les rapports sociaux entre le féminin et le masculin sont **hiérarchisés**. Les différences anatomiques deviennent la base de cette classification. La catégorie homme

devient **la référence**. L'anatomie dite *féminine* va être jugée par rapport à celle dite *masculine*. Le *masculin* est considéré comme constant et équilibré. En revanche, le *féminin* est dévalorisé, car perçu comme ayant une constitution cyclique, précaire et instable. Le *féminin* est aussi associé à la reproduction et à la fécondité.

Dans ce contexte, le sang des règles est considéré comme une souillure. Au moment de la ménopause, ce sang (et la « souillure » qu'il représente) n'existe donc plus. Il serait possible de penser que cela donne un autre statut aux femmes*. Pourtant, **dans la médecine européenne, l'arrêt définitif des règles est pensé comme un dysfonctionnement, comme un signe de dégradation.**



C'est à cause de ce contexte que la ménopause, telle que nous la connaissons aujourd'hui, sera définie comme un bouleversement, **un déséquilibre, ou un désordre mental et physique.**

LES HORMONES ET LA MÉNOPAUSE COMME UNE "MALADIE" (20^E SIÈCLE)

À partir du 20^e siècle en Europe, la différence entre le *féminin* et le *masculin* commence à être pensée à partir des hormones. Cela influence la vision encore actuelle de ce qu'est « *une femme* » et de ce qu'est « *un homme* ». À l'époque, il est avancé qu'il y aurait des hormones liées à la *féminité* et des hormones liées à la *masculinité*²³. Selon cette approche, la testostérone serait forcément liée à la *masculinité*, alors que les œstrogènes seraient liés à la *féminité*. Alors, lorsque les femmes* arrivent à la période de la ménopause et qu'une chute d'œstrogènes a lieu, **on pensait qu'elles perdaient quelque chose** (leur « *féminité* »).

C'est cette approche qui crée **la base de la médicalisation de la ménopause**. La chute d'œstrogènes est alors perçue comme une carence ou un symptôme à traiter. C'est pour cela que l'approche occidentale de la ménopause est quasi exclusivement médicale.

La ménopause est associée à une insuffisance hormonale et donc à une maladie. Elle est alors construite comme **un échec**, et la période de post-ménopause comme **un danger**. Elle sera même considérée comme une cause de folie jusqu'au 20^e siècle²⁴.

POPULARISATION DES TRAITEMENTS HORMONAUX (1970 À AUJOURD'HUI)

Dans les années 1970 aux États-Unis, le traitement hormonal commence à être prescrit massivement aux femmes* en période de ménopause (c'est le cinquième médicament le plus prescrit en 1975²⁵). L'objectif était de **pallier la « carence »** de la ménopause.



On parle au début de « traitement hormonal **de substitution** » (THS) car il y avait l'idée de substituer un manque (la chute d'œstrogènes) par un traitement. On vendait alors ce traitement comme une sorte de garantie de « féminité éternelle ». Comme l'affirme la gynécologue Jen Gunter, il ne s'agissait donc pas de prévenir ou guérir un problème de santé. **L'objectif était de repousser autant que possible le vieillissement des femmes***²⁵.

ET AUJOURD'HUI?

À la fin des années 1990, des études ont montré l'augmentation des cancers chez les personnes prenant des traitements hormonaux pour la ménopause²⁷. Cet événement a alors enclenché une tendance à **moins prescrire ces traitements**.

Pourtant, ces traitements comportent aussi des avantages : ils aident à soulager les effets indésirables de la ménopause, voire aussi à réduire le risque de certaines maladies cardio-vasculaires. Le positionnement face aux traitements hormonaux est donc **aujourd'hui plus nuancé**.

Les professionnel-le-s de santé doivent prendre en considération une balance bénéfices-risques selon chaque personne et son état de santé global, afin de déterminer si un traitement hormonal est pertinent, lequel et combien de temps. Un suivi médical est indispensable.

Le traitement hormonal, à ses débuts, provient surtout d'une volonté patriarcale et âgiste de contrôler le corps des femmes*. La norme, pour une femme*, serait celle du **corps capable de se reproduire**.

Cela a changé ces dernières années sur le plan des recherches médicales et sur le plan des représentations. Selon Jen Gunter, on ne parle plus de traitement hormonal de substitution (THS) mais de traitement hormonal de la ménopause (THM). L'idée, en effet, n'est pas de combler un manque mais de soulager et de prévenir des effets indésirables de cette période.



