UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
--*-*
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
--*-*-*-*-*-*
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(DPSE)
--*-*-*-*-*-*

MEMOIRE DE MAÎTRISE

FILIERE : PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET :

LA MENOPAUSE CHEZ LA FEMME : ETUDE SUR 92 CAS OBSERVES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU

Réalisé et soutenu par :

MIGNANWANDE Esther J.H.

Maître de mémoire :

Dr. SEGLA C. Rogatien
Maître de Conférences des Universités (CAMES)
(DPSE/FASHS/UAC)

MEMBRES DU JURY :

Président/ Rapporteur : Dr. Rogatien C. SEGLA (Maître de Conférences/UAC/CAMES)

Examinateurs : Dr. Modeste OGNIN (Maître-Assistant /UAC/CAMES)

Dr. GBENOUKPO dah LOKONON BEDEHOU (Maître-Assistant /UAC/CAMES)

Mention : Très-Bien

Soutenu le 12/01/2018

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES FIGURES 7
RESUME 9
ABSTRACT 9
INTRODUCTION 10
PREMIERE PARTIE 13
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 14
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 29
DEUXIEME PARTIE 37
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 38
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES 60
CONCLUSION 69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 72
ANNEXES 74
TABLE DES MATIERES 82

DEDICACE

A

- mon Père, MIGNANWANDE H. Hubert
- ma Mère, LIGAN Eliane

REMERCIEMENTS

A

- Dr. Rogatien C. SEGLA, malgré vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous encadrer, vous êtes une source sûre et intarissable d'inspiration pour notre modeste personne ;
- monsieur le professeur Xavier ZOMALETO, d'avoir accepté que nous réalisions nos enquêtes dans votre service, vous avez fait preuve d'une grande modestie et générosité ;
- madame Constance ADJABO, surveillante du service de rhumatologie du CNHU/HKM ;
- madame Christelle ODOULAMI, secrétaire du service de rhumatologie du CNHU/HKM ;
- tout le corps enseignant du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE) ;
- mes camarades de "GAIP" et spécialement Monsieur GLELE et AMOUSSOU ;
- toute ma grande famille, mes amis et tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ABPF	:	Association Béninoise pour le Planification Familiale
CAEB	:	Conseil des Activités Educatives du Bénin
CCF	:	Centre Culturel Français (actuel Institut Français)
CID	:	Centre d'Information et de Documentation
CNGOF	:	Collège National de Gynécologie et d'Obstétrique Français
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier Universitaire- Hubert Koutoukou MAGA
CPS	:	Centre de Protection Sociale
EDSB	:	Enquête Démographique et de Santé-Bénin
FASHS	:	Faculté des Sciences Humaines et sociales
FSH	:	Follilicular Stimulating Hormon
GEU	:	Grossesse Extra Utérine
GnRH	:	Gonadotrophin Releasing Hormon
HTA	:	Hypertension Artérielle
INSAE	:	Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique
LH	:	Luteinizing Hormon
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PMA	:	Procréation Médicalement Assistée
RCIU	:	Retard de Croissance Intra-Utérin
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SPSS	:	Statistical Package for the Social Science
THM	:	Traitement Hormonal de la ménopause
THS	:	Traitement Hormonal substitutif
UAC	:	Université d'Abomey Calavi
UNICEF	:	Fonds des nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des femmes enquêtées selon la classe d'âge 38
Tableau II: Répartition des femmes enquêtées selon la religion 42
Tableau III: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles ont perdu ou non leur féminité 43
Tableau IV: Données croisées entre les femmes ayant perdu ou non leur féminité et leurs justifications 43
Tableau V: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles répondent ou non aux sollicitations sexuelles de leurs conjoints 44
Tableau VI: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles ont le besoin d'entretenir de relations sexuelles 45
Tableau VII: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles arrivent ou non à satisfaction des besoins sexuels 45
Tableau VIII: Répartition des femmes enquêtées selon l'impact des troubles sur leur vie 47
Tableau IX: Données croisées entre l'âge de la survenue des dernières règles et le désir de procréer 51
Tableau X: Répartition des femmes enquêtées selon les prérequis sur la ménopause 54
Tableau XI: Répartition des femmes enquêtées selon leur connaissance de l'existence d'un traitement pour la ménopause 55

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des femmes enquêtées selon la situation matrimoniale .. 39
Figure 2: Répartition des femmes enquêtées selon le type de ménage 39
Figure 3 : Répartition des femmes enquêtées selon l'éducation et le niveau d'éducation..... 40
Figure 5: Répartition des femmes enquêtées selon l'ethnie 41
Figure 6: Répartition des femmes enquêtées selon la profession..... 41
Figure 7: Répartition des femmes enquêtées selon la signification de la ménopause 42
Figure 8: Répartition des femmes enquêtées selon ce que l'acte sexuel représente 44
Figure 9: Répartition des femmes enquêtées selon les manifestations de la ménopause 46
Figure 10: Répartition des femmes enquêtées selon les troubles de comportement 47
Figure 11: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge des 1ères règles 48
Figure 12: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge au 1er geste 48
Figure 13: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge de la survenue des dernières règles 49
Figure 14: Répartition des femmes enquêtées selon le désir de procréer 50
Figure 15: Croisement entre le désir de procréer et l'impact des troubles sur la vie..... 52
Figure 16: Répartition des femmes enquêtées selon le moment où elles ont connu la ménopause..... 53
Figure 17: Répartition des femmes enquêtées selon la survenue de la ménopause 53
Figure 18: Répartition des femmes enquêtées selon celui qui aide le plus à vivre leur ménopause 54

Figure 19: Connaissance des conjoints sur la ménopause..... 55
Figure 20: Conjoint ayant été au courant de la ménopause de leur conjointe... 56
Figure 21: Réaction du conjoint après avoir été au courant de la ménopause de leur conjointe 56

RESUME

Ce mémoire de maîtrise porte sur : «La ménopause chez la femme : étude sur 92cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutougou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou ». Il met l'accent sur la perception et le vécu psychologique des femmes ménopausées à Cotonou. L'impact psycho-affectif est plus accentué selon que la femme nourrit encore le désir de procréer. La ménopause a ainsi d'importantes répercussions sur la santé de la femme et sur sa vie de couple.

Partant du postulat que, la survenance non préparée de la ménopause perturbe les plans psychoaffectif et la sexualité des femmes, 92 sujets ont été identifiés et enquêtés. Dans une démarche mixte, les techniques d'échantillonnages dites de commodité et de choix raisonné ont permis l'identification de notre population d'étude. Elles ont été enquêtées par le questionnaire et la technique de l'entretien semi-directif.

Il ressort qu'au terme de cette étude que, quel que soit leur niveau d'instruction, les femmes béninoises perçoivent la ménopause comme un phénomène naturel. Mais elle n'a pas la même signification pour toutes : facteur de libération des contraintes de l'accouchement ou des règles douloureuses, vieillesse, anomalie ou handicap empêchant à la femme de pouvoir procréer.

Mots-clés : Perception, Vécu, Conséquences psychosociales, Ménopause, CNHU-HKM

ABSTRACT

This master's thesis focuses on ''Perception and experience of menopause : psychosocial consequences on the woman of the Hubert Koutougou MAGA National University Hospital Center (CNHU-HKM) of Cotonou''. It focuses on the perception and psychological experience of postmenopausal women in Cotonou. The psycho-emotional impact is more pronounced depending on whether the woman still has the desire to procreate. Menopause has a major impact on a woman's health and her life as a couple.

Based on the postulate that the unprepared occurrence of menopause disrupts the psycho-emotional development and sexuality of women, 92 subjects were identified and investigated. In a mixed approach, the so-called convenience and reasoned choice sampling techniques made it possible to identify these units. They were surveyed by the questionnaire and the semi-directive interview technique.

It appears that at the end of this study, regardless of their level of education, Benin women perceive menopause as a natural phenomenon. But it does not have the same meaning for all: a factor of liberation from the constraints of childbirth or painful rules, old age, anomaly or handicap preventing the woman from being able to procreate.

They declare unanimously that they have presented physical and behavioral disorders.

Prospects have been put forward to create a special unit for the phenomenon.

Keywords : Perception, lived, psychosocial consequences, menopause, CNHU-HKM

INTRODUCTION

La capacité à concevoir un enfant, fonction uniquement consacrée à la femme, est le résultat d'un long processus qui commence depuis la vie utérine et dont les manifestations ne sont perceptibles qu'à l'adolescence. En effet, l'adolescence est la période de la vie située entre l'enfance, qu'elle continue à l'âge adulte. Elle débute vers onze-douze ans et se termine vers dix-huit à vingt ans. Chez la jeune fille, elle est marquée par l'apparition de la 1ère hémorragie utérine (1ère règle ou menstruation). C'est une condition inhérente à la conception et son apparition indique que la femme est toujours en âge de procréer. La fin de la période reproductive de la femme est appelée ''ménopause'' (Ammar, 1988).

La ménopause, phénomène à l'origine naturel, est aussi une période critique et un cap parfois difficile à franchir par les femmes. Cette étape de la vie qu'aborde la femme est d'autant plus significative en ce sens qu'elle entraîne d'importantes répercussions sur les plans organique, physiologique et surtout psychique. Les changements d'environnement hormonal interne, la perte du potentiel reproductif, la transition vers une tranche de vie plus avancée, les perturbations de l'humeur, les perturbations sexuelles, le changement de statut social et les éventuels stress conjugaux de la transition de milieu de vie sont autant de problématiques auxquelles se trouve confrontée la femme à cet âge (Check, 1996).

La ménopause apparaît alors comme un problème de santé majeure des communautés féminines adultes. En effet, en Afrique et plus précisément au Bénin, en matière de santé publique, l'accent est toujours mis sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles. Ainsi, les problèmes de la femme en période d'activité génitale occupent le 1er rang. Ce qui se justifie à travers les nombreux programmes de prise en charge, de protection et

de défense des droits des femmes et des enfants (Gratuité de la césarienne, création des centres de protection sociales, présence des ONG, …). On comprend que ce choix demeure une priorité d'autant plus que cette tranche d'âge est la plus importante. Mais force est de constater que de nos jours, l'espérance de vie de la femme africaine en générale et béninoise en particulier s'est améliorée 61,25 ans en 2002 pour 56,6 ans en 1992 (Amoussou, 2004).

Dans les pays développés et même au Bénin, l'amélioration de l'espérance de vie peut amener une femme à vivre en moyenne ; 30 ans après son dernier follicule ovarien, et ceci lui impose ainsi « les supplices » de la ménopause, ce durant toute cette période (Amoussou, 2004).

A ce jour, la prise en charge de la ménopause est strictement médicale. Pour améliorer la qualité de vie de la femme ménopausée, un Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) a été mis au point dans les années 1940 aux Etats-Unis. Ce traitement hormonal reste le moyen le plus efficace pour corriger les troubles fonctionnels et physiques de la ménopause. Il s'agit essentiellement du Traitement Hormonal Substitutif (THS), auquel on peut ajouter des traitements adjuvants non hormonaux. Cependant le THS suscite et reste controversé quant aux probable implications dans la survenue de cancers de l'endomètre et du sein et de l'augmentation du risque cardiovasculaire, si bien que le Collège National de Gynécologue et d'Obstétrique Français (CNGOF) a décidé de ne pas dépasser trois ans de THS (Amoussou, 2004 ; cité par Hounwedo, 2013).

