



## ***Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause ?***

**D. DOUMONT  
F. LIBION  
D. HOUETO**

***En collaboration et pour l'ASBL Vie Féminine***

**Août 2006  
Réf. : 06-42**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLE DES MATIERES

Introduction	3
1. Définitions de la ménopause	4
2. Les représentations de la ménopause	5
2.1. Les représentations des femmes/couples	6
2.2. Les représentations des hommes	11
2.3. Les représentations des professionnels de la santé	12
2.4. Les représentations « culturelles » de la ménopause	13
3. Les attentes/demandes/besoins des femmes face à la ménopause	15
4. Les attitudes des femmes de 50 – 60 ans face à la ménopause.	16
5. Les structures d'aide/actions mises en place pour aider les femmes à franchir le cap de la ménopause et/ou les aider à mieux vivre la ménopause	20
6. Conclusions	23
7. Bibliographie	25

Dominique DOUMONT, France LIBION, David HOUETO  
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain<sup>1</sup>

## **Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause ?**

La ménopause est bien souvent « appréhendée » dans une approche strictement « biomédicale » où elle est perçue comme un problème purement organique (physiologique) affectant « la femme » dont les symptômes ne peuvent « qu’être guéris » (approche curative) et pour lesquels l’acteur principal ne peut et ne doit être que le médecin.

L’approche « socioculturelle » par contre décrit la ménopause comme un phénomène naturel de la vie d’une femme.

L’ASBL « Vie féminine » s’intéresse à cette période de vie et aux difficultés particulières rencontrées par les femmes (plus spécifiquement celles issues de milieux défavorisés) qui font face à la ménopause (perte de l’estime de soi, détérioration de l’image de soi, dépression, etc.) C’est pourquoi « Vie féminine » souhaite développer un projet dont l’objectif final serait d’aider les femmes à mieux traverser et assumer cette période de leur vie en les aidant à conserver une meilleure image et une meilleure estime d’elles-mêmes, à développer un esprit plus critique par rapport aux représentations « négatives » véhiculées par la société.

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l’éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produites par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d’articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Au regard de ces différents critères, 21 articles ont été sélectionnés.

Les mots clefs retenus sont “menopause”, “well-being”, “quality of life”, “psycho-social factors”, “health education”, “beliefs”.

---

<sup>1</sup> L’analyse des publications a été réalisée par J. Berrewaerts, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, J. Péllicand, F. Renard.

## Introduction

◆ Comme souligné dans un précédent dossier consacré à la ménopause et à l'hormonothérapie, pour Doumont & Libion (1999), « *de nombreux professionnels de santé s'emprisonnent encore à l'heure actuelle dans un **modèle** strictement **médical**, modèle hermétique où la ménopause est alors perçue comme un problème purement organique (physiologique) affectant « LA FEMME » (en tant qu'individu) et dont les symptômes ne peuvent « qu'être guéris » (approche strictement curative) et pour lesquels l'acteur principal ne peut et ne doit être que le médecin (généraliste ou non). Cette définition rencontre celle du modèle biomédical développé par Bury (1988) ».*

Toutefois, « *..., une autre tendance émerge et l'on voit se développer parallèlement une approche où l'accent est placé sur les valeurs humaines, où la prévention doit encadrer différents aspects de vie (relations humaines, motivation, place du patient comme acteur de sa santé, information et choix éclairé, ...). Cette conception se rapproche du « **nouveau paradigme de la santé** développé en 1980 par Fergusson mais également du **modèle global de santé** développé par Bury ».*

◆ Des chercheurs contemporains (Greer G., 1991 ; Bell S., 1990, cités par Dennerstein, 1996) issus des disciplines sociales critiquent la vision médicale de la ménopause. Pour ces chercheurs, la ménopause est une tranche de vie, une transition normale dans le développement de la vie d'une femme, un temps pour continuer à « grandir », développer et/ou maintenir des compétences, relever de nouveaux défis.

Pour ces chercheurs, la vision médicale et la médicalisation de la ménopause renforcent l'idée que les femmes sont « contrôlées » par le biologique en général et par leur système de reproduction en particulier.

◆ Theisen et al., cités par Doumont & Libion (1999), soulignaient d'ailleurs dans leur étude que les femmes et les professionnels de santé ont les mêmes représentations erronées de la ménopause, en raison soit d'une vision biomédicale trop stricte, soit d'une approche socio-culturelle stricte (approche diamétralement opposée).

La ménopause suppose-t-elle la perte de la qualité de vie chez la femme qui l'aborde ? Et si c'est le cas, y a-t-il une manière de restaurer cette qualité de vie ? Quel est le rôle des perceptions et représentations de l'individu dans cette restauration de la qualité de vie ? Autant de préoccupations auxquelles nous tenterons de répondre dans la présente étude.

## 1. Définitions de la ménopause

◆ Tsao et al. (2004) évoquent la périménopause comme une période de transition juste avant la ménopause où les signes cliniques, biologiques et endocrinologiques apparaissent et peuvent continuer pendant la 1<sup>ère</sup> année de ménopause. La périménopause se situe entre 35 et 60 ans, est d'une durée de 2 à 5 ans et apparaît souvent entre 48 et 52 ans

◆ Binfa et al (2004) définissent la ménopause comme un processus naturel et biologique qui intervient chez la femme à la moitié de sa vie.

◆ Quant à Amore et al. (2004), ils décrivent la ménopause comme un événement physiologique influencé par des facteurs biologiques et socio-culturels. Les changements d'environnement hormonal interne, de perte du potentiel reproductif et la transition vers une tranche de vie plus avancée, ont lieu en même temps que plusieurs événements de vie comme le départ des enfants de la maison, une maladie physique pour soi, son partenaire ou un parent, devoir prendre soin de membres de la famille qui sont malades, et les éventuels stress conjugaux de la transition de milieu de vie.

Différentes variables socio-démographiques comme le niveau d'éducation, le statut professionnel, les revenus, le réseau social peuvent influencer la façon dont les femmes s'adaptent aux nombreux changements ayant lieu durant ces années de ménopause.

Dans le but de fournir des données épidémiologiques sur les symptômes psychologiques liés à la ménopause, Amore et al. (2004) ont réalisé une étude postale cross-sectionnelle par questionnaire auprès de 1345 femmes âgées de 45 à 56 ans.

Après examen des résultats, les auteurs concluent que :

- Les symptômes dépressifs sont plus fréquents dans le groupe des femmes en post-ménopause que dans le groupe des femmes en pré-ménopause.
- Le facteur « humeur dépressive avec symptômes d'anxiété » est présent de la même façon dans les groupes pré-, péri- et post-ménopause
- Les perturbations cognitives sont plus sévères dans la période post-ménopause.
- Les perturbations sexuelles sont plus fréquentes dans le groupe post-ménopause.
- Les symptômes vasomoteurs sont associés avec les périodes péri- et post-ménopause.
- Il n'existe pas de différence significative entre les 3 groupes dans les symptômes somatique ni au niveau de l'anxiété.
- Avoir eu une dépression antérieurement est la variable la plus prédictive d'une dépression chez les femmes post-ménopausées.
- Les facteurs liés à des symptômes dépressifs plus prononcés sont le nombre d'événements de vie, le statut post-ménopause, le lieu de résidence en zone rurale et un niveau culturel plus faible.

En conclusion, la ménopause est seulement une variable, parmi d'autres stressors biologiques, psychologiques, et socio-culturels, qui augmente la vulnérabilité de la femme à la détresse psychique.

◆ Gognalons-Nicolet et al. (2000) distinguent, dans les sociétés industrialisées, « 3 grandes orientations théoriques et méthodologiques (Ballinger, 1975, 1990 ; Kaufert, 1986 ; Mc Kinlay, 1987) fondées soit sur un modèle biomédical, soit sur des modèles psychosociaux.

- l'orientation gynécologique qui définit la ménopause comme une maladie de carence et qui fonde la majorité de ses résultats sur des recherches contrôlées ou des études de cas menées auprès de patientes.

- *L'orientation psychiatrique qui a utilisé pendant de nombreuses années le diagnostic de mélancolie, d'involution ou de dépression. Depuis quelques années, ce diagnostic n'est plus utilisé et les conclusions d'études récentes d'épidémiologie n'établissent pas de lien entre des diagnostics psychiatriques spécifiquement et la ménopause.*
- *L'orientation psychosociale qui définit la ménopause à l'intérieur d'une étape de la vie influencée par différentes circonstances sociales et personnelles (Gognalons-Nicolet, 1983 ; Markson 1997)*

◆ Pour Dennerstein (1996), la ménopause est un évènement physiologique universel pour toutes les femmes âgées d'une cinquantaine d'années.

Ce même auteur signale également que pour les femmes médecins et les chercheurs, la ménopause couvre une longue période d'une dizaine d'années durant laquelle de multiples transitions complexes (facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels) s'opèrent.

Durant cette période, les femmes doivent « dealer » avec :

- Les changements/bouleversements hormonaux, la perte de l'idée d'une potentielle maternité, la transition entre la vie d'avant et celle d'après,
- Des changements sociaux liés à l'âge (crise des adolescents, enfants qui vivent toujours ou reviennent vivre au domicile des parents, assurer les éventuels soins de santé de ses parents/conjoint/membres de la famille mais aussi se soigner personnellement en cas de problème de santé, etc),
- Les éventuelles difficultés de couple liées à la ménopause.