RAPPEL :

Cette brochure n'a pas pour objectif d'affirmer ce que vous devez ou ne devez pas faire durant la ménopause. **Ceci n'est pas une énième injonction pour votre corps.** Pour certaines personnes, un traitement hormonal de la ménopause améliore nettement la qualité de vie. Pour d'autres, des compléments alimentaires suffiront. Ces questions peuvent être abordées avec un-e professionnel-le de la santé.



4. LA MÉNopause DOIT-ELLE SE VIVRE EN SILENCE ?



Vivre une période de changements peut avoir des **impacts sur les relations aux autres** et dans le **rapport à soi-même**. De nombreuses personnes témoignent avoir vécu une traversée mouvementée durant la période ménopausique qui a pourtant généralement conduit à un **apaisement** et à un **renouveau**.

DANS LES RELATIONS

⚠ Attention : actuellement, les études sur la ménopause mettent principalement en avant les effets « négatifs » de cette période. Sofélia espère que cet aspect pourra être nuancé dans le futur, et que cette brochure pourra y contribuer.

La ménopause peut être **une période de bouleversements et de doutes** qui demande un **soutien**. Elle peut être **source de souffrance et de sentiment d'incompréhension** auprès des autres, en particulier des proches. Un sentiment de solitude peut s'installer.

Cette période peut aussi pousser à **vouloir rester « dans sa bulle »** et **faire le tri** dans ses relations. Les impacts de cette période sur les relations ne sont donc pas à négliger. Le **stress** peut aussi amplifier les effets de cette période²⁸.

Le rapport aux relations durant cette période est différemment vécu selon les personnes. Certaines se disent **moins satisfaites et positives**. D'autres l'expérimentent tout autrement, avec un sentiment **d'épanouissement relationnel**²⁹.

Un sentiment **de colère ou d'irritabilité** peut apparaître durant cette période. Parler autour de soi de son ressenti permet parfois de **trouver du soutien**. Le **partage d'expériences** le permet aussi. Si le besoin d'en parler est présent,

il est possible de trouver des personnes à l'écoute et non-jugeantes autour de soi.

Si un inconfort est vécu dans ses relations, l'arrivée de la ménopause peut être un bon moment **pour faire le point sur ses besoins, ses projets et faire le tri**.

**CETTE PÉRIODE PEUT
PERMETTRE DE TROUVER
UN NOUVEL ANCRAGE, UN
NOUVEL ÉQUILIBRE... ET DE SE
RESPECTER.**

LE RAPPORT À SOI

La transformation demande parfois un **travail sur soi**. Sortir des codes et des normes peut être éprouvant. Accepter les changements aussi.

Notre société actuelle et la représentation de la ménopause ont une **influence importante sur nos vécus**. S'en rendre compte peut permettre de **se détacher des images et idées reçues et vivre cette période pour soi**.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez retrouver notre liste de références et ressources sur notre site internet : <https://www.sofelia.be/nos-campagnes/menopausons-ensemble/>.



5. LA MÉNopause SIGNE-T-ELLE LA FIN DE LA VIE SEXUELLE ?



Pour beaucoup, la ménopause induirait la fin de la sexualité. Dans notre société, cette idée est largement diffusée. Par exemple, la sexualité des femmes* à partir de la cinquantaine est moins représentée.

Pourtant, la ménopause n'interdit pas de continuer à s'épanouir sexuellement. **C'est même une période qui peut apporter de la nouveauté dans la vie sexuelle.** Cette nouveauté est liée au fait que des changements s'enclenchent et provoquent des effets sur la sexualité : certains de ces effets sont vécus positivement, d'autres peuvent être des désagréments.

UNE LIBÉRATION POUR CERTAIN·E·S

La fin des règles peut être une période vécue comme une **libération** par de nombreuses femmes*. D'une part, c'est la fin des saignements tous les mois (même si, comme déjà décrit, lors de la périménopause les saignements peuvent être imprévisibles). D'autre part, la fin de la période reproductive marque aussi la fin des peurs et des tracasseries concernant une éventuelle grossesse non désirée. C'est donc aussi **la fin de la charge contraceptive.**

**PENDANT LA PRÉMÉNOPAUSE,
DES GROSSESSES NON
DÉSIRÉES PEUVENT SURVENIR.
EN OUTRE, LE RISQUE
D'INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES (IST) NE
DISPARAIT PAS AVEC LA
MÉNopause : LE PORT DU
PRÉSERVATIF RESTE VIVEMENT
RECOMMANDÉ.**



Certaines personnes voient leur vie changer sur de multiples plans. Ce changement peut avoir **des effets positifs sur le désir** comme des rencontres de nouvelles et nouveaux partenaires, une plus grande capacité à s'affirmer, le souhait de se recentrer sur soi-même et d'exprimer ses désirs et envies.