Il s'agit pour nous, non pas de chercher à investiguer les différents aspects de la prise en charge médicale, mais de comprendre les manifestations surtout psychiques de la ménopause et de déterminer pour la femme les possibilités d'adaptation. C'est pour ces raisons que nous avons choisi de mener cette recherche sur : ‘‘*La ménopause chez la femme: étude sur 92 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koudougou MAGA (CNHU-*

HKM) de Cotonou''. A travers une étude mixte, et suivant les techniques d'échantillonnages dites de commodité et de choix raisonné nous procéderons à l'identification de notre population d'étude. Les enquêtes se feront par questionnaire et entretien semi-directif

Le présent travail de recherche est structuré en quatre chapitres. Le premier prend en compte la présentation du cadre théorique, le second chapitre met en exergue le cadre de l'étude et la démarche méthodologique ; le troisième la présentation et analyse des résultats et enfin la discussion et les suggestions.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

1.1. Problématique

La ménopause est bien souvent abordée dans une approche purement « biomédicale », où elle est considérée comme un phénomène strictement organique (physiologique), dont les symptômes ne peuvent qu'être guéris, et pour lesquels l'acteur principal ne peut être que le médecin. Mais, cette période, loin d'être réduite au seul phénomène biologique, est un processus à la fois biologique, psychologique et social et représente une étape « délicate » pour la femme (Sellah, 2008). La cessation des règles est le signe le plus évident de la ménopause. Mais cette aménorrhée secondaire (disparition des menstruations) est accompagnée progressivement d'un cortège de signes fonctionnels, conséquence des modifications physiologiques, dont le point de départ est l'absence d'ovulation et de sécrétion d'estrogène. Cette défaillance ovarienne va entraîner une riche symptomatologie dont les plus précoces sont les troubles vasomoteurs dominés par des bouffées de chaleur, des sueurs, des céphalées et des palpitations, ainsi que par des troubles d'ordre neuropsychique donnant l'insomnie, l'anxiété, l'irritabilité, l'asthénie et la dépression. L'hypo-œstrogénie, c'est-à-dire un taux d'estrogène insuffisant dans le sang, va entraîner également une diminution de la libido, une prise de poids, une altération de la peau et des muqueuses. Ces changements sont tous liés au processus de vieillissement des ovaires (Gueydan, 1991).

La traversée de cette phase de la vie est profondément influencée par un certain nombre de facteurs psychologiques et socioculturels, car nos pensées, nos croyances, nos représentations, notre regard sur nous-mêmes et les autres sont façonnés par nos sociétés et nos cultures d'origine. Notre corps et les rapports que nous entretenons avec lui le sont également. Les sociétés et les cultures modulent nos relations et notre perception de la santé et de la maladie, de la douleur et de la souffrance (Bercier, 2003). Cela explique la grande

variabilité des plaintes ménopausiques et des symptômes, qui diffèrent selon les femmes, même à l'intérieur d'une même culture. «*Ce chemin de 20 à 30 années de femme, et/ou d'épouse, et/ou de mère et peut-être de grand-mère, vous a, à coup sûr, apporté essentiellement du bonheur, mais a pu être difficile et tumultueux. La joie et les blessures emmagasinées dans votre sphère et votre activité psychique ou émotionnelle ont certainement marqué votre département génital, organiquement et fonctionnellement. Tout ce vécu et votre niveau de ressenti et d'acceptation auront aussi un impact sur votre manière d'exprimer la ménopause et l'après-ménopause* » (Coppin, 1992). Aussi, souligne-t-il avec Mimoun (1992), l'importance de la reconstitution de l'histoire de la maladie pour comprendre l'origine des symptômes. Ceci a laissé plusieurs médecins changer leur méthode classique de prise en charge des femmes, et utiliser le dialogue avec la patiente, parce que, disent-ils « le trouble actuel ne vient pas de nulle part comme un accident, mais qu'il y a des points de repère tout au long de la vie ».

Au Bénin, contrairement à l'apparition des menstrues (règles), la survenue de la ménopause reste généralement inattendue et ne bénéficie d'aucune mobilisation sociétale. Les informations, les sensibilisations, les attentions et investigations qui font objets d'intérêts sur la question de la procréation sont moins perceptibles dans le cas de la ménopause. Sullerot (1998) affirme que "la définition de la vie de la femme s'est toujours confondue avec sa période de fécondité et de maternité. Les autres périodes de sa vie étaient bien souvent présentées ou ressenties comme n'étant que la préparation ou la survie de cette apothéose justificatrice". La capacité à procréer reste un déclin de l'activité sexuelle et la vraie femme reste la mère. Dans ce sens Boucebci, (1990) rapporte que « le premier devoir du couple étant la procréation, le couple va vivre ses premières années au rythme des

grossesses successives. C'est à dire que le statut de la femme sera d'abord fonction de sa fécondité ».

Contrairement aux pays occidentaux où la ménopause est prise en charge tant sur le plan psychologique que médical, chez nous la ménopause n'est pas un sujet de préoccupation. Elle n'est ni un sujet de valorisation ni un sujet de dévalorisation, c'est plutôt un sujet ignoré ou très privé. Le contexte socioculturel béninois exerce un poids influant sur la femme et l'empêche de s'ouvrir sur bien de domaines notamment celui de la sexualité. Chaque femme intériorise les nombreuses frustrations qu'engendre la survenue de cet évènement sans en discuter ni avec ses paires ni chercher de l'aide. Le phénomène et ses conséquences restent donc méconnus de la femme elle-même, qui s'y adapte souvent mal. Selon Beauvoir (1968), la ménopause est vue comme un traumatisme, car la femme est dépossédée de ses principaux atouts : la jeunesse et la féminité, qui lui ont permis jusqu'ici de garder prise sur l'homme. Elle pense que « la ménopause est une humiliation narcissique difficile à assumer, la seule solution pour la femme est sa résignation sans compensation aucune, ni sur le plan individuel ni sur le plan social ». Ce qui revient à dire qu'avec la fin de son rôle de femme et de reproductrice, sa santé psychologique n'est pas une préoccupation sociale.

Cependant, la compréhension de la ménopause et de ses conséquences est d'autant plus importante que l'espérance de vie s'est améliorée dans la plupart des pays du monde y compris dans les pays en développement. Aussi, faut-il noter le comportement de l'homme, qui en tant que partenaire de la femme, n'accompagne pas véritablement son épouse. Face au changement d'humeur, aux modifications corporelles, à la qualité des rapports sexuels, l'homme non averti fait montre d'une indifférence voire d'un dégoût de la vie conjugale, ce qui vient compliquer davantage la problématique de la ménopause chez la femme. Il transparaît ici le problème de sensibilisation et de

prise en charge psychologique des femmes ménopausées. Le vécu de la ménopause chez la femme est très varié voir même contrasté.

Chaque femme vivra ce moment avec une différente intensité de sentiment et d'états d'âme, en raison de son caractère et de son histoire. Si elle est capable d'affronter les changements et si elle est suffisamment forte pour être optimiste et réaliste, elle manifestera les signes d'une manière différente contrairement à une femme fragile et pessimiste.

Devant toutes ces constatations, il nous a paru nécessaire de nous demander : « les conséquences psychologiques et sociales de la femme ménopausée à Cotonou».

Et c'est pour répondre à cette préoccupation majeure que les hypothèses suivantes ont été émises.

1.2. Hypothèses de recherche

- La ménopause a d'importantes répercussions sur la santé de la femme et sur sa vie de couple.
- L'impact psycho-affectif est plus accentué lorsque la femme nourrit le désir de procréer.
- La quasi-absence d'une politique nationale de sensibilisation sur la ménopause retarde la confluence thérapeutique.

1.3. Objectifs

L'objectif général poursuivi est d'étudier la perception et le vécu psychologique des femmes ménopausées au CNHU-HKM de Cotonou.

Spécifiquement, il s'agit de :

- décrire les différentes représentations psycho-socio-culturelles de la ménopause chez les femmes.
- identifier les principaux troubles fonctionnels et psychiques chez la femme ménopausée et les facteurs susceptibles de les influencer.

- Evaluer les différents canaux d'information et de prise en charge des femmes ménopausées.

1.4. Clarification conceptuelle

1.4.1. Perception

La perception est la représentation d'un objet, construite par la conscience à partir des sensations **(**Dictionnaire Universel, 2010).

Elle est une faculté bio-physique ou le phénomène physio-psychologique et culturel qui relie l'action du vivant au monde et à l'environnement par l'intermédiaire des sens et des idéologies individuelles ou collectives (Doron, 1991). Elle est aussi liée aux mécanismes de cognition par l'abstraction inhérente à l'idée et aux notions apprises dans la pensée.

En somme, la perception, dans ce cadre d'étude est perçue comme la compréhension et l'intériorisation des femmes de la ménopause telle qu'elles aient été façonnées par leur culture d'appartenance.

1.4.2. Vécu

C'est ce qui est réellement produit, dont quelqu'un a été le témoin ou l'acteur (Le Robert, 2011).

Ce sont des attitudes et réactions comportementales. Comportement qui correspond à une disposition psychologique à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose provoquant un comportement, ici attaché à une expression sociale : sentiment de répulsion, de dégoût, de rejet vis-à-vis des femmes ménopausées.

1.4.3. Ménopause

Etymologiquement, le terme ménopause vient du grec ‘‘mênos’’ qui veut dire mois et ‘‘pausis’’ qui signifie cessation (Grand Larousse, 2012).

En effet, la ménopause se définit comme étant la disparition définitive des menstruations par épuisement du capital folliculaire et de la fonction endocrine des deux ovaires ayant comme conséquence, un effondrement de la sécrétion de l'œstradiol et de la progestérone, deux hormones nécessaires à l'organisme de la femme, dont le manque entraîne un certain nombre de phénomènes fonctionnels gênants, et un vieillissement de l'organisme (Doumont et *al*, 2006).

Le diagnostic de ménopause est rétrospectif devant la constatation d'une aménorrhée d'une durée supérieure ou égale à 12 mois.

On distingue dans cette catégorie :

- *la ménopause normale* : qui survient le plus souvent entre 45-55 ans avec un pic de fréquence à 50 ans.
- *la ménopause précoce* : elle est dite précoce lorsqu'elle survient avant 40 ans. Sa cause peut être d'origine génétique.
- *la ménopause tardive* : on parle de ménopause tardive quand elle survient après 55 ans. Ses causes sont indéterminées.

1.5. Revue de littérature

1.5.1. Rappel sur le cycle menstruel normal

Par définition, le cycle menstruel est la période qui sépare le début d'une menstruation au début de la suivante, il dure en moyenne 28 jours mais peut varier d'une femme à l'autre de 25 à 35 jours. La base fonctionnelle des menstruations est la maturation folliculaire cyclique de plusieurs follicules dont un seul, le follicule dominant (follicule de De Graaf) qui va arriver à maturité totale pour se rompre et libérer l'ovule qui sera fécondé en cas de grossesse.

En pratique, on compte comme premier jour du cycle menstruel, le premier jour des règles. Le cycle menstruel est une succession harmonieuse

d'un ensemble de phénomènes physiologiques interdépendants, intéressant l'axe hypothalamo-hypophysaire, les ovaires et l'utérus, et se répétant régulièrement de la puberté à la ménopause en dehors des périodes de grossesse.

En effet, chaque femme possède deux ovaires situés dans le bassin, de part et d'autre de l'utérus auquel ils sont reliés par les trompes de Fallope. L'ovaire contient de nombreux petits follicules, éléments arrondis renfermant chacun un ovule. Les ovaires sont des glandes endocrines secrétant trois types d'hormones génito-sexuelles qui sont responsable du maintien de l'équilibre du fonctionnement génital : les œstrogènes, la progestérone et les androgènes.

Le cycle utérin correspond à une série de modifications cycliques subies chaque mois par l'endomètre en réponse aux variations de concentrations sanguines des hormones ovariennes, les œstrogènes et la progestérone. C'est pour cette raison que les modifications de l'endomètre sont coordonnées avec les phases du cycle ovarien. Ces modifications s'accompagnent de variations de la température basale : courbe thermique aux alentours de 36°5C pendant la phase folliculaire, élévation thermique pendant l'ovulation puis plateau thermique aux alentours de 37°2 C à la phase lutéale.

La menstruation est liée à la desquamation de l'endomètre.

1.5.2. La ménopause

1.5.2.1. Epidémiologie

La ménopause est un phénomène inéluctable qui touche les femmes autour de la cinquantaine. En France, l'âge moyen de survenue de la ménopause se situe peu après 50 ans (50,5 à 52 ans). Le nombre de grossesses, l'âge de la puberté, ou la prise de contraceptifs oraux n'influencent pas l'âge de survenue de la ménopause (même si certaines femmes en font un rapprochement).

L'apparition de la ménopause selon Delanoë (1993) est en relation avec certains facteurs bien documentés :

- ✓ l'hérédité : mère et fille seront ménopausées relativement au même âge ;
- ✓ l'ethnie, le climat, les conditions socio-économiques ;
- ✓ l'état fibromateux retarde l'âge de survenue de la ménopause ;
- ✓ le tabagisme l'avance de 18 mois en moyenne.

La morbidité, importante à l'âge de la ménopause, est en relation d'une part avec les signes fonctionnels propre de ce phénomène, d'autre part avec des pathologies associées à cet âge.