En conclusion, pour Dennerstein, les points de vue des professionnels de la santé et des sociologues se polarisent entre 2 tendances :

- Ceux qui considèrent la ménopause comme une maladie déficiente endocrinienne,
- Ceux qui considèrent la ménopause comme une phase de développement NORMAL dans la vie de toutes les femmes.

Les critiques sociologiques argumentent que définir la ménopause uniquement en termes de santé et maladie donne une idée médicale de la ménopause et modifie donc les représentations sociales sur la ménopause. Celle-ci sera alors perçue simplement comme la fin de la phase de reproduction dans la vie des femmes suite au déficit des hormones (Bell, 1990, cité par Dennerstein, 1996)

## 2. Les représentations de la ménopause

◆ Theisen et al. (1993), cités par Doumont et Libion (1999), envisagent la ménopause sous deux approches : l'une strictement bio-médicale et l'autre plus socio-culturelle.

*Dans l'approche bio-médicale, « la ménopause est vécue plutôt comme une maladie et ne se définit qu'à travers deux symptômes majeurs (bouffées de chaleur et sécheresse vaginale). Cependant, d'autres symptômes psychologiques et physiques déplaisants sont associés à la ménopause (maux de tête, insomnie, irritabilité, constipation, ostéoporose, augmentation du poids, ...). Cette approche bio-médicale est surtout vécue dans nos pays industrialisés ».*

L'approche socio-culturelle décrit la ménopause comme un phénomène naturel survenant dans la vie d'une femme.

Dans le cadre de ce travail, nous nous proposons d'envisager les représentations de la ménopause vues par les femmes/couples, les hommes, les professionnels de la santé et enfin sous ses aspects plus « culturels ».

## 2.1. Les représentations des femmes/couples

◆ Dans le cadre d'une thèse de doctorat défendue à Paris en 2003, Bercier s'est intéressée aux représentations que les femmes ont de la ménopause (santé perçue), représentations qui « sont influencées par de multiples facteurs socio-économiques, culturels et religieux... ». En effet, selon l'auteur, « le vécu de la ménopause découle bien plus des représentations que s'en font les femmes que d'une simple conséquence biologique, d'un déficit hormonal ». Elle cite d'ailleurs S. de Beauvoir<sup>2</sup> :

*« C'est moins du corps lui-même que proviennent les malaises de la femme que de la conscience angoissée qu'elle en prend ».*

Dans le décours de son travail, Bercier (2003) s'est largement inspirée des travaux de Delanoé (1999)<sup>3</sup> qui a réalisé une étude quantitative et qualitative auprès d'un échantillon de 1721 femmes françaises âgées de 45 à 65 ans. Parmi ces femmes, 62 % étaient ménopausées, 10 % pré-ménopausées et 24 % non-ménopausées.

Le modèle de représentation s'est construit autour de 5 dimensions :

- 2 dimensions à caractères plus biologiques : l'arrêt de règles et l'arrêt de la fécondité
- 3 dimensions liées aux conséquences sociales : les variations liées au capital santé, au capital esthétique et au capital social.

Delanoé (1999), cité par Bercier (2003), définit les règles suivant deux modèles :

- Le modèle humoral traditionnel (les menstruations sont vécues comme l'élimination de sang impur pour 40 % des femmes) qui était le modèle le plus fréquent auprès des femmes de plus de 55 ans et de niveau scolaire faible.
- Le modèle médical (les règles correspondent à l'élimination de la muqueuse utérine) surtout véhiculé chez les moins de 50 ans de niveau scolaire élevé (66 % des femmes étaient d'accords avec ce modèle).

Pour 73 % des femmes interrogées, « l'arrêt des règles » est considéré comme « satisfaisant » sur le plan pratique alors que pour 6 % des femmes interrogées, il est considéré comme « insatisfaisant ». Il est à noter que 67 % des femmes considéraient les règles comme un signe de féminité, principalement auprès des plus de 55 ans.

En ce qui concerne « l'arrêt de la fécondité », 23 % des femmes interrogées le considéraient comme une libération. Pour 42 %, la ménopause est une étape « naturelle » (femmes ayant eu peu d'enfants et de niveau socioprofessionnel élevé). Trente deux % des femmes considèrent cela comme « à la fois une libération et à la fois source de regrets (femmes de tous âges et de tous milieux). Enfin seuls 3 % des femmes regrettaient la perte de la fécondité (femmes de niveau socioculturel moyen et ayant eu beaucoup d'enfants).

---

<sup>2</sup> De Beauvoir S., Le deuxième sexe. Gallimard, Paris, 1949.

<sup>3</sup> Delanoé D., Histoires de la ménopause d'ici et d'ailleurs dans Femmes, médecins et ménopauses. Age Santé Société. Edition Berger Levrault, 1999, pp 87 – 107.

Pour ce qui est du « capital santé », l'auteur a posé une question ouverte aux femmes : « Votre ménopause s'accompagne-t-elle (ou pourrait-elle s'accompagner) de troubles, d'inconvénients ou de maladies ? ». Cinquante sept % des femmes n'associent la ménopause à aucun trouble. Et 47 % pensent que des symptômes sont possibles (30 % physiques : bouffées de chaleur, prise de poids, ostéoporose, fatigue et 9 % psychiques : irritabilité, déprime, nervosité).

L'importance de l'apparence esthétique « capital esthétique » est remarquée par 71 % des femmes et 73 % des femmes se trouvent aussi séduisantes qu'avant d'être ménopausées (femmes de niveau social et scolaire élevé et à l'approche de la ménopause). Par contre, 21 % des femmes estiment qu'elles sont moins séduisantes et qu'elles risquent de l'être de moins en moins.

Enfin, pour ce qui est du « capital symbolique » (dimension qui explore surtout l'évolution du statut social au moment de la ménopause), 39 % des femmes pensent que la ménopause n'entraîne aucun changement particulier, 36 % pensent que la femme ménopausée est une femme de maturité, 42 % considèrent cette période comme une période d'épanouissement et, 20 % considèrent la femme ménopausée comme une « vieille dame » ou « une grand-mère ».

Delanoé (1999), cité par Bercier (2003), décrit ensuite trois types de représentations (découlant des 5 dimensions sus-citées) qui se répartissent dans 3 pôles (positif, neutre et négatif).

- 39 % se retrouvent dans le pôle négatif : « *regret de la perte des règles et de la fécondité, perte du capital santé, esthétique et symbolique* ».
- 44 % se situent dans le pôle neutre : « *période qui s'accompagne de peu de changements* ».
- 17 % sont dans le pôle positif : « *forte satisfaction de l'arrêt des règles et de la fécondité, aucun changement du capital santé et esthétique, gain social* ».

Delanoé (1999) souligne toutefois que « *de nombreuses représentations intermédiaires existent combinant des impacts plus nuancés de chaque domaine* ».

Enfin à la question plus précise : « Vous-même, en particulier, pensez-vous que la ménopause est (ou sera) une période de vie positive ou négative ? », les femmes ont répondu quelque peu différemment, à savoir :

Vingt neuf % estimaient cette période positive, 55 % estimaient cette période sans particularité et 14 % estimaient cette période négative. Les femmes signalaient également avoir « *le sentiment de mieux vivre leur ménopause que leurs congénères : 20 % l'estimaient positive pour l'ensemble des femmes, 33 % sans particularité et 42 % négative* ».

Leurs réponses s'éloignent donc de la « représentation multidimensionnelle » évoquée ci-dessus.

Enfin, d'autres travaux concernant les représentations de la ménopause chez les femmes ont été réalisés au Québec, en Suède et aux Etats-Unis et les résultats rejoignent ceux présentés par Delanoé.

Parmi ceux-ci, notons l'étude longitudinale, citée par Bercier (2003), réalisée dans le



Massachusetts en 1990 auprès de 2500 femmes âgées de 45 à 55 ans<sup>4</sup> qui a mis en évidence que :

- Pour 42 % d'entre elles, la ménopause était vécue comme un soulagement
- Pour 35,5 % des femmes, c'était un sentiment de neutralité qui prédominait
- Pour 19,6 % de celles-ci, c'était un sentiment partagé
- Pour 2,7 % seulement, c'était un sentiment de regret.

Une autre étude épidémiologique nationale SOFRES réalisée en 2000 (citée par Bercier) auprès de 1586 femmes et 1580 hommes<sup>5</sup> a mis en évidence que la ménopause était considérée comme une étape positive pour 32 % des femmes interrogées, une crise passagère pour 74 % et le début de la vieillesse pour 38 %.

Un rapport de l'OMS réalisé en 1996<sup>6</sup>, cité par Bercier, souligne que « *dans nos sociétés développées, la ménopause est dominée par la peur de vieillir, la perte de son statut et le renoncement à une vie sexuelle. Le seul fait positif concerne l'arrêt de la fécondité et la disparition des règles* ».

Bercier conclut que « *nombreuses femmes se dégagent de leur assujettissement à la simple reproduction, se créent un rôle social pluridimensionnel et vivent leur ménopause de manière plus neutre. Elles nuancent son impact sur leur quotidien et sur leur avenir. Toutefois, malgré cette évolution notable, la grande variabilité des représentations réaffirme qu'il y a autant de ménopause que de femmes* ».