DES DÉSAGRÈMENTS POUR D'AUTRES

La ménopause peut aussi entraîner des **désagréments au niveau de la sexualité**.

Un effet très souvent (mais pas toujours !) constaté est la **baisse du désir**. Il se peut même que toute envie, désir et/ou plaisir disparaissent dans le domaine de la sexualité.

Beaucoup d'éléments peuvent expliquer cette diminution de l'intérêt pour la sexualité. Parmi cela, il peut y avoir : la sécheresse vaginale, son propre regard sur les changements corporels, des difficultés relationnelles avec les partenaires ou encore la prise de certains médicaments comme des anti-dépresseurs, des anxiolytiques ou même certains

traitements hormonaux de la ménopause (THM)³⁰.

Pourtant, cela ne marque pas la fin de la sexualité. **Cela peut être une nouvelle étape qui s'ouvre.**

LE DÉSIR, AU-DELÀ DU MYTHE DE LA SPONTANÉITÉ

Notre culture garde encore une image homogène et unique du désir : il devrait émerger de lui-même, de façon **spontanée**. Cela signifie qu'il devrait apparaître sans stimulation externe.

Pourtant, **chaque manifestation du désir est unique**. Le désir peut être également **réactif**. Cela signifie qu'il apparaît lorsqu'une stimulation a lieu : une ambiance, une image, une caresse, un regard, un son, une conversation par exemple.

D'après la sexologue Françoise Adam, le **désir spontané** se nourrit de nouveauté. Le passage du temps a tendance à réduire cette spontanéité.

Si une envie de continuer à cultiver une sexualité sans la même spontanéité est présente, il est possible d'activer le désir réactif. Cela signifie de s'accorder des moments où le désir a l'occasion et le temps d'émerger et d'être exploré. Ceci peut être fait en solo ou dans le cadre d'une relation. Notre culture a tendance à réduire la sexualité au coït vaginal et aux

rapports pénétratifs. Pourtant, la sexualité est multiple et bien plus large. S'accorder des moments d'exploration peut permettre de découvrir d'autres pratiques, y compris non pénétratives, qui peuvent aider à augmenter le plaisir et le désir. Ces pratiques sont aussi une possibilité pour éviter les inconforts liés à la sécheresse vaginale.

RAPPEL :

Peu importe vos désirs, fantasmes ou pratiques sexuelles, **le consentement enthousiaste** de toutes les parties est la base et la clé pour une sexualité épanouie, joyeuse et sans violence.

Le consentement est le fait, pour toute personne participant à un rapport sexuel, de prendre part de façon enthousiaste et joyeuse à celui-ci.

Il doit être **libre** (non contraint), **éclairé** (on doit être en état pour le donner), **spécifique** (dire oui à quelque chose ne signifie pas dire oui à tout) et **révocable** (on peut le retirer à tout moment).

Le fait d'être en relation (même marié-e) avec une personne ne dispense pas de la nécessité que chaque personne soit consentante.

En Belgique, les mineur·e·s de moins de 16 ans ne sont pas juridiquement considéré·e·s comme pouvant donner leur consentement³².

ET SI VOUS VIVEZ BIEN UNE ABSENCE DE SEXUALITÉ ?

Il est possible de ressentir un manque ou une détresse quand la vie sexuelle n'est plus active (que cela soit durant la ménopause ou non). **Il est possible aussi de ne pas ressentir cela du tout, voire de se sentir très bien sans sexualité.**

Dans une société où la sexualité est partout, il devient difficile d'assumer l'absence de désir. Pourtant, ne pas vouloir de rapport sexuel est tout à fait courant. **Le plus important, comme pour le reste, c'est que vous vous sentiez bien.** Il n'est pas question de « réparer » votre absence de désir si cela ne représente pas un problème pour vous. Si vous êtes en relation et que cela crée un déséquilibre, ne vous forcez pas à vivre des expériences sexuelles si vous n'en avez pas envie. Parlez-en avec votre partenaire et trouvez ensemble des solutions toujours fondées sur le consentement.

**EN CAS DE DOUTE, MALAISE OU
QUESTIONNEMENT PAR RAPPORT À DES
VIOLENCES OU ABSENCE DE CONSENTEMENT,
IL EXISTE LA LIGNE D'ÉCOUTE VIOLENCES
CONJUGALES**

(24/7, GRATUITE ET ANONYME)

DISPONIBLE AU 0800 30 030.