1.5.2.2. Physiologie de la ménopause

La ménopause résulte de la diminution du nombre de follicules ovariens au-dessous d'un certain seuil. La disparition progressive des follicules au cours de la vie est inévitable puisqu'il n'existe pas de régénération des cellules souches. Des sept millions de cellules germinales présentes dans les ovaires humains pendant la vie fœtale, seulement un à deux millions persistent à la naissance. A la puberté, le stock n'est plus que de 300.000 en moyenne et à la ménopause il ne reste qu'environ 1.000 follicules primordiaux dans les ovaires. La disparition pendant la vie génitale paraît ainsi quantitativement négligeable.

Deux phénomènes dont les mécanismes sont encore mal élucidés, contribuent à l'épuisement de la réserve folliculaire avec l'âge :

- ➢ l'atrésie : 50 % des follicules sont atrésiques à la naissance. Ce pourcentage décroît avec l'âge puis se stabilise vers 30-35 ans ;
- ➢ l'entrée en phase de croissance des follicules devient le mécanisme majeur au-delà de 30 ans. Entre 31 et 35 ans, le nombre de follicules est de 25.000 environ. Au-delà de 38 ans, l'épuisement de la réserve folliculaire s'accélère, en raison d'une accélération de l'entrée des

follicules en phase de croissance pour les uns, et d'une accélération de l'atrésie pour les autres.

A la ménopause, l'ovaire ne contient plus que quelques dizaines à quelques centaines de follicules.

L'origine exacte du dérèglement de la fonction ovulatoire aboutissant à la ménopause n'est pas connue.

Parallèlement à l'épuisement du stock folliculaire, on observe une diminution du taux d'inhibine circulant. Il s'ensuit une levée du rétrocontrôle négatif exercé sur la sécrétion de FSH. Le taux de FSH s'élève et ceci malgré des taux normaux ou élevés d'œstradiol. Le taux de FSH dans le plasma peut s'élever plusieurs années avant la ménopause. Après la ménopause, la production quotidienne de FSH est généralement multipliée par 10 avec un taux relativement stable d'un jour à l'autre. Ce taux reste généralement élevé de très nombreuses années après la ménopause.

La LH voit son taux plasmatique s'élever plus tardivement que la FSH et souvent seulement à l'installation de la ménopause. Le taux est multiplié par 5 et peut varier dans une même journée ou d'un jour à l'autre.

L'élévation du taux de FSH plasmatique est responsable d'une maturation folliculaire accélérée et donc de cycles plus court (phase folliculaire raccourcie). Ces cycles d'abord, ponctués d'une ovulation, mais avec une phase lutéale très souvent inadéquate, perdent progressivement leur caractère ovulatoire. Les cycles sont alors irréguliers, souvent anovulatoires ou avec un corps jaune inadéquat.

A la ménopause, la carence en inhibine étant complète, les valeurs sériques de FSH et de LH sont plus élevées que celles que l'on observe au cours du cycle menstruel normal. Contrairement à la période d'activité génitale, à la ménopause complète, l'ovaire ne secrète plus d'œstrogènes mais garde une sécrétion d'androgène.

Selon l'AFEM (Association Française pour l'Etude de la Ménopause) en 2010, les principaux désagréments rencontrés par les femmes lors de la ménopause sont : les bouffées de chaleur, l'état dépressif, la transpiration excessive, l'insomnie, l'atrophie vaginale, l'asthénie, les céphalées, l'altération de la chevelure, les modifications du poids et de la poitrine.

1.5.3. Cas particulier de la ménopause précoce

On parle de ménopause précoce lorsque les signes cliniques et biologiques de défaillance ovarienne permanente surviennent chez une femme de moins de 40 ans. La locution Défaillance Ovarienne Précoce ou Dysfonction Ovarienne Prématurée (DOP) en fonction des auteurs, serait plus adaptée. La DOP désigne de façon générale, toute absence de réponse ovarienne à la stimulation par les gonadotrophines (FSH et LH). A la différence de la ménopause physiologique, l'arrêt du fonctionnement ovarien n'est pas toujours définitif. Aussi, les ménopauses précoces se différencient théoriquement des syndromes des ovaires résistants aux gonadostimulines et des défaillances ovariennes d'origine immunitaire par absence de follicules intra ovariens.

Certains auteurs ont proposé différentes classifications de défaillances ovariennes précoces.

Les manifestations sont polymorphes et très variables d'une femme à une autre. Nous retiendrons essentiellement :

- les troubles neurovégétatifs : céphalées, palpitations, paresthésies (engourdissement, lourdeur, crampes musculaires, …), bourdonnement d'oreille, vertiges, lipothymies (sensation de perte de connaissance) ;
- les troubles psychiques : ils sont liés à la signification que prend pour la patiente cette disparition du cycle mensuel. Au nombre de ces troubles, nous pouvons citer l'insomnie, l'état dépressif, la fatigue, la difficulté de concentration, la faible estime de soi, l'irritabilité

excessive, la nervosité et les troubles de mémoires. L'action bénéfique des hormones sexuelles sur le système nerveux central notamment les fonctions cognitives, est connue depuis près de 20 ans. Tous ces troubles psychiques ne seraient être attribués aux facteurs hormonaux. Il est indispensable de prendre en compte d'autres facteurs d'ordre socio-culturels (l'appartenance à une classe défavorisée, la pauvreté, la survenue d'événement pénible ou traumatisant) qui sont propre a chaque individu ;

- les troubles sexuelles : ils sont secondaires à l'atrophie vulvo-vaginale. On a la baisse de la libido, la dyspareunie, la frigidité. Ces troubles peuvent être accentués en cas de facteurs dépressifs surajoutés ou d'absence de compréhension du partenaire.

1.5.4. Cultures et ménopause

Peu de scientifiques se sont intéressés à l'étude de la ménopause, que ça soit sur le plan médical ou psycho social. En entamant ce travail, nous nous sommes heurtés au manque de manuels et de publications se rapportant à l'aspect social, psychologique et socioculturel de la ménopause, en dehors de quelques écrits de médecine traitant de la ménopause et avec beaucoup de divergences.

Selon Chaby (1995), d'autres civilisations (notamment des tribus d'Afrique noire) confèrent encore au flux menstruel une fonction purificatrice et interdisent, de ce fait les rapports sexuels à partir de l'arrivée de la ménopause, attribuant les troubles de la ménopause et en particulier les ballonnements, à des rapports dont le sperme n'aurait pas été évacué. Le monde islamique, quant à lui, considérait l'arrivée de la ménopause comme l'entrée dans l' « âge du désespoir ». Enfin, dans certaines sectes de l'inde, la femme, en principe exclue des cérémonies religieuses, avait la possibilité d'y participer une fois ménopausée, du fait de la disparition des règles, donc du sang impur.

La ménopause représentait donc selon cette conception, une étape où la femme cessait d'être impure en même temps que féconde.

Mais si la femme pouvait ainsi gagner en respectabilité, elle n'en était pas moins dévalorisée dans ces sociétés où, paradoxalement, elle n'était ‘‘utile’’ qu'autant qu'elle pouvait procréer (Chaby, 1995).

L'auteur poursuivant sa thèse, écrit que les représentations de la ménopause dépendent du contexte économique et culturel d'un pays à un autre. Il cite en exemple la chine actuelle où la femme ménopausée est d'autant plus considérée que le gouvernement cherche par tous les moyens à limiter les naissances. Il continue en écrivant qu'au Japon se manifeste actuellement une tendance à revenir à un style de vie plus traditionnel où la femme aurait moins de loisirs et resterait au foyer.

Dans les années 1850 en France, un médecin écrit « lors de la ménopause, la femme n'a plus le choix qu'entre l'ivrognerie et la dévotion ». Cette image se fonde en grande partie sur une conception traditionnelle du sang menstruel comme poison très dangereux. Or, dans cette représentation humorale de la personne, la femme ménopausée garde en elle ces « humeurs âcres et corrosives et devient elle-même empoisonnée et dangereuse ». (Jamin et Raison, 2006).

Dans ce mensuel de Médecine de la reproduction, selon les aires géographiques, la ménopause est perçue de différentes manières tantôt comme une étape d'épanouissement social, ce cas est rare, tantôt comme un état de régression de diminution de la féminité de la femme, et ce cas est légion. Dès cet instant la femme est considérée comme une personne de mauvais aloi.

Pour d'autres auteurs, la ménopause est vécue comme une perte, une dévalorisation. C'est ainsi que de Beauvoir (1968) écrivait « il lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie adulte. On ne lui a permis

d'avoir prise sur le monde que par la médiation de l'homme : que deviendra-t-elle quand elle n'aura plus de prise sur lui ».

Abordant dans le même sens, Deutsch (1987), excellente clinicienne, dans son livre « la psychologie des femmes » a fait le lien entre le versant socioculturel et le versant psychanalytique. Elle a essayé de cerner l'interdépendance des processus psychique et physiologique du phénomène de la ménopause chez « la femme normale et moderne ». L'auteur nous présente la ménopause comme « une humiliation narcissique, qu'il est difficile de surmonter, la femme perdant alors tout ce qu'elle avait reçu à la puberté : Elle a terminé son existence en tant que créatrice d'une vie nouvelle, elle a atteint sa fin naturelle, sa mort partielle, en tant que servante de l'espèce. Elle est engagée maintenant dans une lutte active contre son déclin ».

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 %. 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 deux (02) questions posées à propos de la ménopause concernaient les aspects positifs et négatifs perçus par les participantes.

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 ;
- les aspects négatifs concernent tous les symptômes physiques et mentaux désagréables, en plus des représentations de la vieillesse et de la mort.

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

- des facteurs sociaux et démographiques (niveau de formation initiale et niveau de formation continue, statut matrimonial, etc.) ;
- 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 ;
- 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 ; et
- 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.

Une autre étude épidémiologique nationale SOFRES réalisée en 2003 auprès de 1586 femmes et 1580 hommes 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 % (Bercier, 2003).

Un rapport de l'OMS réalisé en 1996, 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. En effet, la femme ménopausée va pouvoir bénéficier ou être privée des privilèges de son nouveau statut. Si la femme se trouve dépossédée des privilèges liés à la maternité ou à la séduction physique, elle y gagne en revanche une revalorisation sur d'autres plans et d'autres niveaux.

Ammar (1988) rappelle ainsi que la femme musulmane acquiert généralement plus de dignité et de vie autonome à partir d'un certain âge : à sa ménopause. Enfin de compte, c'est souvent la période la plus agréable de sa vie, celle où elle est enfin plus indépendante, moins soumise aux caprices de l'homme et bénéficiant de plus d'autorité sur les autres femmes. C'est pour elle la nomination à une position honorable et la fin des tabous attachés à la fonction féminine, le droit de sortir dévoilée, l'accès aux cultes, aux rites et aux objets sacrés. Benedek (1950) avance que la capacité de la femme à se réorganiser, dépend de sa personnalité. L'idée que la personnalité antérieure joue un rôle important dans l'expérience de la ménopause, est reprise par Dolto (1989).

Dans le chapitre suivant, nous aborderons le milieu physique, cadre de l'étude et l'approche méthodologique adoptée.

CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a lieu au CNHU-HKM dans le service de Rhumatologie.

Le choix de ce centre tient sa raison du fait que le CNHU-HKM est l'hôpital de référence par excellence sur le plan national et puisque situé à Cotonou (ville cosmopolite), on a la possibilité d'atteindre la plupart des groupes socio-démographiques. Aussi, la ménopause n'étant pas un motif fréquent de consultation au Bénin, nous avons choisi une unité qui nous offre la possibilité d'avoir un nombre important de femmes ménopausées en une durée relativement courte : le Service de Rhumatologie.

En réalité, vu les affinités de notre sujet d'étude avec la Gynécologie, on serait tenté de croire que nos recherches s'effectueraient dans un service de Gynécologie-Obstétrique. Mais grande a été notre surprise de constater sur le terrain que, sur une durée d'environ quatre (04) semaines, il n'y a pratiquement pas de femmes ménopausées en consultation et les quelques-unes qu'on n'a eût à rencontrer sont celles ayant subies une hystérectomie (ablation de l'utérus).

2.1.1. Brève présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

C'est le plus grand hôpital du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier Président de la République dont il porte aujourd'hui le nom. Avec une capacité de 350 lits à sa création, l'hôpital est devenu un centre hospitalo-universitaire en 1973. Hôpital de référence sur le plan national, le CNHU-HKM est un centre de soins, de recherches et de formations pratiques pour les agents de santé de toute catégorie.