♦ Gagnalons-Nicolet et al. (2000) se sont intéressés aux représentations des femmes âgées de 40 à 65 ans.

Cette étude longitudinale, d'une durée de 10 ans, a été réalisée à Genève auprès d'une population de femmes vivant dans une société urbaine prospère, où l'accès médical est dense. Le taux de participation (de réponses) était de 81% (T0 : n = 820 femmes, T1 : n = 657). Il y a donc eu une perte de 20% de participantes liée notamment à la mortalité et/ou au refus de poursuivre les entretiens dans le temps

Les 2 questions posées à propos de la ménopause concernaient les aspects positifs et négatifs perçus par les participantes.

NB : les questions sur la ménopause n'ont pas été posées en tant que telles ; ce sont plutôt les participantes qui étaient « amenées » à en parler de manière plus spontanée. En effet, jusqu'en 1997 selon Weg, (cité par Gagnalons-Nicolet et al. 2000), la majorité des études étaient menées sous un angle bio-médical imposé.

Pour ces auteurs :

- Les aspects positifs se réfèrent aux sentiments d'amélioration de mieux être, à plus de liberté et aux aspects de soulagement ou de neutralité liés à l'arrêt des règles (Avis et al, 1991, cités par les auteurs)
- Les aspects négatifs concernent tous les symptômes physiques et mentaux désagréables, en plus des représentations de la vieillesse et de la mort.

---

<sup>4</sup> Avis N.E., Mc Kinlay S.M., : A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause : Results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas*, 13, 1991, pp 65-79, cite par Doumont et Libion (1999).

<sup>5</sup> Sofres et groupes de recherche Servier : Dossier de presse : 50 ans la vie devant soi, 2002, 43 pages.

<sup>6</sup> OMS : Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 : rapport d'un groupe-étude scientifique. 1996, rapport technique n° 866 pp 83-89.

Sur base de ces 2 questions, les auteurs ont déterminé 4 catégories d'analyse des représentations :

- 1) Le groupe « positif » : lorsque uniquement des aspects positifs ont été mentionnés.
- 2) Le groupe « néгатif » : quand des aspects négatifs ont été cités uniquement.
- 3) Le groupe de « positives – négatives » quand des aspects tant positifs que négatifs ont été cités.
- 4) Le groupe des « indifférentes » quand aucun changement (tant positif que négatif) lié à cette tranche de vie n'a été évoqué.

Enfin, pour l'analyse de ces résultats, les auteurs ont également pris en compte :

- 1) Des facteurs sociaux et démographiques (niveau de formation initiale et niveau de formation continue, statut matrimonial, etc.)
- 2) Des facteurs de santé : présence de maladies aiguës et /ou chroniques, indicateur de santé subjective, santé mentale (anxiété, dépression, ..) mesuré grâce à l'échelle de Derogatis (SCL.58 version abrégée)
- 3) Des facteurs professionnels qui concernent le parcours professionnel féminin et son « dynamisme professionnel » (interruption de carrière, diminution du temps de travail)

Les résultats de l'étude de Gognalons-Nicolet et al. (2000) montrent que les femmes ayant des représentations négatives de la ménopause sont celles qui ont généralement :

- Un niveau d'éducation et un niveau de qualification professionnelle plus faible et de ce fait, elles occupent des emplois moins (voire non) qualifiés par rapport aux autres femmes participantes
- Une santé subjective moins bonne
- Plus souvent des problèmes de santé/maladie

Ces résultats montrent qu'il y a un lien entre représentations négatives et présence de problèmes de santé mais aussi un lien avec des facteurs sociaux défavorables (niveau de qualification et d'éducation plus faible)

Les femmes qui avaient une représentation positive de la ménopause au début de la recherche gardent 10 ans après, pour  $\frac{3}{4}$  d'entre elles, les mêmes représentations. Si l'on introduit les facteurs sociaux, on constate que ces femmes sont celles qui ont un emploi qualifié et qui déclarent avoir une bonne santé.

En conclusion, globalement :

- Les femmes qui déclarent des représentations négatives au début de l'enquête paraissent être moins favorisées par rapport au niveau éducatif, la profession exercée et l'état de santé
- Le statut matrimonial et l'interruption de la carrière professionnelle ne semblent pas avoir d'influence sur l'évolution des représentations
- Les femmes ayant des représentations positives et mitigées (positives/négatives), maintiennent une stabilité dans leurs représentations à 10 ans d'intervalle ; elles ont un meilleur niveau d'instruction, des formations continues plus fréquentes et donc un emploi plus qualifié
- Les femmes « indifférentes et négatives » : « *la stabilité des représentations tend davantage vers la mauvaise santé – soit vers les maladies graves indifférentes, soit vers une évaluation subjective de leur santé moins bonne (négatives).* » . Enfin, ces représentations sont aussi liées à un niveau éducatif nettement moins élevé.

Au vu de ces résultats, on constate une stabilité des réponses sur une période de 10 ans en ce qui concerne les « aspects positifs » et pas de changement relatif à cette période de vie.

Les aspects négatifs cités et relatifs aux symptômes physiques ont diminué de 8% tandis que les aspects cités concernant le « mental » (nervosité, tension) ont augmenté de 5%. Les auteurs comparent leurs résultats à ceux obtenus par Avis et al. (1991) et concluent à une similitude. Dès lors, les attitudes de femmes vis à vis de la ménopause ne semblent pas avoir été influencées par les messages persuasifs de nombreuses campagnes médiatiques et médicales.

Les femmes qui citent au moins un aspect négatif de la ménopause sont celles qui se déclarent en moyenne ou en mauvaise santé (différence significative  $p < 0.2$  entre cette catégorie de femmes et toutes les autres femmes quelles que soient leurs représentations).

*« Au T0, les femmes qui mentionnent au moins un aspect négatif se sentent plus concernées par la crise du milieu de vie. Par rapport à celles qui n'ont pas indiqué d'aspects négatifs de la ménopause, la différence est très significative ( $p < 0.01$ ). Les auteurs en concluent que ces résultats suggèrent que les facteurs explicatifs des représentations négatives de la ménopause sont d'abord à rechercher dans la sphère de la maladie et du mal être. ».*

Les travaux de Weg (1997), d'Avis et al. (1991), de Matthews (1990,1992,1994), cités par Gagnalons-Nicolet et al. (2000), montrent que les femmes qui déclarent souffrir de symptômes physiques et psychologiques liés à la ménopause, sont celles qui souffrent de problèmes de santé autres. Cependant, Gagnalons-Nicolet et al. (2000) attirent l'attention sur le fait que les résultats des études citées ci-dessus proviennent d'études menées sur un modèle biomédical et que de ce fait, généraliser ces résultats à l'ensemble des femmes risque de favoriser/consolider/renforcer la diffusion des craintes, des peurs chez toutes les femmes ainsi qu'au sein de la société.

En ce qui concerne la santé mentale, les auteurs constatent au T0 que les femmes qui développent des représentations négatives de la ménopause ont plus tendance à être anxieuse, à somatiser leurs plaintes mais pas spécialement à développer une dépression. Dix ans après, il persiste une tendance à la somatisation plus importante parmi ces femmes aux représentations négatives.

Selon ces auteurs, peu de travaux ont été réalisés, à l'exception de ceux de Delanoë, (1992, 1993) en vue de « *comprendre la construction, la stabilité ou les changements des représentations de la ménopause dans une population générale.* ». Les études disponibles à ce propos sont réalisées sous le modèle biomédical. Ces études occupent « *le devant de la scène* » et participent à la « *dévaluation du statut des femmes ménopausées et des femmes vieillissantes en général* » .

Pour Gagnalons-Nicolet et al. (2000), les messages persuasifs de la plupart des campagnes médiatiques abordant le sujet de la ménopause, réduisent la complexité des différents processus de la ménopause à des problèmes de santé/ maladie (surtout) limitant ainsi chez les femmes concernées le sentiment de contrôle de leur vie et destin. D'autre part, il serait intéressant de considérer aussi l'âge comme un processus de maturité dans ses dimensions psychoaffectives et cognitives. Pour les auteurs, « *moins d'isolement, moins de dépendance, davantage de motivation et d'estime de soi pourraient être quelques unes des ressources qui permettent aux femmes de s'organiser durant cette étape de la vie....* » car de nos jours, « *la femme de la cinquantaine ne souffre pas du « symptôme du nid vide » lié au départ des enfants mais davantage de la maladie ou de la perte de leurs parents ou de leurs proches* ».

◆ Pour Binfa et al. (2004), certaines femmes voient l'arrêt des menstruations comme un avantage, d'autres le perçoivent comme le début du processus de détérioration de leur qualité

de vie. Certaines études montrent que les facteurs psychosociaux, comportementaux et généraux de santé sont plus significatifs pour la perception de qualité de vie pendant la période de périménopause que la ménopause elle-même.

Une étude plus ancienne (Blumel et al. 1994) montrait que 87,9% des femmes reliaient la ménopause à des symptômes psychologiques .

En Angleterre, l'étude de Liao et al. (1994), réalisée auprès de femmes de 45 ans, montrait que la plupart de celles-ci avaient des difficultés psychologiques pendant la ménopause, opinion qui était d'ailleurs partagée par leurs médecins.