6. FÉMININ = REPRODUCTION ?



Le corps féminin est encore pensé à travers une même chose : la reproduction. Pourtant, sur une durée de vie, la période non-féconde est théoriquement plus longue que celle féconde. La majorité de l'existence, y compris l'enfance, d'une femme* se déroule **en dehors du moment de fertilité**³³. Cela vient bousculer une idée préconçue : celle qui considère qu'un corps qui ne peut (ou ne veut) pas enfanter perd de sa légitimité et/ou de son intérêt.

Pourquoi la valeur des femmes* reste autant liée à leur capacité de pouvoir porter, ou non, un enfant ? La question se pose même avant la ménopause : les personnes qui ne désirent pas d'enfant (par choix) sont encore souvent stigmatisées et considérées comme « n'entrant pas dans les cases attendues »³⁴.

ARRÊTER L'ÉQUATION : "FÉMININ = REPRODUCTION"

Considérer les femmes* essentiellement comme des corps fertiles (comme des « ventres ») revient à les réduire à une fonction reproductrice. Cela ne prend pas en compte ce qui constitue toute une vie. Cela invisibilise l'existence de chacune (fécondité ou non, désir d'enfant ou non). Cette réduction est nourrie par une approche (propre à notre société) qui s'intéresse massivement et principalement au corps reproducteur

(cycle menstruel, grossesse, fertilité, etc.). Cet intérêt disparaît lorsque le corps féminin devient stérile. La ménopause en est un bel exemple : elle est peu étudiée et enseignée, et très peu prise en charge. Un corps non fertile intéresse moins la recherche, l'industrie pharmaceutique, ainsi que le discours public. Ce désintérêt traduit une mise en valeur des corps jugés « utiles » par rapport aux autres.



SORTIR DU SILENCE ET DE L'INVISIBILITÉ

Une autre idée à déconstruire est **celle que la ménopause doit se vivre discrètement**, sans se plaindre, car elle est naturelle.

Avoir un corps avec des ovaires, qui passeront par un phénomène naturel et normal comme la ménopause, **ne veut pas dire que cela doit être vécu sans accompagnement, reconnaissance, ou qu'il faille minimiser ses effets sur le quotidien.**

Considérer qu'une étape de vie doit être expérimentée en silence car elle est naturelle revient à penser la femme* en fonction de ses organes. Selon une vision réductrice à « sa nature », à savoir : la reproduction.

Pourtant, **sortir la ménopause de l'invisibilité** permet aux personnes concernées de pouvoir (si elles le souhaitent) nommer ce qu'elles vivent, accéder à des informations fiables et revendiquer un accompagnement. Et sans que cela soit perçu comme une plainte ou illégitime.



7. QUELQUES PISTES POUR ABORDER CETTE PÉRIODE

Pour toute discussion et information concernant un traitement hormonal ou non hormonal, nous vous renvoyons vers le personnel de santé compétent : votre médecin généraliste, votre gynécologue, un-e conseiller-e en ménopause ayant une formation officielle ou toute personne experte sur la question.

Des options non médicales (en **complément** avec l'avis du personnel médical compétent) existent aussi.

N'hésitez pas aussi à **en parler autour de vous**. Il est important de mettre le sujet sur la table avec des personnes bienveillantes et à qui vous faites confiance (partenaire, famille, ami-e-s, entourage). Il existe aussi **des « cafés ménopause »³⁵, des ateliers et des groupes de parole** où vous pouvez rencontrer des personnes qui traversent peut-être un moment similaire au vôtre.



Durant la rédaction de cette brochure, plusieurs « trucs et astuces » ont été partagés par de nombreuses personnes concernées³⁶ pour traverser les sensations inconfortables, en particulier les bouffées de chaleur ou les suées nocturnes.

Ci-dessous sont repris certains exemples :

→ Pour les bouffées de chaleur, vous pouvez vous procurer **un éventail ou un ventilateur de poche**. Vous pouvez aussi mettre **des poches de glaces au congélateur** et les disposer sous vos draps ou sur le périnée (en les enveloppant de quelque chose pour ne pas vous brûler). Vous pouvez aussi porter **des vêtements en matières légères et naturelles** (coton, lin) et qui ne vous serrent pas, afin de permettre une meilleure libération des sueurs.



→ Si vous travaillez et si vous le sentez, vous pouvez évoquer la question avec votre supérieur·e hiérarchique pour prévoir **des aménagements durant cette période**. Par exemple, favorisez (lorsque c'est possible) le travail à domicile, demandez un aménagement de vos horaires, d'avoir un ventilateur à proximité, de pouvoir changer de vêtements (ou d'uniforme), etc.