C'est au sein de cet hôpital de référence sous-régional que se situe le Service de Rhumatologie, cadre physique de notre recherche.

2.1.2. Le Service de Rhumatologie du CNHU-HKM

La rhumatologie est la spécialité médicale qui s'occupe des maladies des articulations (rhumatismes) et des os ainsi que de certaines maladies des muscles et nerfs. Ce service est née de la scission entre 1991-1992 de la médecine générale en deux unités (médecine A et médecine B) comportant chacune trois services. La médecine A comporte les services de Rhumatologie, de Néphrologie et de médecine interne et la médecine B, les services de Neurologie, d'Endocrinologie et d'Hepato-gasto-entérologie.

Il est situé entre le service de Pédiatrie et la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU (CUGO/CNHU). Il est actuellement dirigé par le professeur ZOMALETO.

2.1.2.1. Le personnel

Il comprend :

- un (01) chef service ;
- deux (02) médecins spécialistes en rhumatologie ;
- une (01) surveillante ;
- une (01) secrétaire ;
- quatre (04) infirmiers ;
- quatre (04) aides-soignants.

2.1.2.2. Les infrastructures

Ce service dispose de :

- une (01) salle de consultation située dans un bloc à l'extérieure du service appelé Médecine externe à côté du service de Psychiatrie ;
- deux (02) salles (communes) d'hospitalisation dont une pour les hommes avec 04 lits et une pour les femmes avec 08 lits ;

- deux (02) cabines pour les hospitalisations en privés (en catégories) avec 02 lits ;
- un (01) secrétariat ;
- deux (02) bureaux : un pour le chef service et l'autre pour les médecins ;
- des toilettes.

2.1.2.3. L'organisation

Le service de rhumatologie fonctionne suivant un planning qui lui est propre. Il s'agit des :

- lundis, il y a la visite générale avec tous les médecins ;
- mardis mercredis et vendredis, les médecins consultent chacun un jour. Lorsque l'un est en consultation, les autres font la visite en salle d'hospitalisation ;
- jeudis, il y a staff dans le service.

Les infirmiers s'alternent suivant un régime de permanence et de garde.

2.2. Démarche méthodologique

Cette partie s'articule autour des données recueillis en fonction de leur nature, de l'échantillonnage, des techniques et des outils de collecte des données, du traitement des données et des difficultés rencontrées.

2.2.1. Nature de l'étude

En sciences humaines et sociales, un travail de recherche fait appel à des aptitudes scientifiques. Dans cette logique et dans le but d'aboutir aux objectifs fixés, notre étude s'est faite suivant une dimension tant qualitative que quantitative. Elle a duré un (01) mois, c'est-à-dire du 26 juillet au 26 Août 2017.

2.2.2. Population d'étude

Elle rassemble toutes les patientes ménopausées, hospitalisées et celles ayant consultées en rhumatologie durant notre période d'étude. Aussi, elle s'est portée sur quelques professionnels de soins (gynécologues-obstétriciens, psychiatres, rhumatologues, psychologues).

2.2.3. Echantillonnage

Il s'agit des techniques d'échantillonnage, aux critères de choix et de la taille retenue.

2.2.3.1. Technique d'échantillonnage

Le groupe cible étant déterminé, nous avons, pour définir notre échantillon, fait usage à la technique d'échantillonnage par commodité. Cette technique consiste à choisir de façon aléatoire toutes les femmes qui répondent à nos critères prédéfinis.

2.2.3.2. Critères de choix

Les critères d'inclusion sont :

- être ménopausée de nationalité béninoise ;
- avoir consultée ou être hospitalisée dans le service durant la période d'étude ;
- avoir répondu ‘‘Oui’’ au consentement éclairé de la recherche.

Sont exclues de cette étude :

- les femmes non ménopausées ;
- les femmes ménopausées n'ayant pas la nationalité béninoise ;
- les femmes n'ayant pas consulté dans le service ;
- les femmes ayant répondu ‘‘Non’’ au consentement éclairé de la recherche.

2.2.3.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée suivant la formule de Schwartz :

$$n = z^2 \times \frac{p(1-p)}{i^2}$$

où :

n = taille requise de l'échantillon

z = niveau de confiance

p = prévalence des femmes ménopausées au Bénin

i = précision

Dans le calcul de la taille de l'échantillon,

⇨12,2 % a été la valeur utilisée pour la prévalence « p ». Elle correspond à la prévalence de la ménopause au Bénin selon les statistiques nationales (EDSB-IV Bénin 2013-2014) ;

⇨ 95 % est le niveau de confiance généralement utilisé (dans ce cas, z = 1, 96) ;

⇨la précision « i » étant fixée à 7 %. Cette marge est retenue dans l'intervalle de 5 % (souvent admis) à 10 % (la marge maximale), elle correspond donc à une marge optimale.

Ceci a permis d'aboutir à une taille minimale de 84 femmes ménopausées. Pour assurer une meilleure représentativité de notre échantillon, une marge de 10 % a été prévue à la taille de l'échantillon.

Ainsi donc, la taille de notre échantillon est de 92 femmes en situation de ménopause ; avec quatre (04) personnes ressources.

Au total, 96 personnes ont été enquêtées.

2.2.4. Collecte des données

2.2.4.1 Recherche documentaire

Cette phase s'est basée essentiellement sur les investigations qualitatives de toutes documentations ayant rapport avec notre sujet d'étude. Elle nous a conduite dans un premier temps dans les institutions suivantes : le ministère de la Santé (MS) ; l'Institut National de Statistique et d'Analyse Economique (INSAE) ; l'Association Béninoise pour la Planification Familiale (ABPF).

Dans un second temps vers centres tels que : la bibliothèque du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE), la grande bibliothèque de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), la bibliothèque de la Faculté des sciences de la Santé (FSS), les bibliothèques du Centre Culturel Français (CCF), du CID (Centre d'Information et de Documentation), au centre de documentation du CUGO/CNHU.

Les données obtenues ont été complétées par des informations issues des entretiens avec les personnes ressources. Des recherches complémentaires ont été faites sur internet.

Pour conduire notre travail, nous avons fait recours à l'observation et à l'entretien.

L'observation participante nous a permis de recenser les états émotionnels des femmes en situation au Centre.

En ce qui concerne l'entretien, il concerne le questionnaire adressé aux femmes ménopausées que nous avons utilisé pour la collecte des données de notre étude, ils se composent de questions fermées et des questions à choix multiples. Les questions ont été élaborées en fonction de la cible et des objectifs que nous nous sommes fixés.

En ce qui concerne les entrevues (guide d'entretien), des rencontres ont été planifiées avec les personnes ressources. Ce guide d'entretien a été élaboré

à l'endroit de quelques professionnels de santé (gynécologues, rhumatologues, psychologues, etc.).

Pour réaliser notre enquête envers les femmes, nous avons fait recours à deux méthodes :

- *la méthode d'enquête par questionnaire* : elle a concerné toutes les femmes de notre échantillon
- *la méthode d'entretien individuel* : elle a concerné cinq (04) cas de l'échantillon que nous avons jugés susceptibles d'objet d'étude.

S'agissant de l'enquête proprement dite, nous avons procédé dans un premier temps à un pré-test qui nous a permis de mieux peaufiner notre questionnaire. Il a duré deux (02) jours.

Grâce à l'autorisation du chef service de la rhumatologie, nous avons eu de la facilité à administrer notre questionnaire aux femmes individuellement. Au cours de l'enquête, nous nous sommes confrontés à cinq (04) cas dont les tableaux nous ont interpellés. Face à cela, nous avons dû réaliser des entretiens individuels par la suite.

2.2.5. Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été réalisé par un statisticien épidémiologiste. Nous avons adopté un mode de traitement statistique et les données qualitatives collectées ont été soumises à l'analyse de contenu par le codage, la catégorisation, la triangulation et l'interprétation.

A cet effet, les logiciels utilisés pour le traitement et l'analyse des données recueillies sur le terrain sont Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 2.0 et Microsoft Excel et Word (2010) pour le texte, les tableaux et figures.

Cependant les données n'ont pas été recueillies sans difficultés.

2.2.6. Difficultés rencontrées

A l'instar de tout travail de recherche, il existe des limites et des difficultés relatives à notre travail. Nous avons été confrontés à des difficultés au cours de l'exploitation documentaire et au cours de l'enquête sur le terrain. A part les quelques thèses de doctorat en médecine, peu d'ouvrages africains, voire béninois ont traité du sujet. La plupart des ouvrages que nous avons consultés datent de plus de dix (10) ans, donc très anciens. Il n'y a pratiquement pas de recherches antérieures en psychologie au bénin sur le thème. La réticence de certaines femmes face à l'enquête du fait du caractère plus ou moins intime du sujet et de la récurrence des enquêtées dans le centre. L'impossibilité de certaines femmes à achever le questionnaire du faite de la réémergence de souvenirs refoulés. La non disponibilité de nos personnes ressources pour renseigner à temps, notre guide d'entretien. Il faut aussi ajouter les intempéries climatiques qui n'ont pas facilité nos déplacements.

2.2.8. Considérations éthiques

Des règles d'éthiques et de déontologies sont respectées et annoncées aux enquêtés. Avant de collecter les données, nous expliquons aux cibles qui feront l'objet de notre étude le but de notre enquête en mettant l'accent sur l'anonymat des personnes en vue de garantir la confidentialité des données de notre recherche. Aussi, nous nous sommes engagés à ne divulguer rien de sensible, si ce n'est nécessaire et autorisées.

Malgré ces difficultés et dispositions, nous avons pu réaliser notre étude dont nous présentons à présent les résultats.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons les principaux résultats du terrain relatifs aux perceptions, aux causes et aux conséquences de la ménopause sur la femme à Cotonou.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Elles concernent les classes d'âge, la situation matrimoniale, le type de ménage, le niveau d'éducation, la profession, l'ethnie et la religion.

3.1.1. Tranche d'âge

Le tableau I nous présente la tranche d'âge des femmes.

Tableau I: Répartition des femmes enquêtées selon la classe d'âge

Classes d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
[35-40[	3	3,3
[40-45[	6	6,5
[45-50[	10	10,9
[50-55[	16	17,4
[55-60[	31	33,7
Plus de 60 ans	26	28,3
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Il ressort de l'analyse de nos données que 79,4 % des femmes enquêtées ont un âge supérieur ou égal à 50 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à partir de cet âge, les problèmes de santé deviennent de plus en plus fréquents et que les femmes se sentent obligés de consulter pour mieux se porter.

3.1.2. Situation matrimoniale

La figure suivante dévoile la situation matrimoniale.

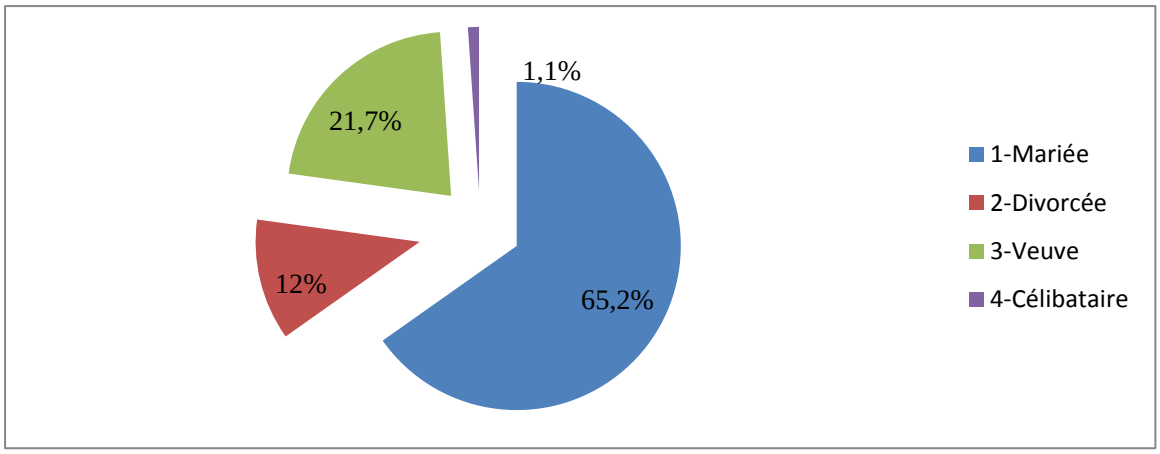


Figure 1: Répartition des femmes enquêtées selon la situation matrimoniale

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

La répartition des femmes selon la situation matrimoniale montre que 65 % d'entre elles sont mariées et 22 % sont veuves et seulement 1 % sont célibataire. L'importance du mariage dans la société béninoise se reflète aisément si bien que les femmes ont une certaine crainte à se déclarer célibataire.