◆ Blumel et al. (2000) affirment que de nombreuses femmes considèrent que l'arrêt des menstruations et de la fertilité est un avantage, mais que les symptômes de la ménopause (bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, sommeil...) peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité de vie.

◆ Selon Liao et al. (1998), les femmes perçoivent la ménopause comme étant responsable des risques de dépression et d'irritabilité, des problèmes de santé physique. La ménopause diminue l'attrait physique, e'est une maladie de la vieillesse qui annonce la mort, qui signe la déficience

Pour d'autres, c'est toutefois l'annonce d'une liberté retrouvée par rapport aux menstruations, sans risque de grossesse. Il s'agit d'une nouvelle étape de la vie, un moment privilégié de la jouissance sexuelle.

◆ Deutsch (1945), cité par Avis et al (1991) va jusqu'à considérer la perte de la reproduction comme une « mort partielle ».

En général, la communauté médicale considère cette période de la vie comme une maladie déficiente et qui entraîne des répercussions sur la vie des femmes.

La ménopause, événement physiologique normal, est vue comme un syndrome (McKinlay et al, 1974 ; Townsend et al, 1980 ; Greenblatt, 1974 cités par Avis et al, 1991) et plus récemment comme une maladie déficitaire (McCrea, 1983). Dès lors, devant une telle approche culturelle de la ménopause, les femmes concernées expérimentent le regret, risquent d'être plus « touchées » par des signes cliniques de dépression (mélancolie), sont plus demandeuses de soigner les symptômes et donc plus enclines à utiliser les consultations médicales (spécialistes et généralistes) et de ce fait plus enclines à consommer de façon disproportionnée les ressources médicales disponibles (Wilson, 1966 ; Reuben, 1969, cités par Avis et al, 1991)

## 2.2. Les représentations des hommes

◆ Bercier (2003) s'est également intéressée aux représentations masculines de la ménopause et cite Lachowsky (1999)<sup>7</sup> pour qui « *l'homme voit dans sa partenaire le reflet de son propre vieillissement et accepte la cinquantaine de sa femme s'il s'accepte vieillissant* ».

Delanoé (1999), cité par Bercier (2003), s'est également intéressé au regard que les hommes portent sur la ménopause. Les hommes ont une définition « scientifique assez exacte » et connaissent les conséquences à long terme (par exemple, ils citent l'ostéoporose). Ils connaissent également certains symptômes (bouffées de chaleur, sauts d'humeur).

---

<sup>7</sup> Lachowsky M., Qui a peur de la ménopause ? in Femmes, médecins et ménopauses. Age Santé Société. Editions Berger Levrault, 1999, pp 70 – 85.

La ménopause est une « *histoire féminine, vécue comme une perte, essentiellement par l'arrêt de la fécondité et qui ne pouvait donc être qu'une expérience difficile à vivre* ». En ce qui concerne la séduction, les hommes évoquent les femmes qui « *...démissionnent, abandonnant tout effort d'entretien et adoptant un profil de grand-mère* » et « *les femmes vivant bien leur ménopause, gardant la volonté de séduire et restant actives dans leur vie professionnelle et sociale* ». Notons que les hommes évoquaient plus facilement la ménopause « en général » que celle de leur compagne.

L'étude SOFRES (2002), citée par Bercier (2003), met en évidence que 73 % des hommes estimaient que la femme âgée de 50 ans subit de grands changements hormonaux et que 58 % des hommes pensent que les hommes du même âge subissent quant à eux des changements mineurs.

### 2.3. Les représentations des professionnels de la santé

♦ Dans une étude destinée à mieux cerner les croyances véhiculées par les médecins et les femmes confrontées à la ménopause, Liao et al. (1994), cités par Doumont & Libion (1999), font état du fait que la plupart des femmes révèlent une expérience de ménopause assez « quelconque ».

*« Mis à part les changements au niveau des règles, elles signalent des symptômes vasomoteurs et une sécheresse vaginale. Paradoxalement, les stéréotypes continuent à se faire fort envahissants, tout particulièrement l'association de la ménopause à l'humeur dépressive (image négative).*

*De nombreux problèmes d'ordre physique ou émotionnel vécus par les femmes de plus de 40 ans sont encore trop souvent attribués à des phénomènes liés à la ménopause.*

*De plus, certaines études ont souligné le fait que les problèmes dits psychologiques n'émergent pas particulièrement au moment de la ménopause, ils peuvent survenir à tout autre moment de vie ; les humeurs dépressives et autres difficultés psychologiques notamment, même si elles surviennent pendant la période de ménopause, ne doivent pas systématiquement être attribuées à la ménopause.*

*Quand des stéréotypes (négatifs) sont partagés tant par le médecin que par la consultante, il semblerait que les problèmes rapportés par les femmes de 45 ans risquent d'être systématiquement attribués à la ménopause alors que d'autres facteurs, plus significatifs, devraient parfois être pris en considération.*

*Liao et al. (1994), relèvent également que les problèmes psychologiques n'augmentent pas durant la ménopause et que par exemple le stress, la diminution du statut socio-économique ,..., sont des prédicteurs de variations d'humeur beaucoup plus importants que la ménopause elle-même auprès des femmes d'âge moyen ( 45 ans ) ».*

Tout comme Liao et al. (1994), cités par Doumont & Libion (1999), se sont intéressés aux représentations des femmes, ils se sont également intéressés aux croyances véhiculées par les médecins (24 médecins dont 14 femmes). Ils ont ensuite comparé ces croyances avec les représentations des femmes (n = 106) d'âge moyen (45 ans).

Les médecins perçoivent bien souvent la ménopause comme une déficience hormonale et donc plutôt comme un processus pathologique. Ils véhiculent des images négatives (stéréotypées) de cette période et ont tendance à attribuer les symptômes invalidants de la ménopause à des facteurs strictement biologiques. Certains médecins pensent que la ménopause engendre des problèmes d'ordre émotionnel qui pourraient être jugulés par la prise d'un traitement THS (hormonothérapie).

Les femmes médecins ont des représentations plus négatives encore de cette période que leurs confrères masculins, peut-être parce qu'elles sont elles-mêmes exposées à la ménopause (vécu) et parce qu'ayant probablement une patientèle plus féminine, sont donc plus souvent confrontées à essayer d'aider ces patientes...

◆ Bercier (2003) prolonge la réflexion en évoquant la relation « médecin-patiente ».  
*« La nouvelle image de ces femmes éduquées, détentrices de leur corps, actrices de leur vie et de leur sexualité chamboule la fameuse relation « médecin-malade ». Le médecin doit convaincre sa patiente qu'elle n'est atteinte d'aucun mal incurable mais qu'elle vit une nouvelle étape de sa vie, inéluctable, pour laquelle certaines conséquences ont une solution médicale. Le praticien « guérisseur » laisse la place au médecin « accompagnateur », rôle moins glorifiant, mais peut-être porteur d'une meilleure adhésion au traitement ».*

#### 2.4. Les représentations « culturelles » de la ménopause

◆ Dans certaines sociétés dites « non industrialisées », le statut de la femme évolue dès l'âge de la ménopause. Plus elle avance en âge, plus elle est reconnue positivement par et dans son groupe d'appartenance (reconnaissance sociale).

Trois types de changements sont observés par Brown (1982), cités par Doumont & Libion (1999) : *« la femme peut prendre des décisions plus importantes, elle se voit libérée des contraintes (tâches ménagères lourdes, éducation des enfants, ...) qui lui étaient imposées dès son plus jeune âge, et donc acquiert une reconnaissance autre que son rôle strictement domestique ».*

*«Après de certaines cultures, la ménopause signifie avoir plus de poids social et avoir des pouvoirs supranaturels (en Iran et au Mexique par exemple, les femmes ménopausées détiendraient un pouvoir curatif exacerbé dès l'âge de la ménopause) ».*

◆ Theisen et al. (1993), cités par Doumont & Libion (1999), évoquent l'étude réalisée en 1975 par Flint, qui rapporte *« ... qu'en Inde, peu de femmes évoquent des problèmes liés strictement à la ménopause. Une fois l'âge de la ménopause atteint, les femmes ont accès à diverses activités socio-culturelles, elles rencontrent de nombreuses personnes et quittent ainsi leur cadre restreint de femmes ».*

◆ Tsao et al. (2004) (Taiwan) perçoivent la périménopause comme un phénomène naturel avec des expériences positives. Ce n'est pas une maladie mais un événement naturel de vie. Les symptômes liés à la périménopause sont vus comme des plaintes subjectives pour lesquelles la médecine chinoise prescrit des herbes spécifiques. Toutefois, un problème de « génération » surgit : d'une part, les mères qui vivent cette transition en silence et d'autre part, les jeunes qui bénéficient de traitement par hormones de synthèse, d'éducation pour la santé et de messages divers par le biais des médias.