ET SI VOUS AVEZ UN·E PROCHE MÉNOPAUSÉ·E ?

La ménopause a trop longtemps été une « histoire de femmes* ». Nous encourageons fortement l'entourage de toute personne concernée à **s'informer** sur la ménopause afin de pouvoir la soutenir au mieux (et si elle le souhaite).

COMME POUR TOUTE SITUATION : ÉCOUTER LES PERSONNES CONCERNÉES, EN FAISANT PREUVE D'EMPATHIE ET DE NON-JUGEMENT. PERMET DÉJÀ UN PAS VERS L'AUTRE.

8. LEXIQUE

Brouillard cérébral (traduction de « brain fog » en anglais) : sensation de confusion mentale, difficulté à se concentrer et/ou à trouver ses mots.

Carence : manquement dans l'organisme d'un élément jugé nécessaire à son bon fonctionnement.

Charge contraceptive : charge mentale, financière et physiologique qui pèse

sur les personnes (principalement des femmes*) qui s'occupent de la contraception dans le cadre d'une relation.

Cholestérol : substance grasse nécessaire pour le corps et présente dans le sang. Son excès peut augmenter les risques cardio-vasculaires.

Codes : ensemble des règles implicites qui régissent les comportements jugés

comme acceptables dans une société donnée. Ils varient fortement selon les cultures et époques.

→ *Exemple* : la façon de s'habiller, de parler, d'exprimer ses émotions, etc.

Coït vaginal : rapport sexuel pénétratif entre un vagin et un pénis (réunion des deux ensemble).

Continuum : une suite d'éléments liés entre eux par une transition continue. C'est une réalité qui progresse, sans rupture ou frontière nette entre ses étapes.

Cycle menstruel : ensemble des changements hormonaux et physiques qui se répètent, en moyenne tous les 28 jours. Ils incluent l'ovulation et les règles.

Discrimination : le fait de traiter une personne (ou un groupe de personnes) de manière moins favorable, inégale et/ou injuste par rapport à d'autres dans une situation comparable, et ce sur base de caractéristiques précises telles que le genre, l'âge, l'origine ethnique, la couleur de peau, le niveau socio-économique, l'état de santé, etc.

Éducation permanente : démarche encadrée par le décret du 17 juillet 2003 intitulé « Décret relatif au développement de l'action d'Education permanente dans le champ de la vie associative ». L'éducation permanente est une démarche qui vise une analyse critique de la société, la stimulation d'initiatives démocratiques et collectives, le développement de la

citoyenneté active et l'exercice des droits civils et politiques, sociaux, économiques, culturels et environnementaux dans une perspective d'émancipation individuelle et collective des publics. Elle vise à développer, principalement chez les adultes, une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société. Cette démarche s'inscrit dans une perspective d'égalité et de progrès social, en vue de construire une société plus juste, plus démocratique et plus solidaire. Pour consulter le décret : <https://miniurl.be/r-6w7x>.

Fécondité : capacité à se reproduire et concevoir des êtres vivants.

Fertilité : capacité biologique d'une personne à pouvoir concevoir un être vivant en fabriquant des cellules reproductrices viables afin de pouvoir former un embryon.

Glycémie : taux de sucre présent dans le sang.

Hétérosexualité : orientation sexuelle d'une personne attirée par une personne du genre différent du sien.

Hormones : substances chimiques chargées de transmettre des messages aux organes dans le corps. Exemples d'hormones : la mélatonine (chargée du cycle de la veille et du sommeil), la sérotonine (hormone liée à la sensation de bien-être). Les changements des hormones peuvent avoir une incidence chez tout être humain (et donc pas seulement chez les femmes*).

Idées reçues : opinions ou croyances largement répandues qui paraissent logiques et naturelles, sans être vérifiées ou remises en question. Elles se transmettent souvent par habitude, par la culture, l'éducation ou encore les médias. Elles sont considérées comme des évidences, alors qu'elle peuvent être fausses, imprécises ou dépassées. Elles sont souvent discriminantes à l'égard de certains groupes sociaux.

→ *Exemple :* l'idée que « les femmes* sont moins douées en sciences que les hommes », a été démentie mais continue de circuler dans notre société.

Infection sexuellement transmissible (IST) : infection se transmettant principalement par des rapports sexuels (vaginal, anal ou oral) et causée par un virus, une bactérie ou un parasite.

Injonction : ordre donné implicitement ou explicitement, qui dicte comment se comporter, comment vivre ou comment paraître.

→ *Exemple :* l'injonction à rester jeune pour les femmes*.