De quel type de ménage ressorte-elle ?

3.1.3. Type de ménage

Il est représenté par la figure ci-après.

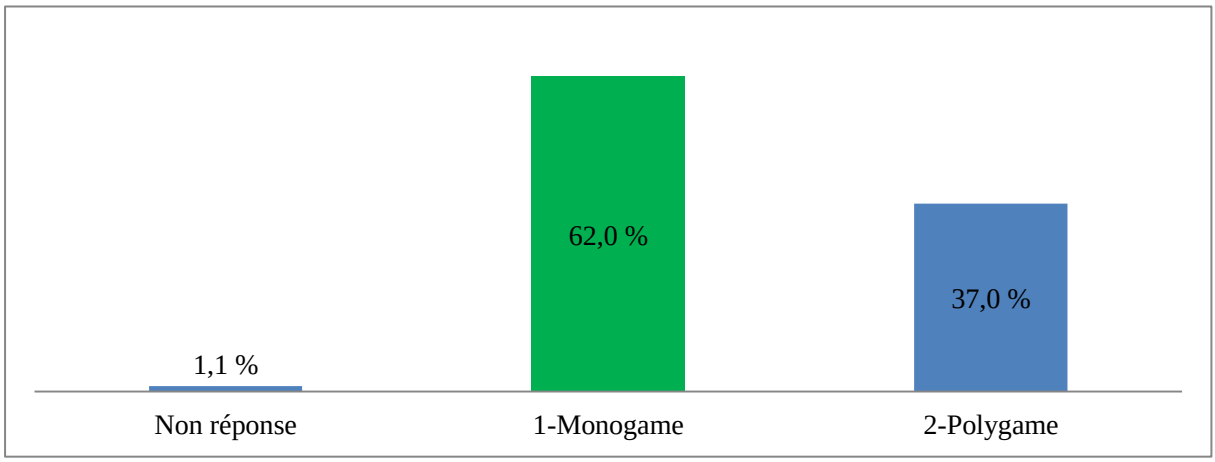


Figure 2: Répartition des femmes enquêtées selon le type de ménage

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

62 % des femmes ayant subi l'enquête vivent selon le régime monogamique. Seules 37 % d'entre elles vivent selon le régime polygamique. Cependant, il faut noter qu'il y a une importante fraction de familles reconstituées au sein des familles monogames de notre échantillon.

Ont-elles reçues l'éducation au cours de leur vie ?

3.1.4. Education

Elle est relative à la forme d'education recue et du niveau atteint.

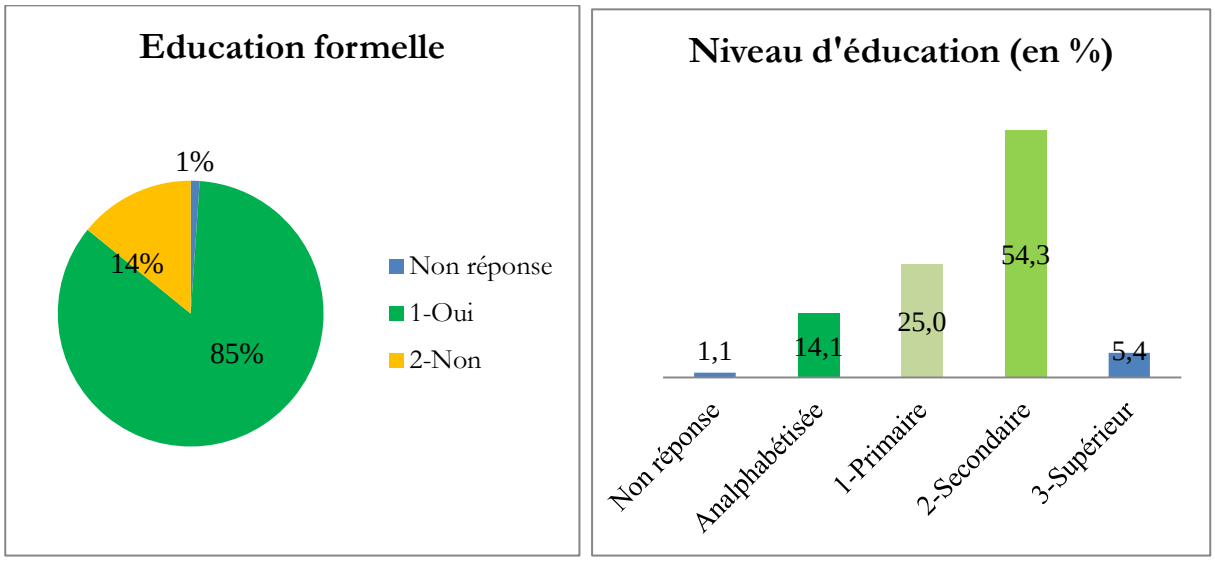


Figure 3 : Répartition des femmes enquêtées selon l'éducation et le niveau d'éducation

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

De ces deux figures, il ressort dans un premier temps que 85% des femmes enquêtées ont reçu une éducation formelle ; c'est-à-dire qu'elles ont fréquenté contre 14 %. Il ressort dans un second temps que parmi ces femmes enquêtées, 25 % et 54,3 % ont respectivement fait le niveau primaire et le niveau secondaire. Seul 5,4 % de ces femmes ont pu aller jusqu'au niveau supérieur.

3.1.5. Ethnie

Elle est représentée par la figure 5.

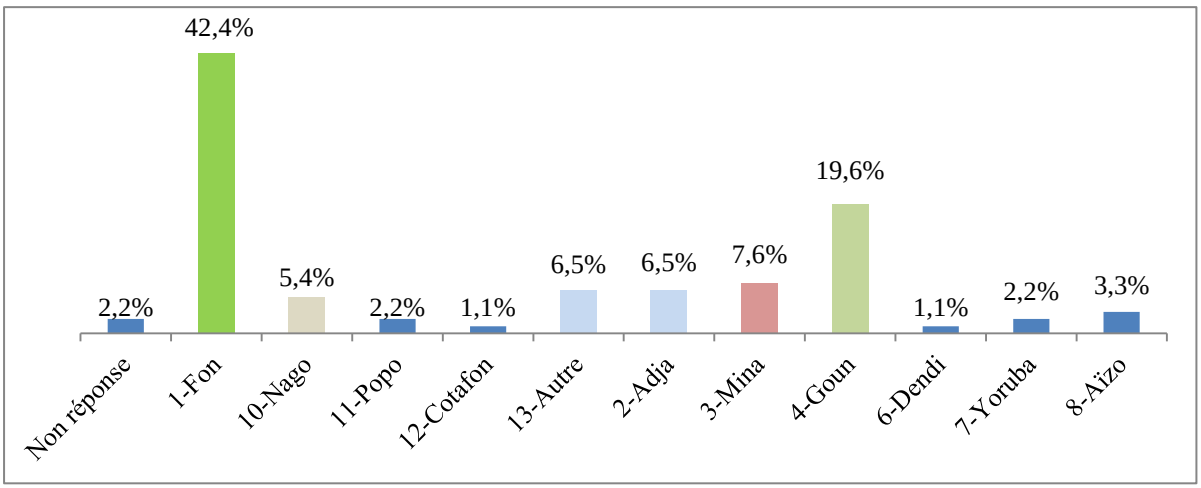


Figure 4: Répartition des femmes enquêtées selon l'ethnie

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

La ville de Cotonou regroupe plusieurs ethnies. De l'analyse de nos données, il ressort que les Fon sont bien représentées avec 42,4 %. S'en suit les Goun qui comptent pour 19,6 % des enquêtées.

3.1.6. Profession

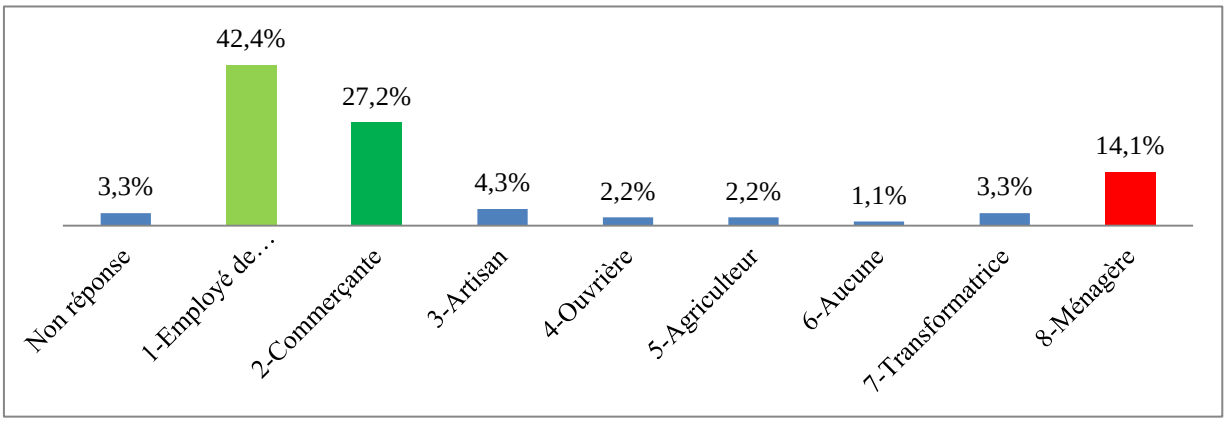


Figure 5: Répartition des femmes enquêtées selon la profession

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

La figure 6 montre que 42,4 % des femmes qui ont subi l'enquête sont des employées de bureau/Fonctionnaires. Il s'en suit les commerçantes et les ménagères qui représentent respectivement 27,2 % et 14,1 % des enquêtées.

3.1.7. Religion

Le tableau II nous expose la religion des femmes.

Tableau II: Répartition des femmes enquêtées selon la religion

Religion	Effectifs	Pourcentage (%)
Non réponse	1	1,1
Catholique	67	72,8
Protestante	4	4,3
Evangélique	13	14,1
Islamique	2	2,2
Animiste	2	2,2
Autres	3	3,3
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Le tableau II montre que la religion dominante lors de notre enquête constitue la religion catholique avec un pourcentage de 72,8 %. Ceci reflète les statistiques de l'EDSB-IV Bénin 2013-2014 qui montrent que la religion dominante chez les femmes au Bénin est la religion catholique avec un pourcentage de 32,9 %.

3.2. Perception de la ménopause par les femmes

Elle est relative aux données essentielles des femmes en connaissance ou non de la ménopause, de la signification et des aspects liés à la féminité.

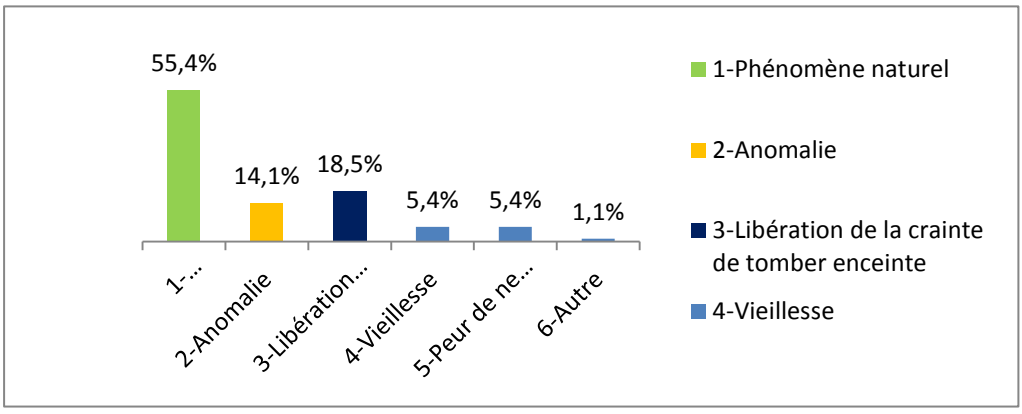


Figure 6: Répartition des femmes enquêtées selon la signification de la ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

De l'analyse des données, il ressort que 55,4 % des femmes enquêtées pensent que la ménopause est un phénomène naturel. 18,5 % d'entre- elles pensent également que la ménopause est une libération de la crainte de tomber enceinte. Il est à noter aussi que 14,1 % des femmes considèrent la ménopause comme étant une anomalie.