◆ Par contre, comme le souligne Bercier (2003), *« ... dans les sociétés où la maternité est la seule identité possible, la ménopause plonge les femmes dans une dévalorisation totale. Elles deviennent alors de vieilles femmes inutiles. Parfois, c'est la « rétention de sang impur » qui mène la femme ménopausée vers l'aliénation ou la sorcellerie ».*

*« En Papouasie, l'homme peut renvoyer ses vieilles épouses dans leurs familles, car « elles mangent trop et parlent trop » et ne servent à rien ».*

*« En Afrique noire, dans les foyers polygames, l'homme ne visite plus son épouse ménopausée la nuit. Le terme de ménopause est alors utilisé comme insulte par les plus jeunes co-épouses ».*

*« Dans la société marocaine, la ménopause signe la mort sociale et personnelle de la femme ». « Dans le discours social, une femme qui ne saigne plus est morte sexuellement et celle qui continue le coït au-delà de cette limite est folle ». « Ainsi, 82 % des femmes ménopausées refusaient la sexualité, 71 % étaient « dégoûtées » par les rapports sexuels ».*

◆ Avis et al. (1991) soulignent que pour une majorité de la population féminine et beaucoup d'experts de la ménopause, cette dernière est vue culturellement comme une période de changements au niveau physiologique, psychologique.

Cette période signifie la fin de la vie reproductive dans des sociétés comme les Etats-Unis où la sexualité et la reproduction sont considérées comme un succès personnel évident et d'épanouissement. De plus, dans des sociétés adoptant une vision culturelle où le physique prédomine et où l'on vante les « mérites » de l'éternelle jeunesse, passer le cap de la ménopause n'est guère aisé.

◆ Pour Kaufert (1996) qui se focalise sur la ménopause dans les pays en voie de développement, les représentations des femmes de la ménopause ne sont pas les mêmes dans tous les pays.

Toutes les femmes dans le monde ne s'attendent pas à avoir des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, à devenir déprimées et irritables. Ces représentations-là sont liées à la culture médicale et populaire d'Europe et d'Amérique du Nord.

Par exemple, les femmes Mayan ont les mêmes changements endocriniens que les femmes en Amérique du Nord, mais aucune ne rapporte ni ne s'attend à avoir des bouffées de chaleur.

Une autre étude réalisée en Thaïlande du Nord observe que les femmes n'associent pas la ménopause avec une humeur dépressive, mais avec des maux de tête. De même, les japonaises adoptent des stratégies d'évitement pour les maux de tête, les maux d'épaule, mais pas pour les bouffées de chaleur ni les symptômes dépressifs.

L'auteur dénonce toutefois les problèmes qu'il y a d'étudier la ménopause dans les pays en voie de développement tout en exploitant des questionnaires utilisés auprès des femmes européennes et américaines.

◆ Plusieurs études (Robinson, 1996), citées par Blumel et al. (2000) et évaluant l'impact de la ménopause dans des cultures différentes, ont montré une grande différence dans l'expérience de la ménopause d'une part chez des femmes de même culture et d'autre part entre les différentes cultures. Enfin, les symptômes de la ménopause semblent être causés par une combinaison de changements physiques, d'influence culturelle, et de perceptions individuelles.

◆ Les professionnels de la santé devraient prendre davantage en considération les représentations que les femmes se font de la ménopause. En effet, ces représentations peuvent imprégner leurs comportements de santé. Permettre l'expression de ces représentations/croyances, les reconnaître et en tenir compte participe au processus de compréhension mutuelle du professionnel de santé et de la femme/patiente et ainsi le soignant sera plus à même de proposer des actions éducatives et/ou thérapeutiques pertinentes pour la femme concernée. (Delanoë, 2000).

La recherche anthropologique menée par l'auteur offre un éclairage intéressant des représentations que les femmes peuvent se faire de la ménopause et ce dans différents contextes culturels. Il met en lumière que les conséquences de la ménopause sur la santé sont perçues soit comme bénéfiques pour la santé soit comme maléfiques.

Par exemple, de nos jours :

- Certaines femmes grecques qui vivent en milieu rural pensent qu'il est important d'avoir énormément de bouffées de chaleur sans quoi elles risquent de s'exposer à de graves complications.
- A Terre-Neuve, les femmes estiment que des règles abondantes en période de pré-ménopause sont bénéfiques car elles participent à « *purifier le corps de tout ce mauvais sang* »
- Pour des femmes italiennes immigrées en Australie, la ménopause est une période douloureuse car synonyme de perte, de chagrin, etc... et « *qu'il n'y a plus qu'à attendre la mort* ».
- Pour des femmes marocaines, les règles permettent « *de nettoyer, de purger le corps de ses maladies* ». L'arrêt des règles provoquent donc des conséquences de santé telles que des problèmes articulaires, des problèmes rénaux, des vertiges, des migraines, des lombalgies, etc., mais engendrent également d'autres conséquences psychologiques comme la nécessité de limiter voire d'abandonner toute vie affective et sexuelle.

Dans la perspective de l'éducation thérapeutique, cet auteur conclut qu'une alliance entre anthropologues de la santé et professionnels de santé serait bénéfique et permettrait d'une part, de fournir « *quelques clefs au thérapeute* » et d'autre part, de construire ensemble des démarches éducatives porteuses de sens pour les femmes concernées.

Nous clôturons ce chapitre consacré aux représentations par une réflexion de Delanoé (1999), cité par Bercier (2003), pour qui « *les femmes ménopausées obtenant une amélioration de leur statut social, se déclaraient peu ou pas symptomatiques. Au contraire, chez les femmes perdant leur identité sociale en même temps que leurs règles, la ménopause engendrait un cortège de troubles pénibles voire invalidants* ».

Bercier souligne, en plus de cette variation du statut social, l'existence de croyances positives ou négatives, liées à la ménopause qui influencent inéluctablement l'apparition des symptômes. « *Ainsi, l'image de la femme symptomatique aux multiples troubles psychologiques résulterait plus d'un stéréotype culturel que de simples facteurs biologiques épidémiologiques* ».

### 3. Les attentes/demandes/besoins des femmes face à la ménopause

◆ Tsao et al. (2004) témoignent du fait qu'actuellement, les femmes se sentent frustrées par rapport aux changements corporels liés à la périménopause, au manque d'informations et de choix médicaux clairs pouvant les aider « à vivre » avec ces changements.

Les femmes ne savent pas souvent quoi attendre comme changement lors de la périménopause. Cette sensation d'être « non préparée » suscite inquiétude et angoisse.

Les résultats de l'étude réalisée par Tsao et al. montrent que les facteurs ethniques, culturels, et de personnalité, le système de « soutien » et le statut socio-économique peuvent avoir une influence sur les perceptions des perturbations de la périménopause et de la pratique de comportements de santé ; le niveau d'éducation n'est pas corrélé à la pratique de comportements de santé par la femme de 40-60 ans.

La cohésion familiale et le niveau socio-économique sont des facteurs bénéfiques qui peuvent diminuer l'attention que la femme portera sur ses symptômes périménopausés.

La connaissance n'agit pas seule sur les comportements de santé et il est judicieux de pouvoir favoriser des moments de rencontre et d'échange, voire de bénéficier de consultations ciblées sur l'auto-prise en charge et la promotion de la santé.



◆ L'étude de Binfu et al. (2004), réalisée auprès d'une population de Santiago (Chili) montre que les événements de vie, le dysfonctionnement familial, le faible soutien social sont d'importants modulateurs des symptômes de la ménopause dans la population.

◆ Anderson et Rosner (2002) (Australie) ont investigué les facteurs psychosociaux liés aux comportements de santé des femmes à la ménopause. Ces comportements de santé incluent le choix d'intervention par des femmes, en particulier la consultation des professionnels de la santé, l'utilisation de l'hormonothérapie de remplacement et des sources d'informations préférées.

Un questionnaire postal a été distribué à un échantillon structuré et aléatoire de la population d'une taille de 400 femmes âgées de 45-54 ans habitant au sud-est du Queensland en Australie. Les variables explicatives étaient : les attitudes vis-à-vis de la ménopause, le fonctionnement social, la santé mentale, la vitalité, les pratiques de santé préventive et les facteurs de mode de vie. Cette étude a démontré que les pratiques de santé préventives, les attitudes envers la ménopause, la pratique d'exercices physiques, le nombre d'enfants vivant à la maison, le nombre d'années d'éducation et d'années d'emploi rémunéré, ont été liés aux comportements de santé des femmes à la ménopause.

L'étude conclut qu'un certain nombre de facteurs psychosociaux, non liés aux changements hormonaux, peuvent influencer les comportements de santé des femmes ménopausées. Au vu de ces résultats, il sera important pour les infirmières et autres professionnels de la santé de décider comment mieux répondre aux besoins/attentes de ces femmes et ce notamment dans le cadre de consultations.

◆ En général, selon la revue de littérature réalisée par Hunter et al. (1999), les femmes souhaitent obtenir plus d'informations sur la ménopause que ce qu'elles reçoivent. Ces informations pourraient leur permettre de comprendre ce qui se passe durant la ménopause et ainsi leur permettre de mieux gérer les changements qui ont/auront lieu.

Le manque de connaissances risque de perturber la prise de décision par rapport à la prise éventuelle d'un traitement (HRT), et de rendre les femmes « des partenaires/patientes inégales » dans les consultations médicales. Elles risquent de « subir » la prescription médicale. Le manque d'informations peut également avoir comme effet une sur-attribution des symptômes liés à la ménopause, alors que ceux-ci peuvent avoir d'autres causes sous-jacentes.