Maladie cardio-vasculaire : maladie touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins.

Médicalisation : traiter un phénomène naturel comme un problème médical qui nécessite un diagnostic et/ou traitement.

Menstruations : écoulement du sang et du tissu de l'utérus qui survient chaque mois, marquant le début d'un nouveau cycle menstruel (communément appelées « règles »).

Niveau socio-économique : mesure qui combine les ressources financières d'une personne (revenus, patrimoine) et sa position sociale (éducation, profession).

Normes : attentes partagées par une société qui sont considérées comme « normales » et/ou souhaitables. Elle influencent le regard des personnes sur des sujets de société.

→ *Exemple :* la politesse de salutation (se serrer la main, faire la bise ou non), la manière de s'habiller selon les contextes et situations, etc.

Œstrogènes : groupe d'hormones produit par les ovaires jouant un rôle clé dans le cycle menstruel, la fertilité et des fonctions du corps.

Origine ethnique : appartenance d'une personne à un groupe partageant une histoire, une culture ou des origines géographiques communes.

Ostéoporose : maladie des os caractérisée par une détérioration du tissu osseux (les os deviennent plus minces et fragiles au fil du temps).

Ovaires : organes reproducteurs produisant les ovules et les hormones d'œstrogènes et de progestérone.

Ovariectomie : ablation chirurgicale d'un ou deux ovaires (pouvant entraîner une ménopause immédiate si les deux sont retirés).

Périnée : ensemble des muscles et tissus situés entre le pubis et le coccyx (à la base du bassin). Il soutient les organes pelviens (vessie, utérus et rectum).

Période ménopausique : période comprenant la périménopause, la préménopause, la ménopause et la postménopause.

Physiologie : étude du fonctionnement du corps et des organes.

Population active : ensemble des personnes en âge de travailler et qui ont un emploi ou sont en recherche d'emploi.

Pression/tension artérielle : force exercée par le sang sur les parois des artères. Elle sert à « pousser » le sang dans tout le corps.

Progestérone : hormone produite après l'ovulation, qui prépare l'utérus à une éventuelle fécondation et régule la moitié du cycle menstruel.

Puberté : période de transformation physique et hormonale durant laquelle le corps atteint la capacité de se reproduire.

Souillure : idée culturelle et construite selon laquelle certains phénomènes corporels (comme les règles) rendent les personnes impures et/ou sales.

Statut social : position qu'occupe une personne dans une société ou un groupe, en fonction de facteurs tels que sa profession,

ses revenus, son niveau socio-économique, son âge, son genre, etc.

Stéréotype : image ou idée toute faite, simplifiée et généralisée, associée à un groupe de personnes (sans base réelle).

→ *Exemple :* penser que « toutes les personnes ménopausées sont irritables ».

Stérilité : incapacité totale et durable de concevoir un être vivant. A ne pas confondre avec « l'infertilité » qui peut parfois être temporaire ou traitée.

Tabou : sujet qu'on juge comme un interdit social, dont on évite de parler en société (souvent considéré comme gênant, choquant ou trop sensible).

→ *Exemple :* les thématiques de la sexualité, de la mort, des menstruations.

Testostérone : hormone produite par les testicules et par les ovaires ainsi que par les glandes surrénales.

9. RÉFÉRENCES

² Définition de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Ménopause », 16 octobre 2024, <https://miniurl.be/r-6w7z>.

³ Bien que la période ne soit pas comparable à la ménopause, les hommes* (toute personne se reconnaissant dans cette identité de genre) peuvent expérimenter dès 45 ans l'andropause. C'est la période durant laquelle les hommes* font l'expérience d'une fluctuation des hormones, en particulier de la testostérone. Elle peut s'accompagner d'effets inconfortables tels qu'une baisse du désir sexuel, des troubles érectiles, des troubles du sommeil, des bouffées de chaleur, de perte de mémoire, de perte de masse musculaire, etc... Voir, à cet égard Frédou BRAUN, « Andropause : on en parle enfin », Corps écrits, août 2025, <https://miniurl.be/r-6w80>.

⁴ INSTITUT POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES (IEFH), *Avis n°2023-001* relatif à l'élaboration d'une politique en matière de (péri)ménopause, 2024, <https://miniurl.be/r-6w81>.

⁵ La ménopause désigne « l'arrêt définitif des règles, de l'ovulation et de la fertilité » selon le Manuel MSD (Manuel Merck Sharp & Dohme, source de renseignement pour le secteur médical), <https://miniurl.be/r-6w82>.