Tableau III: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles ont perdu ou non leur féminité

Impression féminité	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Non réponse	5	5,4
Oui	28	30,4
Non	59	64,1
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Le tableau III montre que sur l'ensemble des femmes enquêtées, 30,4 % d'entre elles affirment avoir perdu leur féminité.

Les informations croisées donnent le tableau IV.

Tableau IV: Données croisées entre les femmes ayant perdu ou non leur féminité et leurs justifications

	Impression féminité			
	Non réponse	Oui	Non	Total
Non réponse	5	14	48	67
Abandon de mon mari	0	1	1	2
Absence d'envie	0	6	0	6
Aucun changement, Toujours la même	0	0	2	2
Choix personnel	0	0	2	2
Je me sens toujours femme. Besoin de toujours avoir des rapports	0	0	4	4
Je ne fais plus d'enfants	0	3	0	3
La ménopause est un phénomène naturel	0	0	2	2
On devient une cuisinière pour l'homme	0	1	0	1
Sa venue a été accompagnée de maladies	0	1	0	1
Sensation de vieillissement	0	2	0	2
Total	**5**	**28**	**59**	**92**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Le tableau IV montre que 37,31 % des femmes (25/92) ont pu justifier pourquoi estiment elles avoir perdu ou non leur féminité. En effet, la ½ de celles qui ont répondu Oui a pu se justifier contre environ 1/5 pour celles qui ont répondu Non, ceci témoigne à quel point les femmes béninoises ont du mal à extérioriser leur ressentis.

Elles se sont aussi exprimées par rapport aux sollicitations sexuelles de la part de leurs maris. Le tableau V l'explique.

Tableau V: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles répondent ou non aux sollicitations sexuelles de leurs conjoints

Répondre sollicitation sexuelle époux	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Non réponse	8	8,7
Oui	34	37,0
Non	50	54,3
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Du tableau V, il ressort que 37 % des femmes enquêtées répondent toujours aux sollicitations de leurs conjoints.

Que représente alors pour elle l'acte sexuel ?

La figure 8 nous édifie.

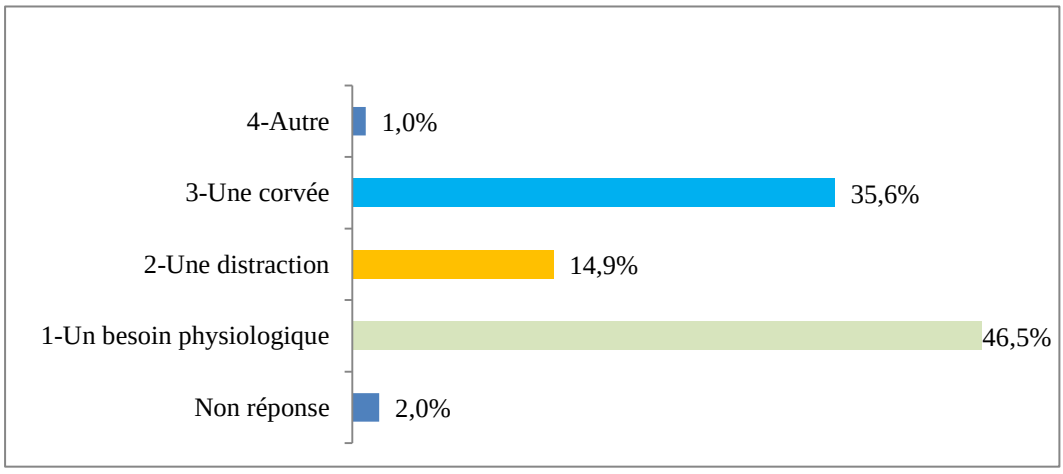


Figure 7: Répartition des femmes enquêtées selon ce que l'acte sexuel représente

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Face à cette question adressée aux femmes enquêtées, plusieurs réponses ont été fournies par elles. La figure 8 montre que la plupart des femmes estiment que l'acte sexuel est non seulement un besoin psychologique (46,5 %) mais aussi une corvée (35,6 %).

Ont-elles besoin d'entretenir de relations sexuelles en temps et en nombre ?

Tableau VI: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles ont le besoin d'entretenir de relations sexuelles

Besoin d'entretenir relations sexuelles	Effectifs	Pourcentage (%)
Non réponse	1	1,1
Oui	45	48,9
Non	46	50,0
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

De l'analyse des données, il ressort que 48,9 % des femmes enquêtées sentent toujours le besoin d'entretenir des relations sexuelles contre 50 %.

Tableau VII: Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles arrivent ou non à satisfaction des besoins sexuels

Arrivez-vous à satisfaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Non réponse	24	26,1
Oui	23	25,0
Non	11	12,0
Pas toujours	34	37,0
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Du tableau VII, il ressort que 25 % des femmes arrivent à satisfaction lors de leurs rapports sexuels. Il est à noter aussi que 37 % des femmes affirment ne pas toujours arriver à satisfaction.

3.3. Manifestations de la ménopause chez les femmes enquêtées

Elles sont plurifactorielles et se résument à travers la figure 9.

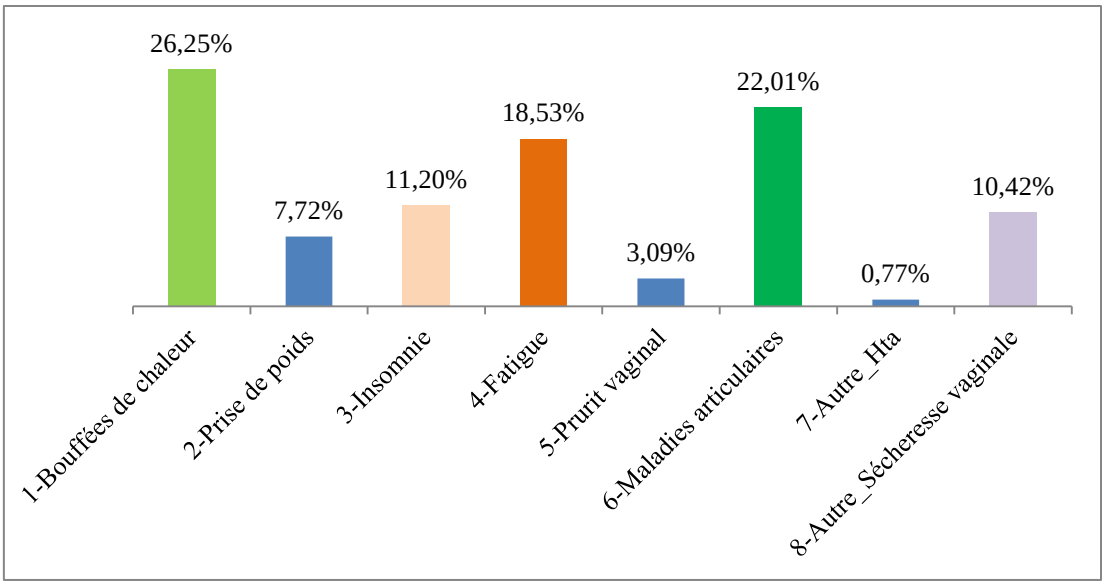


Figure 8: Répartition des femmes enquêtées selon les manifestations de la ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Plusieurs réponses ont été données par les femmes enquêtées lorsqu'on leur a demandé les manifestations de la ménopause qui les concernent. De la figure 9, il ressort que les manifestations les plus citées sont relatives aux bouffées de chaleur, aux maladies articulaires, à la sécheresse vaginale, aux fatigues et à l'insomnie.

Il apparait également des troubles de comportement chez ces femmes qui se traduisent par la figure suivante.

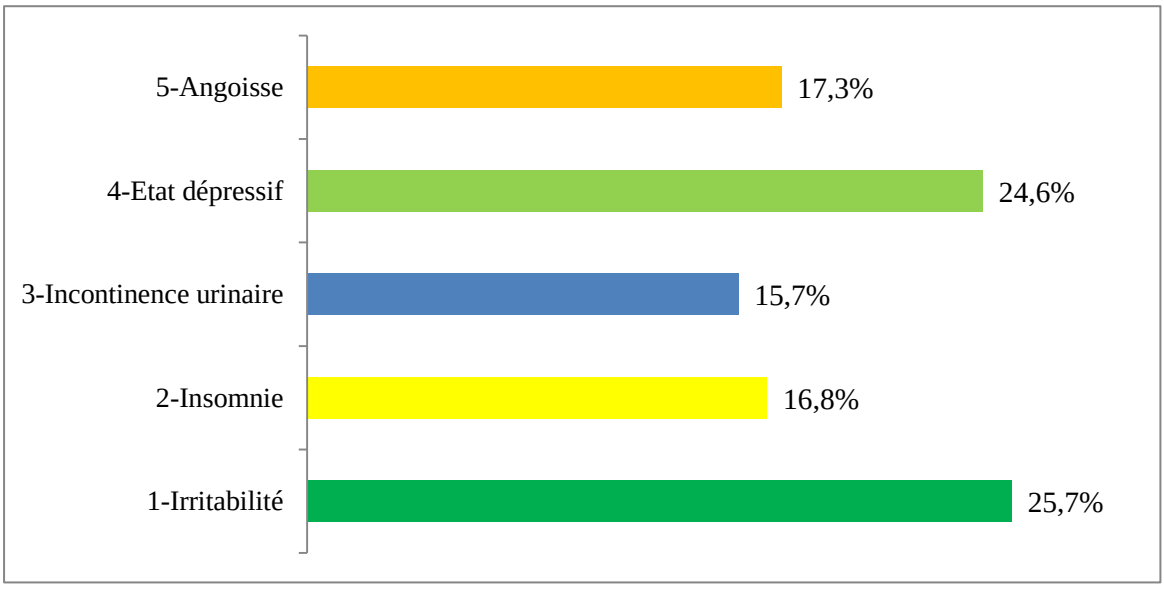


Figure 9: Répartition des femmes enquêtées selon les troubles de comportement

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

L'analyse des données relative aux troubles de comportements sur les femmes enquêtées montre qu'elles affirment qu'elles sont sujettes à plusieurs troubles comportementaux. En effet, de la figure 10, les troubles les plus fréquents sont relatifs à l'irritabilité, à un état dépressif puis à l'angoisse.

Quels sont alors l'impact des troubles sur leur vie ?

Tableau VIII: Répartition des femmes enquêtées selon l'impact des troubles sur leur vie

Impact des troubles	Effectifs	Pourcentage (%)
Non réponse	25	27,2
Oui	56	60,9
Non	11	12,0
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Du tableau VIII, il ressort que les troubles comportementaux cités par les femmes enquêtées affectent 60,9 % d'entre elles.

Quel est alors l'âge de leurs premières menstrues ?

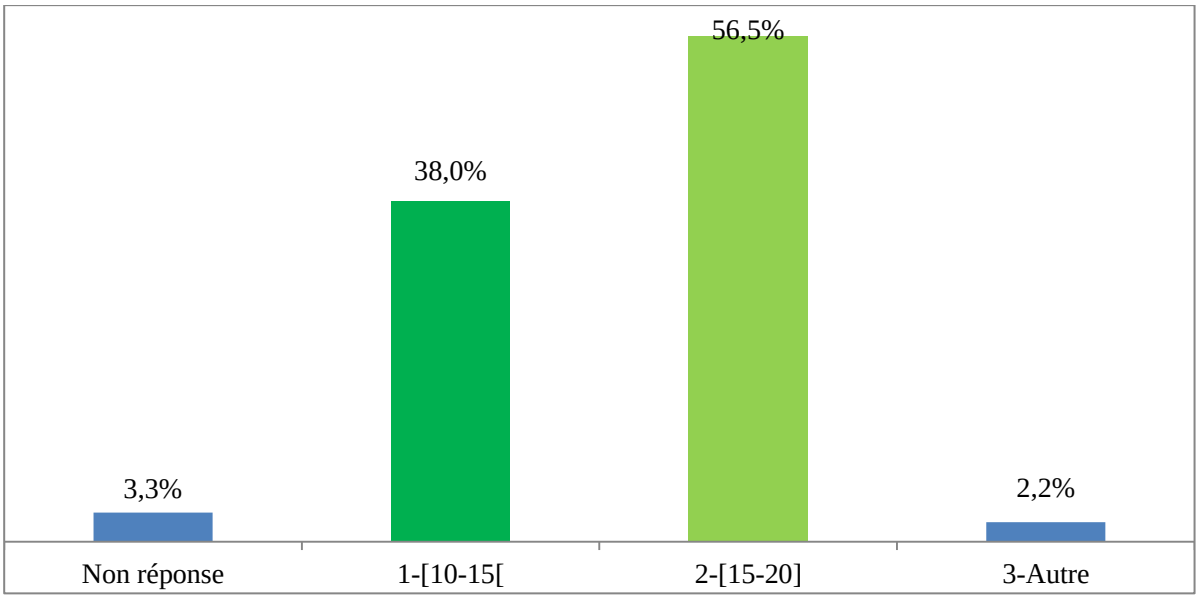


Figure 10: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge des 1ères règles

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

56,5 % des femmes enquêtées dans le service de rhumatologie se souviennent avoir eu leurs premières menstruations entre 15 et 20 ans. 38 % l'ont eu par contre un plus tôt, c'est-à-dire avant leurs 15 ans.