En revanche, davantage de connaissances permettraient de rendre plus autonomes les femmes et d'augmenter leur sentiment de contrôle ou d'auto-efficacité en relation avec la ménopause. Certaines recherches suggèrent que les croyances négatives que les femmes ont avant la ménopause pourraient augmenter la probabilité de symptômes émotionnels et physiques quand la femme atteint l'âge de la ménopause ; des informations appropriées pourraient venir contrecarrer de telles croyances.

#### **4. Les attitudes des femmes de 50 – 60 ans face à la ménopause.**

◆ L'étude de Blumel et al. (2000) témoigne du fait que les femmes post ménopausées ont une qualité de vie moins bonne que les femmes du même âge et ayant toujours des menstruations. L'impact de la ménopause sur la qualité de vie est attribué aux symptômes vasomoteurs et quelques symptômes physiques comme les palpitations, la dyspareunie.

Les femmes ménopausées prenant des oestrogènes montrent un changement positif dans leur sexualité (meilleure qualité de vie en lien avec la sexualité).

L'étude soutient les idées populaires que la ménopause cause des désordres biologiques et psychiatriques. Cependant, il n'y a aucun lien avec l'âge : quand le cycle menstruel commence à changer, la qualité de vie commence à se détériorer.

◆ Les résultats de l'étude réalisée par Avis et al. (1991) montrent aussi que les femmes pré-ménopausées changent plus facilement leurs attitudes négatives vis-à-vis de la ménopause en attitudes positives lorsqu'elles sont ménopausées.

Les symptômes physiques désagréables liés à la ménopause, les épisodes de dépression, des symptômes psychologiques, un niveau d'instruction faible sont des éléments qui influencent négativement les attitudes des femmes.

Les femmes ayant subi une hystérectomie sont celles qui développent plus facilement des attitudes négatives vis-à-vis de la ménopause. En effet, elles se plaignent plus des différents symptômes liés à la ménopause. D'autre part, elles croient plus volontiers que l'ensemble des femmes « regrette l'arrêt de leur règle ».

◆ Bloch (2002) a émis l'hypothèse que l'image du corps et l'amour-propre sont des principaux facteurs contribuant à la sévérité des symptômes de la ménopause, et il a en outre tenté de mesurer l'influence de l'hormonothérapie et du niveau d'œstrogène en post-ménopause sur des plaintes spécifiques comme les symptômes vasomoteurs.

Pour le groupe contrôle, 51 patientes âgées de 43-63 ans ont été choisies (et interrogées) aléatoirement dans un établissement médical indépendant s'occupant de la ménopause et désigné sous le nom de « l'ambulance viennoise ».

Les résultats ont montré que leur attitude envers la ménopause était d'une influence principale sur le degré des symptômes spécifiques (par exemple la dépression, la misère, le mal de tête etc.). Les femmes qui ont eu une attitude négative envers la ménopause ont beaucoup plus souffert de symptômes que les femmes qui ont eu une attitude positive. D'ailleurs, les femmes qui ont été satisfaites de leur aspect physique ont éprouvé peu de symptômes ennuyeux. Il y avait une association significative entre un grand amour-propre et peu de symptômes ménopausiques. Plus l'amour-propre est grand, plus les symptômes sont moindres. En conclusion, les femmes avec un niveau d'œstrogène post-ménopausique n'ont pas éprouvé plus de symptômes ménopausiques que les femmes avec un niveau moyen d'œstrogène. Enfin, les symptômes n'étaient ni moins fréquents ni plus fréquents si les femmes avaient subi une hystérectomie, et ce qu'elles aient un traitement hormonal ou pas.

Cela réfute l'hypothèse que la diminution du niveau d'œstrogène pendant la ménopause est la raison principale des plaintes qui l'accompagnent.

◆ Selon Conboy et al. (2001), de nos jours, la plupart des femmes veulent vivre « correctement » après la ménopause. Actuellement, les standards des pratiques médicales prônent l'utilisation de thérapies hormonales (HRT) chez la plupart des femmes et pas uniquement chez celles qui « souffrent » des symptômes désagréables liés à la ménopause.

Or, les études de Sheely (1991) et de Rabin et al. (1999) (citées par Conboy et al., 2001) mettent en évidence un faible taux de compliance (15 à 54%) des femmes américaines aux HRT. Les hypothèses avancées de cette faible adhésion sont d'une part, les effets non plaisants de ces traitements et d'autre part, le peu d'activités éducatives réalisées par les professionnels de la santé dans le domaine.

L'étude de Conboy et al. (2001) explore la relation entre le stress et l'anxiété et les « climacterics syndrome » (syndromes liés à la ménopause). En outre, ils examinent aussi les liens entre symptômes et représentations/croyances concernant les styles de vie « sanitaire » (comme l'alimentation, la pratique d'exercices).

Conboy et al. (2001) émettent 3 hypothèses :

la fréquence des « syndromes liés à la ménopause » peut être

- a) Négativement associée avec les croyances de santé
- b) Associée positivement avec l'anxiété
- c) Associée positivement avec le stress

Les auteurs utilisent le site Web « the Women's Health Interactive ». en vue de solliciter des sujets de réflexions et de collecter des réponses par rapport à ces sujets. Ce site propose des informations, des avis, des services et un forum de discussion pour toutes les questions concernant la santé des femmes.

(NB : pour les auteurs, l'utilisation de l'Internet pour des recherches est un mode assez économique pour collecter des résultats).

Voici quelques résultats de cette recherche :

- Les professionnels de la santé comme source d'information :
  - o 66% des femmes déclarent que la discussion tourne autour des HRT et que dans 49% des cas, c'est le sujet starter de la discussion ;
    - plus de 50% des femmes se rappellent que la discussion a envisagé les avantages à suivre une HRT
    - seulement 44% des femmes se rappellent que la discussion a abordé les risques de cette médication
    - 17% disent que la discussion a abordé d'autres alternatives à la HRT
    - seulement dans 5% des cas, le coût de ce traitement est envisagé dans la discussion.
- Les autres sources d'information des femmes :
  - o Les magazines et livres sont des sources d'informations populaires ainsi que l'Internet
    - 70% des femmes déclarent recevoir des informations via les magazines et livres
    - 50% en reçoivent de la part des autres femmes
- En ce qui concerne les 3 hypothèses émises par les chercheurs, on note l'existence d'un :
  - o lien négatif entre croyances de santé et symptômes de la ménopause ( $p < 0.001$ )
  - o idem pour l'anxiété ( $p < 0.001$ )
  - o idem pour le stress

En conclusion, les auteurs dégagent que :

- Certaines sources d'informations émanant des professionnels de la santé sont déficitaires/déficients car les informations répondent peu aux attentes des femmes et les professionnels de la santé sont peu les initiateurs de discussions à ce propos comme par ex : les traitements alternatifs à la HRT, les risques de l'HRT, les représentations/croyances de santé et de la ménopause.
- Il existe peu d'informations aussi sur les risques cardiaques liés au surpoids et à la prise de HRT, sur les risques d'ostéoporose pour les femmes de faibles poids
- Les femmes recherchent des informations ailleurs comme dans les magazines, les livres, internet, etc.

Enfin, ils concluent que les résultats obtenus sur base des 3 hypothèses mériteraient d'être exploités dans d'autres recherches.

◆ Une recherche a été menée en 1991 par Dennerstein en Australie (Melbourne), citée par Dennerstein (1996), auprès de 2000 femmes âgées de 45 à 55 ans qui ont répondu à une enquête téléphonique.

Cette étude avait pour but de mesurer la relation entre le bien-être des femmes d'âge moyen « mid-life » et le bien-être des femmes ménopausées (utilisation d'une échelle de mesure validée de Kammann et al. (1983)). (NB : l'échelle de Kammann mesure le bien-être psychologique en affect « + » et «-» et mesure aussi la différence entre affect « + » et « - »)

En voici quelques résultats :

*au niveau du bien-être* : la plupart du temps, les femmes déclarent se sentir :

- « perspicaces » pour 72% des répondantes
- « de bonne composition » pour 71%
- « utiles » pour 68%
- « satisfaites » pour 61 %
- « comprises » pour 61%
- « rassurées » pour 58%
- « aimées » pour 55%
- « optimistes » pour 51%

L'auteur en déduit que le statut de ménopause n'affecte pas significativement le bien-être mais que d'autres variables jouent un rôle à ce niveau comme le niveau de santé (physique), l'absence de symptômes liés à la ménopause, un niveau de stress peu élevé, vivre avec un partenaire.

Un bien-être négatif est plus associé à :

- La présence de symptômes vasomoteurs, psychosomatiques, respiratoires,
- Aux plaintes prémenstruelles
- Au stress
- Aux attitudes négatives liées à l'âge et à la ménopause

Les résultats de la recherche menée par Collins (1994), citée par Dennerstein (1996) auprès de femmes vivant à Stockholm semblent confirmer les résultats de la recherche faite à Melbourne.

En effet, au niveau des symptômes : les plaintes les plus courantes concernent l'abondance des règles et/ou les règles irrégulières, les sueurs nocturnes, une diminution de la lubrification vaginale qui entraîne souvent des difficultés et moins de plaisir lors des rapports sexuels.

Après la ménopause, les risques/symptômes les plus courants sont : l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires, les problèmes urinaires. (NB : ces résultats sont corroborés par d'autres études menées à travers le monde et citées par l'auteur).