⁶ GUNTER Jen, *Menopause Manifesto*, First Editions, 2021. Voir également : IEFH, *Avis n°2023-001*, *op cit*.

⁷ Voir GUNTER Jen, *Menopause Manifesto*, *op. cit*. Pendant la ménopause, certaines hormones continuent d'être sécrétées. Il ne s'agit donc pas de l'arrêt complet de l'activité hormonale. Pour plus de précisions : GUNTER Jen, *op. cit*. p. 54-57.

⁸ Voir les productions de l'asbl LIAGES. En particulier, le jeu pédagogique contre l'âgisme « L'âge à la carte » (téléchargeable sur leur site, <https://miniurl.be/r-6w83>), ainsi que leur brochure « Quoi, qu'est-ce qu'il a mon âge ? » (<https://miniurl.be/r-6w84>).

⁹ MOSCONI Lisa, *The Menopause Brain*, Avery Editions, 2024.

¹⁰ Voir à ce sujet : SONTAG Susan, "The Double standard of ageing", *Saturday Review of Literature*, 39, 1972, p. 29-38.

¹¹ CHARLAP Cécile, *La fabrique de la ménopause*, Editions CNRS, 2022.

¹² Les grossesses après 40 ans comportent certes des risques plus importants qu'une grossesse avant cet âge. Cependant, cela ne justifie pas les discriminations dont sont victimes les personnes faisant le choix d'une parentalité après 40 ans.

¹³ Expression reprise au rapport français de Stéphanie RIST, « La ménopause en France. 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action », 2025, p. 22., <https://miniurl.be/r-6w85>.

¹⁴ Des recherches scientifiques doivent encore être menées pour mieux comprendre les

diverses expériences de la ménopause, en particulier celles des peuples autochtones, des personnes noires et populations non blanches, ainsi que celles des personnes trans et non binaires. Voir à ce sujet : Fondation Canadienne de la Ménopause, « L'essentiel de la ménopause », <https://miniurl.be/r-6w86> (consulté le 19/08/2026).

¹⁵ Voir à ce sujet : SZYPER Mimi et MARKSTEIN Catherine, *Le temps de s'émanciper et de s'épanouir*, Le Souffle d'Or, 2009, p.72.

¹⁶ La façon dont on connaît et vit la ménopause aujourd'hui est le résultat d'une histoire médicale et sociale influencée par le patriarcat. Voir à ce sujet : CHARLAP Cécile, La fabrique de la ménopause, *op. cit.* Voir aussi Question Santé, « La ménopause... Une étape et non un drame », p. 8-14, 2019, <https://miniurl.be/r-6w87>.

¹⁷ LOCK Margaret, *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, University of California Press, 1993.

¹⁸ Voir SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA, « La ménopause chez les personnes autochtones » ; HASELTH Regine, LOPPIE Charlotte, ROBINSON Nicole, La ménopause et les femmes autochtones au Canada : l'état de la recherche actuelle, 2018, <https://miniurl.be/r-6w88>.

¹⁹ CHARLAP Cécile, *op.cit.*, p. 29-36.

²⁰ GUNTER Jen, *op. cit.*

²¹ Mot tiré du Grec : *menes* signifie les « menstrues » et *pausis* signifie « cessation ». Voir GUNTER Jen, *op. cit.*, p. 19 et p. 37.

²² *Ibidem*.

²³ Actuellement, cette vision persiste dans notre société : la testostérone reste forcément liée à la « masculinité », par exemple. En réalité, la testostérone est simplement une hormone. C'est la société qui décide d'associer ses caractéristiques à la masculinité. Voir le travail de PRECIADO Paul B. sur le sujet.

²⁴ On parlait alors de « folie climatérique ». Voir à ce sujet : KIRBY J., « «Menopausal Women are MAD»: Menopause and Mental Health in Late Twentieth-Century Britain », *Social History of Medicine*, 2026, Oxford Academic, <https://miniurl.be/r-6w89>.

²⁵ McCREA Frances, « The Politics of Menopause: The «Discovery» of a Deficiency Disease », *Social Problems* n°31, 1983, p. 111-123, <https://miniurl.be/r-6w8a>.

²⁶ Ces événements sont fortement résumés dans le cadre de cette brochure. Pour plus de nuances, voir GUNTER Jen, *op. cit.*, p. 287. Voir aussi : THIEBAUT Elise et BIRD Elléa, Chaudes. *La folle histoire de la ménopause*, Éditions Le Lombard, 2026.

²⁷ GUNTER Jen, *op. cit.* Cette évolution a été également expliquée par la Docteur Hilda Vernaev, qui a reçu Sofélia dans son cabinet à la Clinique de la ménopause (Clinique Saint-Jean).