A quel âge, ont-elles enfantées ?

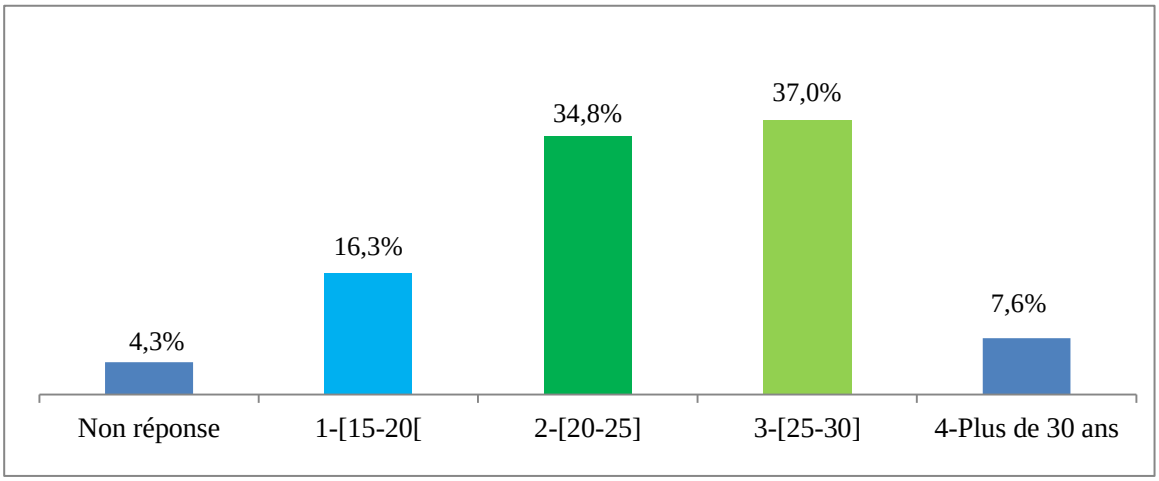


Figure 11: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge au 1er geste

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Il ressort de cette figure que 71,8 % des femmes enquêtées ont effectués leur premier geste entre 20 et 30 ans. En effet, 37 % de ces femmes ont fait leur premier geste entre 25 et 30 ans tandis que 34,8 % l'ont eu entre 20 et 25 ans. On remarque aussi un pourcentage non négligeable (16,3 %) de femmes ayant accouché pour la première fois très jeune, c'est-à-dire entre 15 ans et moins de 20 ans.

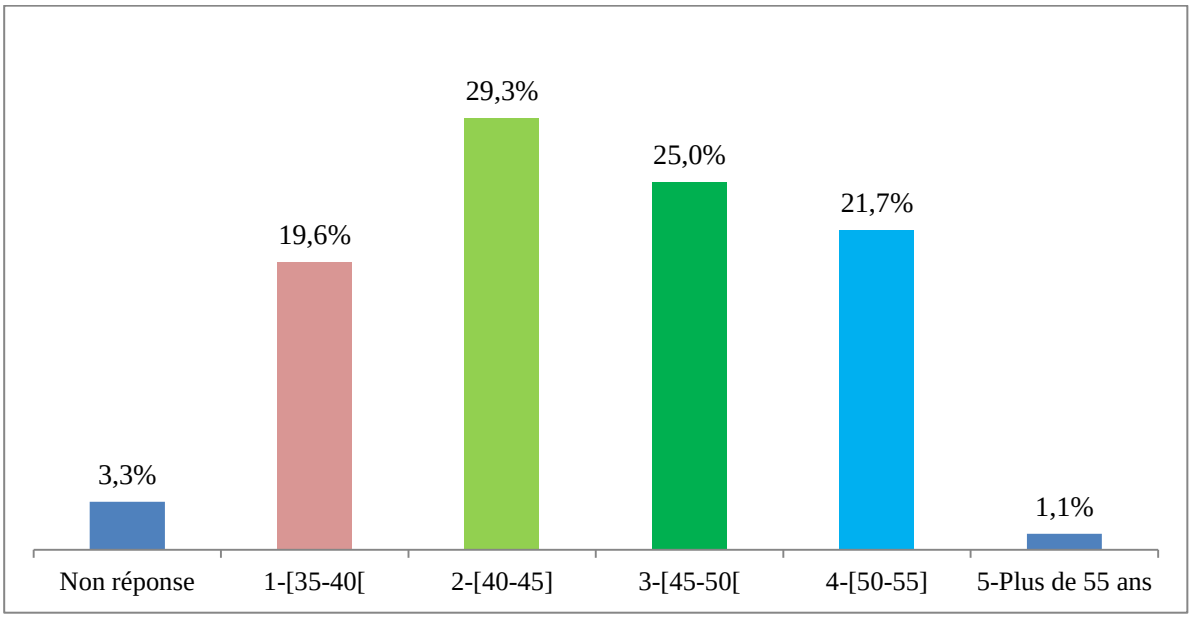


Figure 12: Répartition des femmes enquêtées selon l'âge de la survenue des dernières règles

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

En ce qui concerne l'âge de la survenue des dernières règles, fort est de constater que 29,3 % ; 25 % et 21,7 % des enquêtées l'ont eu respectivement entre [40-45[ans, [45-50[ans et [50-55] ans. Il est tout de même important de remarquer que 19,6 % des enquêtées âgées entre 35 et moins de 40 ans n'obtiennent plus déjà leur cycle mensuel.

Désiraient-elles de procréer en ce moment ?

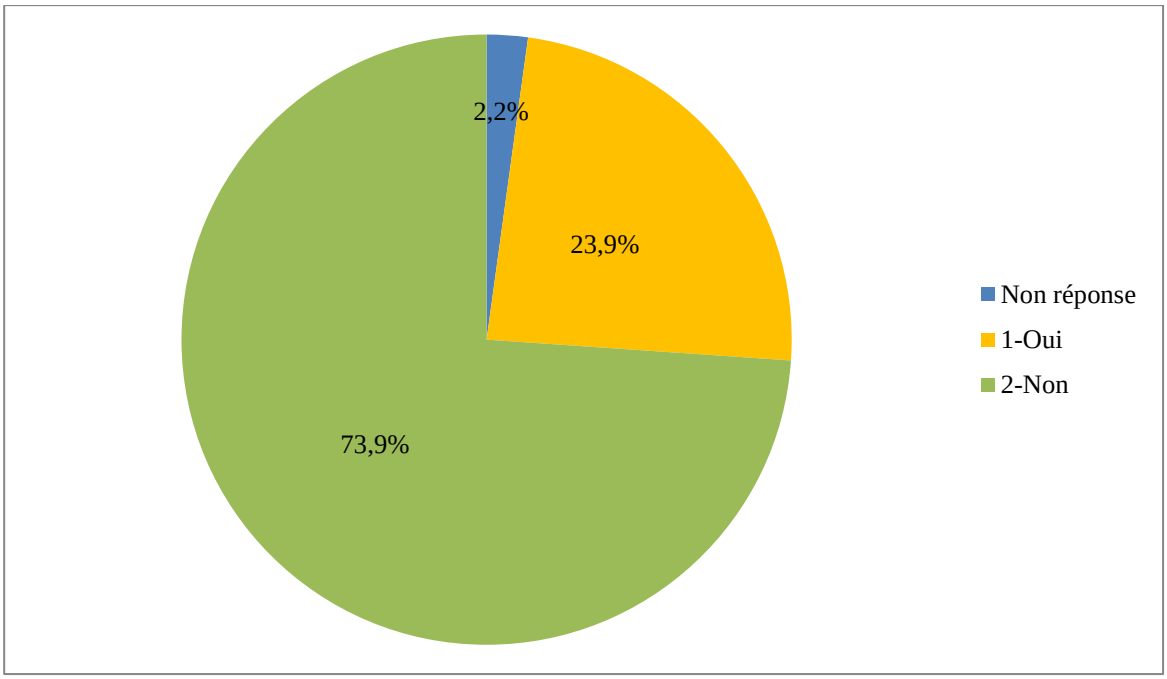


Figure 13: Répartition des femmes enquêtées selon le désir de procréer

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Il ressort de la figure 14 que sur les 92 femmes enquêtées, 23,4 % nourrissent encore le désir de procréer contre 73,9 % d'entre elles.

Face à ce désir, leurs tentatives ont été diverses. En effet, certaines d'entre elles font recours aux médicaments traditionnels, d'autres à l'ABPF (Association, Béninoise pour la Planification Familiale). Certaines d'entre ces femmes ont eu à faire plusieurs cerclages tandis que d'autres ont reçu le refus de leur mari pour une consultation du couple.

Les données croisées des variables âge de la survenue des dernières règles et le désir de procréer donnent les résultats ci-après.

Tableau IX: Données croisées entre l'âge de la survenue des dernières règles et le désir de procréer

Age de la survenue des dernières règles et désir de procréer						
			Désir de procréer			Total
			Non réponse	Oui	Non	
Age de la survenue des dernières règles	Non réponse	Effectif	0	0	3	3
		% en lien	0,0	0,0	100	100
	1-[35-40[	Effectif	1	9	8	18
		% en lien	5,6	50	44,4	100,0
	2-[40-45[	Effectif	0	5	22	27
		% en lien	0,0	18,5	81,5	100
	3-[45-50[	Effectif	0	3	20	23
		% en lien	0,0	13	87	100
	4-[50-55[	Effectif	1	4	15	20
		% en lien	5	20	75	100
	5-Plus de 55 ans	Effectif	0	1	0	1
		% en lien	0	100	0	100
Total		**Effectif**	**2**	**22**	**68**	**92**
		% en lien	**2,2**	**23,9**	**73,9**	**100**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Le croisement entre l'âge de la survenue des dernières règles et le désir de procréer nous révèle qu'à l'exception de la femme de plus de 55 ans (n=1), le désir de procréer diminue radicalement à partir de 40 ans. En effet, 50 % des femmes entre 35 et 40 ans (non inclus) souhaitent malheureusement toujours avoir d'enfants contre 18,5% à partir de 40 ans.

La figure 15 nous renseigne sur les données croisées des variables désir de procréer et impact des troubles.