Au niveau des plaintes psychologiques : beaucoup d'études (Kaufert et al., 1991 ; Ballinger, 1990 ; McKinlay et al., 1987 ; Jazsmann et al., 1969 ; Bungay et al., 1980 cités par l'auteur) se focalisent sur des aspects de morbidité comme la dépression et d'autres symptômes psychologiques. L'étude de McKinlay et al., (1987) citée par Dennerstein (1996) met en évidence que la dépression n'est pas associée avec le vécu « naturel » (étape naturelle de la vie) de la ménopause mais est plutôt associée à une ménopause chirurgicale. Cependant, une étude réalisée dans le Massachusetts par Avis et al. (1994) citée par l'auteur montre qu'une période de pré-ménopause de plus de 27 mois risque de déclencher une dépression qui semble être transitoire et donc qui mérite d'être suivie en consultation. Mais les facteurs sociaux

(comme une santé « faible », le stress, ...) et familiaux (dynamique relationnelle du couple, de la famille, ...) sont probablement des facteurs qui interviennent dans la morbidité psychologique plus que le statut de ménopause.

Au niveau de la sexualité : Sarrel et al. (1985), cités par l'auteur, montrent qu'il y a une prévalence élevée entre les difficultés sexuelles et les problèmes de couple (déclin de l'envie chez la femme, diminution des orgasmes, ...). De leur côté, Osborn et al., (1988), cités par l'auteur montrent que le dysfonctionnement sexuel est significativement associé à l'âge, à un désordre psychiatrique, à une perte d'harmonie au sein du couple ; mais, il n'existerait aucune association entre la dysfonction sexuelle et le statut de ménopause. Le seul prédicteur signifiant d'une diminution du désir sexuel se retrouve chez la femme âgée de plus de 50 ans et qui croit que la diminution du désir sexuel est lié à la ménopause.

Les résultats de l'étude menée à Melbourne par Dennerstein (1994) montrent que pour 62% des femmes interrogées, il n'y a pas de changement dans le désir de l'autre (et ce après 12 mois post enquête). Trente et un % des femmes révèlent au bout de 12 mois un déclin dans le désir sexuel. Et pour 7% d'entre elles, ce désir n'existe plus.

Cet auteur conclut que le déclin du désir sexuel est associé significativement avec l'installation de la ménopause, une diminution du bien-être (liée à la présence de symptômes vasomoteurs, cardio-pulmonaires, ... et parfois à la perte d'un emploi).

En somme, il ressort que les attitudes face à la ménopause à cette période de la vie (50-60 ans) varient considérablement d'une femme à une autre et semblent être en lien avec le bien-être global de ces dernières ainsi que leurs prédispositions perceptives et culturelles face à la ménopause. Nous serions tentés de paraphraser Bercier en confirmant « **qu'il y a autant de ménopauses qu'il y a de femmes...** ».

## **5. Les structures d'aide/actions mises en place pour aider les femmes à franchir le cap de la ménopause et/ou les aider à mieux vivre la ménopause**

◆ A Taiwan, selon Tsao et al. (2004), l'assurance nationale santé couvre les services des 2 types de médecine : traditionnelle et occidentale. Les femmes ont donc le choix.

Il existe différentes stratégies pour aider les femmes à gérer les difficultés émotionnelles et pratiques de la périménopause. (différentes études d'autres pays évoquent des interventions d'éducation pour la santé ou soignants pouvant promouvoir la capacité d'auto-soin chez les femmes afin de promouvoir une santé en periménopause. (Chang et al., 1993 ; Tsao, 1998 ; Tsao, 2002 ; Rothert et al., 1997 ; Lee & Wang, 2000).

La médecine chinoise utilise une approche philosophique pour les patients, agissant sur les symptômes de façon holistique. Cette approche aide à diminuer l'incertitude des patients. L'utilisation de la médecine chinoise dans le matériel éducatif devrait être intégrée dans la prise en charge de la femme ménopausée.

Selon les auteurs, les interventions d'éducation pour la santé ont aidé les femmes à comprendre leurs symptômes et leur ont permis de clarifier leur rapport à la santé.

Les professionnels de santé se doivent de faire une éducation pour la santé et du soutien en lien avec les valeurs personnelles véhiculées par le patient.

◆ Généralement, les femmes concernées sont frustrées par la pauvreté et la validité des informations disponibles sur le sujet. (Rothert et al., 1997). C'est pourquoi, elles recherchent

activement d'une part, des informations sur la ménopause et d'autre part, elles souhaitent/veulent être activement associées dans les prises de décisions concernant les traitements hormonaux et les auto-soins à adopter.

Dans une telle situation, les femmes demandent comment communiquer concrètement avec les soignants/ professionnels de la santé. Il est donc important de faire participer les femmes au choix de leur traitement et ce sur base d'informations éclairées, tout en tenant compte de leurs valeurs personnelles. Les femmes attendent généralement d'une part, que les soignants les soutiennent dans leur choix et d'autre part, les aident à prendre des décisions de santé.

L'étude réalisée par Rothert et al. (1997), avait pour but de développer et tester un support d'intervention décisionnel (a décision support intervention (DSI)) pour d'une part, aider les femmes à prendre des décisions et d'autre part, pour les informer sur des décisions à prendre (décisions qui sont en accord avec les valeurs des femmes concernant la ménopause et les thérapies hormonales (HRT)).

Le mode et l'intensité des interventions ont été testés auprès des femmes concernées (N=248) : il y avait 3 groupes randomisés :

- a) Uniquement évaluation des informations écrites ;
- b) Lectures + discussion de groupes ;
- c) Exercices personnalisés pour identifier les valeurs, les prises de décisions et apprendre à mieux communiquer avec les soignants

Les informations ont été collectées pendant 12 mois.

Il ressort de cette étude que les connaissances, les conflits décisionnels, le degré de satisfaction vis-à-vis des soignants et le sentiment d'efficacité sont renforcés, voire améliorés par les interventions du DSI. Ces acquis sont maintenus à 12 mois post intervention et ce pour les 3 groupes de femmes.

L'adhésion des femmes au-delà de 12 mois est de 59% pour les exercices ; de 76% pour la prise de calcium et de 89% pour le HRT.

Les femmes sont intéressées par les informations écrites qui sont importantes selon elles pour améliorer les connaissances, favoriser l'adhésion à un traitement éventuel.

En conclusion, les femmes peuvent comprendre des informations complexes, incluant aussi la prise en compte de leurs opinions par rapport au traitement. Les femmes adhèrent plus facilement au plan qu'elles ont négocié, décidé. Ce constat suggère aux soignants tout l'intérêt de prendre en compte les plans décisionnels des femmes et il serait plus approprié de considérer ces plans comme des mesures standard d'adhésion. Lorsque les informations sont complètes et compréhensibles, les femmes sont capables de retenir les informations utiles pour elles et ainsi de prendre des décisions personnellement.

Cette étude montre également :

- Une satisfaction des femmes quant au processus d'implication des femmes dans la relation soignants/patients pour le choix (et le respect du choix) des femmes à suivre ou à ne pas suivre un traitement.
- Une consolidation des choix (adhésion) après 12 mois.

♦ Beaucoup de femmes approchent la ménopause avec l'appréhension de ce qui va se passer et surtout avec beaucoup d'incertitude quant à la manière dont elles vont pouvoir gérer les changements qui se produisent.

La présente étude (Liao et Hunter, 1998) a visé l'évaluation des résultats à court terme d'une intervention d'éducation pour la santé conçue pour préparer les femmes âgées de 45 ans.

Cent septante-huit femmes de 45 ans enregistrées auprès de cinq médecins généralistes au sud de Londres ont été visées pour la recherche ; 106 des femmes ont répondu favorablement et 86 de ces femmes ont constitué l'échantillon pré-ménopause.

La préparation a impliqué deux sessions d'éducation pour la santé effectuées dans de petits groupes et a couvert l'information et la discussion sur la transition normale de la ménopause dans le contexte de la moitié de la vie.

Les femmes ont rempli les questionnaires pré et post-intervention (3 et 15 mois) qui ont évalué la connaissance et les croyances au sujet de la ménopause ainsi qu'un certain nombre de comportements relatifs à la santé.

Il ressort que la connaissance s'est améliorée de manière significative pour le groupe préparé mais pas pour le groupe contrôle.

Dans l'ensemble, les croyances des femmes « préparées » au sujet de la ménopause sont devenues moins négatives après l'intervention, bien qu'il y ait eu également quelques changements rapportés par le groupe de contrôle. La proportion de fumeuses a diminué de 25 à 20% pour les femmes préparées bien que ceci n'ait pas été statistiquement significatif. Il n'y avait aucun changement de la prévalence de l'exercice régulier. Il y avait également une diminution de l'intention de prendre des traitements hormonaux après l'intervention.

Les auteurs proposent des suggestions pour un développement plus consistant des interventions de promotion de santé à l'encontre des femmes en milieu de vie et des pratiques plus holistiques de santé.

Ces propositions seraient par exemple de :

- Rassurer les femmes qui présentent des attitudes négatives vis-à-vis de ce cap de la vie
- Clarifier les difficultés émotionnelles
- Encourager/renforcer les attitudes positives des femmes vis-à-vis de leurs actions de prévention des maladies cardiaques et de l'ostéoporose
- Faciliter l'accès aux informations concernant les traitements hormonaux afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé.