²⁸ ARNOT Megan, H. EMMOTT Emily, MACE Ruth, "The relationship between social support,

stressful events, and menopause symptoms”, PLOS One n° 16 (1), 2021, <https://miniurl.be/r-6w8b>.

²⁹ Concernant l'insatisfaction relationnelle, voir DEEKS A. et McCABE M.P., “Relationship between menopausal stage and age and quality of relationships with partners, children and friends”, *Climacteric*, 1(4), 1998, p. 271-278, <https://miniurl.be/r-6w8f>. Pour des témoignages d'une vie relationnelle plus épanouie, voir MARKSTEIN Catherine et SZYPER Mimi, op. cit.

³⁰ GUNTER Jen, *op. cit.*

³¹ ADAM Françoise, « Est-il normal que je n'éprouve plus aucun désir sexuel ? », *La Libre*, 5 octobre 2023, <https://miniurl.be/r-6w8c>.

³² Maintenant j'en parle, « Le consentement : que dit la loi belge ? », octobre 2022. La loi prévoit que le consentement peut être donné à partir de 14 ans si les personnes ont le même âge ou si la différence d'âge ne dépasse pas 3 ans, <https://miniurl.be/r-6w8d>.

³³ Ici nous parlons de femmes* fécondes. Ce qui n'est pas le cas de toutes les femmes*.

³⁴ Voir à ce sujet : KLEIN Olivier et PIRSON Aloytia, « Disposer de son corps. Le choix radical de la stérilisation volontaire », *La Revue nouvelle*, n°4/2026, p. 91-101, <https://miniurl.be/r-6w8e>.

³⁵ Vous pouvez retrouver des informations sur les « cafés ménopause » dans notre liste disponible sur <https://www.sofelia.be/nos-campagnes/menopausons-ensemble/>.

³⁶ Que cela soit dans les ressources parcourues, durant les participations aux événements relatifs à la ménopause ou via des personnes concernées directement (telles que celles qui ont répondu au sondage mené par Sofélia).

10. QUI SOMMES-NOUS ?

Sofélia est la Fédé militante des Centres de Planning familial solidaires. Chaque année, elle met en place une campagne d'éducation permanente à destination du grand public. L'objectif principal de cette campagne est d'informer, de sensibiliser et de susciter la réflexion critique des citoyen-ne-s par rapport à une thématique spécifique en lien avec la vie relationnelle, affective, et sexuelle (VRAS) ou les violences basées sur le genre. En 2026, Sofélia a souhaité attirer l'attention du grand public sur l'importance de la déconstruction des idées reçues véhiculées sur la ménopause avec sa campagne intitulée « Ménopausons ensemble – Oser parler ménopause ».

La campagne de Sofélia « Ménopausons ensemble – Oser parler ménopause » comprend plusieurs supports pédagogiques :

- Une brochure d'information et de sensibilisation disponible en version papier auprès de notre équipe et en téléchargement sur notre site web (www.sofelia.be).
- Deux affiches téléchargeables sur notre site web (www.sofelia.be).
- Une campagne de communication sur nos réseaux sociaux (Facebook et Instagram).

Parallèlement à la mise en place de campagnes d'éducation permanente et d'actions diverses, Sofélia coordonne et représente ses Centres de Planning familial (CPF) affiliés : 17 Centres et 3 sièges en Wallonie et à Bruxelles. 9 de ses CPF affiliés pratiquent l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Pour en savoir plus sur les services proposés par les CPF situés à Bruxelles et en Wallonie, rendez-vous sur www.monplanningfamilial.be.



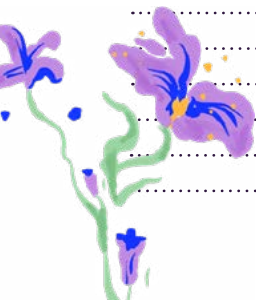
Pour aller plus loin sur la thématique de la ménopause, une liste complète de références, ressources et liens utiles est à retrouver sur notre site web : www.sofelia.be.

NOTES



Questions, conseils, contacts, rendez-vous, ...

A series of horizontal dotted lines for writing notes.







ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

Contactez-nous :

Tél. : 02/515 17 68

Mail : sofelia@solidaris.be

Site web : www.sofelia.be

soFÉLIA

La Fédé militante des Centres
de Planning familial solidaires

réseau **Solidaris**

Editrice responsable : Noémie Van Erps,

Place Saint-Jean 1/2 1000 Bruxelles

Une campagne menée par Sofélia avec le soutien de :