◆ Binfà et al. (2004) rapportent qu'un bon soutien social peut modérer les effets négatifs d'évènements de vie et influence le stress psychologique des femmes d'âge moyen (50 ans).

Les auteurs concluent que les symptômes de ménopause sont liés à la transition de ménopause et apparaissent chez les femmes ayant une prédisposition biologique. Les facteurs psychosociaux, notamment les évènements de vie négatifs, sont modulateurs des symptômes causés par l'arrêt de l'activité ovarienne.

Cette conclusion rejoint d'ailleurs les constatations d'autres auteurs comme Igarashi et al., 2000 ; Cruz-Coke, 1981 ; Avis et al., 2000.

◆ Hunter et O'Dea (1999) ont réalisé l'évaluation de l'impact à long terme d'une intervention d'éducation à la santé en soins primaires, auprès de femmes pré-ménopausées (45 ans). L'intervention comprenait de l'information et des discussions de groupe à propos de la ménopause, de la gestion du stress, des comportements de santé (tabagisme, pratique d'exercices physiques, régime alimentaire) et des choix de traitement.

Un questionnaire a été envoyé à 86 femmes randomisées en 2 groupes (préparées/contrôle) et âgées maintenant de 50 ans (le taux de réponse était de 91%)

Les principaux résultats montraient que :

- Le groupe préparé a significativement plus de connaissances sur la ménopause (augmentation des connaissances)
- Le groupe préparé attribue moins de symptômes à la ménopause que le groupe contrôle : le groupe contrôle était plus enclin à attribuer les changements d'humeur, la diminution de la libido, l'augmentation du poids, les maux et douleurs à la ménopause (différences

significatives pour les maux et douleurs et pour les problèmes de peau), les croyances négatives sont ainsi devenues moins négatives

- Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes dans les mesures de santé générale (santé et comportements de santé) (sauf tendance pour le groupe préparé à faire plus d'exercices et à utiliser moins de médicaments)
- Il n'y avait pas de différence dans l'humeur entre les deux groupes
- Il n'y avait pas d'augmentation de l'humeur dépressive ou de l'anxiété, par rapport à 5 ans plus tôt
- Il y avait une tendance pour le groupe préparé à rapporter plus d'intérêt dans l'activité sexuelle (et moins de problèmes sexuels). Toutefois, il n'y avait pas de différence dans la sécheresse vaginale ou la satisfaction des relations sexuelles
- L'évaluation subjective de l'intervention est positive en termes d'augmentation des connaissances, d'aide aux femmes pour gérer les aspects émotionnels et pratiques de la ménopause.

## 6. Conclusions

De cette revue de littérature, il en ressort que, de nos jours, l'approche « bio-médiale » est encore trop privilégiée et conforte l'idée que la ménopause peut être une « maladie » qui se traite médicalement.

Une telle vision limite la place des femmes dans l'appréhension et la gestion de leur ménopause. En effet, comment réaliser des activités de promotion de la santé lorsque l'on se place dans une logique essentiellement, voire exclusivement, « physiologique » où toutes les actions, les décisions sont proposées et décidées principalement par les professionnels de la santé ?

Par contre, les travaux notamment de Delanœ se calquent sur une approche plus psychosociale. En effet, au travers d'une approche holistique de la santé, la ménopause « phénomène naturel » peut s'inscrire dans un cadre plus large où l'expérience de vie, les valeurs culturelles et personnelles, les croyances, les représentations et le rôle social attribué aux femmes sont pris en considération dans le processus décisionnel et les éventuels choix thérapeutiques qui en découlent. De plus, cette façon de concevoir la santé et la dynamique relationnelle (entre les professionnels de la santé et les femmes concernées) qui en découle, peut permettre de faire évoluer les « fausses » croyances et représentations qui sont encore trop nombreuses à propos de la ménopause en tenant compte des influences socio-culturelles. Bref, il s'agit là d'acquérir une vision plus humaniste de la femme ménopausée.

Une telle approche permet le développement de stratégies éducatives en vue par exemple, d'améliorer et/ou de consolider les connaissances des femmes et ainsi d'augmenter un meilleur sentiment de contrôle et d'auto-efficacité ; ou encore de promouvoir des attitudes positives à propos de l'âge et de la ménopause, etc.

In fine, il s'agira de promouvoir des styles de vie « sain », de diminuer les stress et angoisses éventuellement liés à cette période de transition, d'augmenter l'empowerment des femmes ; autant d'éléments à prendre en considération et à tenter de développer dans les interventions communautaires et auprès des professionnels de la santé qui « soignent » les femmes d'âges mûrs !



La littérature consultée nous permet de conclure que la ménopause en tant que telle n'est pas un facteur prédictif de symptômes comme la dépression, le mal-être, l'irritabilité, voire d'autres problèmes de santé physique, ....

La ménopause est une « variable » parmi un ensemble d'autres stressors bio-psycho-socio-culturels qui peut alors augmenter la vulnérabilité de la femme et la fragiliser (détresse psychique).

De futures recherches dans le domaine devront permettre de faire le tri entre le point de vue strictement médical et le point de vue psychologique en vue de mieux déterminer les interactions possibles entre le biologique, le psychologique et les facteurs sociaux que les femmes expérimentent auprès de la population en général mais également auprès de populations plus défavorisées.

Encourager de nouvelles études sur un modèle autre que celui strictement bio-médical permettrait de mieux comprendre la construction, la stabilité ou les changements de représentations de la ménopause.

## 7. Bibliographie

Amore, M., Di Donato P., Papalini A., Berti A., Palareti A., Ferrari G., Chirico C., De Aloysio D., (2004), Psychological status at the menopausal transition : an Italian epidemiological study. *Maturitas*, 48, 115-124.

Anderson D, Posner N., (2002), Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause, *International Journal of Nursing Practice*, 8, pp 265-273.

ASBL Question Santé, (2006), Représentations de la santé et de la Maladie, Actes du colloque organisé à Bruxelles le 12 décembre 2005, Supplément à Bruxelles Santé n° 42, juin 2006, 54 pages.

Avis N.E., McKinlay S.M., (1991), A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause : results from Massachusetts women's health study., *Maturitas*, 13, pp 65-79.

Bélanger H., Charbonneau L., (1995), La santé des femmes. Chapitre 10 : Aspects globaux, pp 208-219, Maloine.

Bercier S., (2003), Qualité de vie, caractéristiques socio-démographiques et réalisation d'exams complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS, Université Paris Val de Marne, Faculté de Médecine de Créteil, 129 pages.

Binfa L., Castelo-Branco C., Blümel J.E., Cancelo M.J., Bonilla H., Munoz I., Vergara V., Izaguirre H., Sarrà S., Villegas Rios R., (2004), Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 48, pp 425-431.

Bloch A., (2002), Self-awareness during the menopause, *Maturitas*, 41, pp 61-68.

Blumel J.E, Castelo-Branco C., Binfa L., Gramegna G., Tacla X., Aracena B., Cumsille M.A., Sanjuan A., (2000), Quality of life after the menopause : a population study., *Maturitas*, 34, pp 17-23.

Conboy L., Domar A., O'Connell E., (2001), Women at midlife : symptoms, attitudes, and choices, an internet based survey., *Maturitas*, 38, pp 129-136.

Delanoé D., (2000), Le role des representations de la maladie : l'exemple de la menopause, Journée de l'IPCEM 2000, [www.ipcem.org/](http://www.ipcem.org/)

Dennerstein L., (1996), Well-being symptoms and the menopausal transition., *Maturitas*, 23, pp 147-157.

Doumont D., Libion F., (1999), Quelles sont les attitudes et les représentations des femmes face à la ménopause et aux traitements hormonaux de substitution ? , Réf : 99-05, 19 pages hors annexe.

Gognalons-Nicolet M., Bardet Blochet A., (2000), Stabilité des représentations de la ménopause sur les dix années : la cinquantaine au féminin, une étape psychologique à explorer., *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 45, pp 48-66.

Hunter, M. & O'Dea, I., (1999), An evaluation of a health education intervention for mid-aged women : five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Education and Counseling*, 38, pp 249-255.

Kaufert, P.A., (1996), The social and cultural context of menopause., *Maturitas*, 23, pp 169-180.

Kuh D.L., Wadsworth M., Hardy R., (1997), Women's health in midlife : the influence of the menopause, social factors and health in earlier life, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, August, Vol. 104, pp 923-933.

Liao K.L.M., Hunter M.S., (1998), Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women, *Maturitas*, 29, pp 215-234.

Liao K.L.M., Hunter M.S., White P., (1994), Beliefs about Menopause of general practitioners and Mid-aged women, *Family Practice*, Vol.11, n0 4, pp 408-412.

Rothert M.L., Holmes-Rovner M., Rovner D., Kroll J., Breer L., Talarczyk G., Schmitt N., Padonu G., Wills C., (1997), An educational intervention as decision support for menopausal women., *Research in Nursing & Health* , 20, pp 377-387.

Tsao L-I, Huang K-E., (2004), Effectiveness of a perimenopausal health education intervention for mi-life women in nothern taiwan (MS03-21-LW). *Patient education and counselling*, 54, pp 321-328.