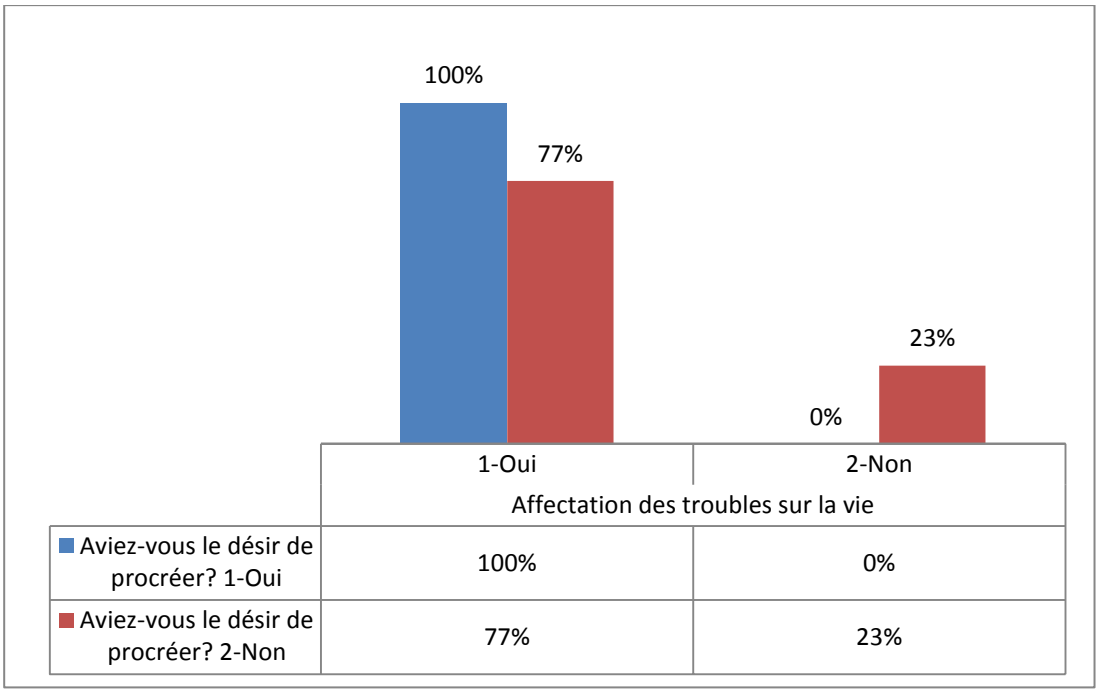


Figure 14: Croisement entre le désir de procréer et l'impact des troubles sur la vie

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

La figure 15 fait ressortir le lien entre les femmes enquêtées qui désirent procréer ou non avec l'affectation des troubles comportementaux sur leurs vies. En effet, on remarque que la totalité des femmes qui désirent toujours avoir d'enfants affirment que les troubles comportementaux liés à la ménopause affectent réellement leurs vies. Par contre, pour celles qui ne désirent plus procréer, 23 % affirment que les troubles comportementaux liés à la ménopause n'influencent pas leurs vies.

Mais qui vous a parlé de la ménopause pour la première fois ?

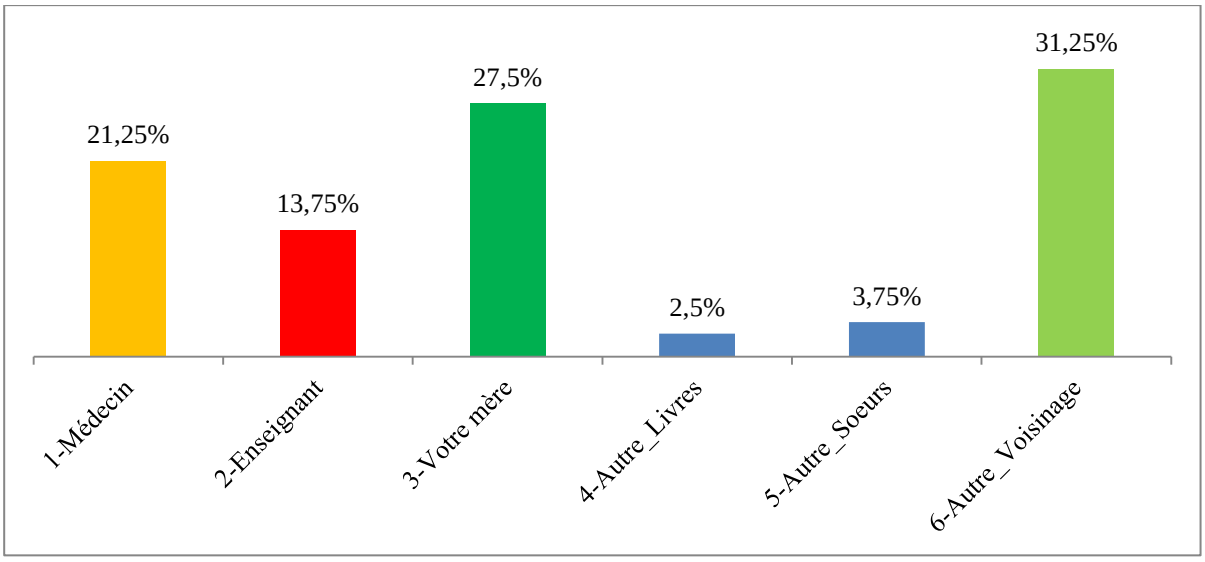


Figure 15: Répartition des femmes enquêtées selon le moment où elles ont connu la ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

31,25 % des femmes enquêtées ont eu connaissance de la ménopause par leur entourage, leur voisinage. 27,5 % d'entre elles ont eu des échanges à ce sur sujet avec leur mère tandis que 21,25 % ; par un médecin.

Etiez-vous surprise par la survenue de votre ménopause ?

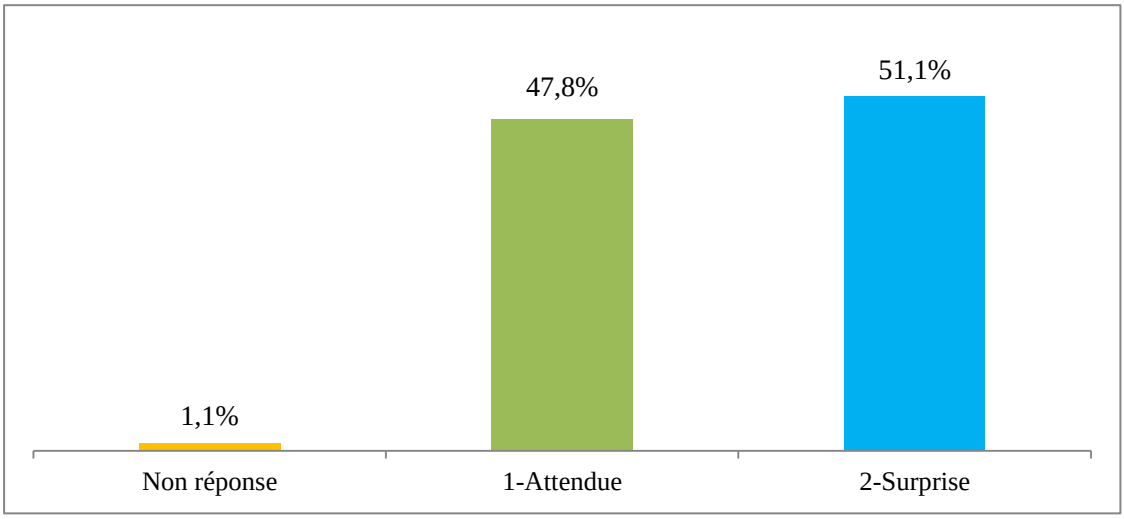


Figure 16: Répartition des femmes enquêtées selon la survenue de la ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

L'analyse des données relative à la survenue de la ménopause montre une répartition presque équitable entre les modalités de la variable. En effet, 51,1 % des femmes considèrent la survenue de la ménopause comme étant une surprise lors de son arrivée contre 47,8 % qui l'attendaient déjà.

Tableau X: Répartition des femmes enquêtées selon les prérequis sur la ménopause

Prérequis sur la notion	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
Non réponse	3	3,3
Oui	39	42,4
2Non	50	54,3
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Le tableau X montre que plus de la moitié des femmes enquêtées (54,3%) disent ne pas avoir des prés requis sur la ménopause.

Qui vous aide alors à bien vivre votre ménopause ?

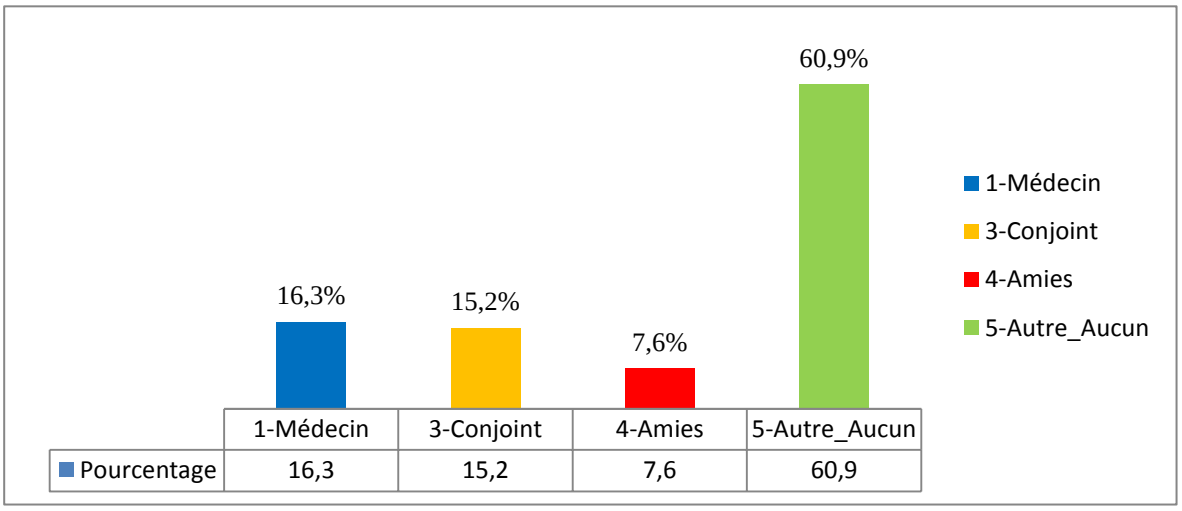


Figure 17: Répartition des femmes enquêtées selon celui qui aide le plus à vivre leur ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

La figure 18 montre que 60,9 % des femmes affirment que personne ne les aident à vivre leur ménopause. 16,3 % d'entre elles disent que c'est le

médecin qui aide le plus à vivre la ménopause. 15,2 % et 7,6 % respectivement parmi elles disent que c'est leur conjoint et les amies qui contribuent au soulagement au cours de cette phase de vie.

Tableau XI: Répartition des femmes enquêtées selon leur connaissance de l'existence d'un traitement pour la ménopause

Connaissance existence traitement	Effectifs	Pourcentage (%)
Non réponse	7	7,6
Oui	21	22,8
Non	64	69,6
Total	**92**	**100,0**

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

De l'analyse des données, il ressort du tableau XI que 22,8 % des femmes ont une connaissance de l'existence d'un traitement pour la ménopause. 69,6 % affirment cependant n'avoir aucune connaissance à ce propos.

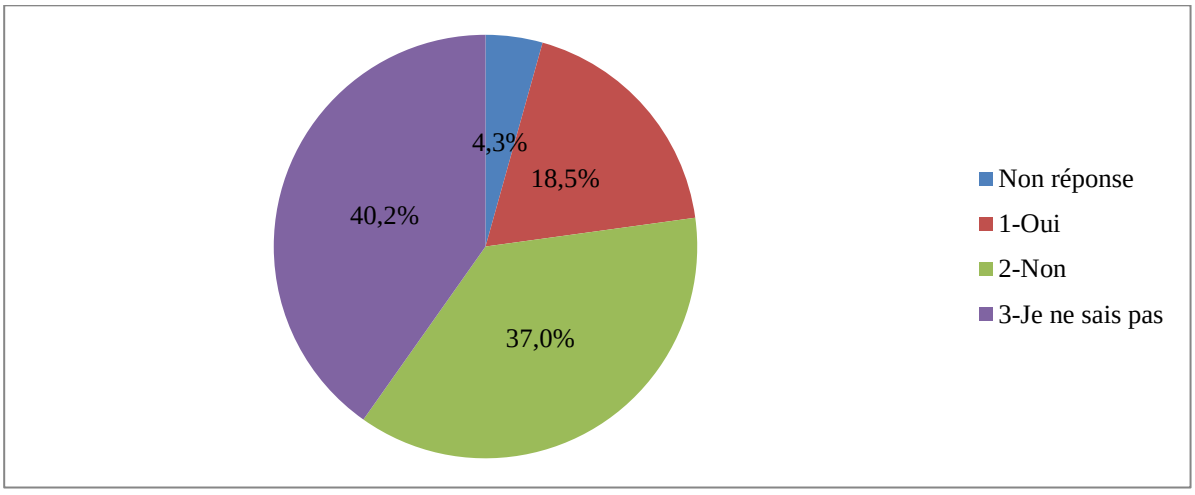


Figure 18: Connaissance des conjoints sur la ménopause

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

De l'analyse des données, il ressort de la figure 19 que seul 18,5 % des conjoints ont une connaissance sur la ménopause. Toutefois, 40,2 % des

femmes enquêtées disent ignorer si leurs conjoints ont une connaissance sur la ménopause.

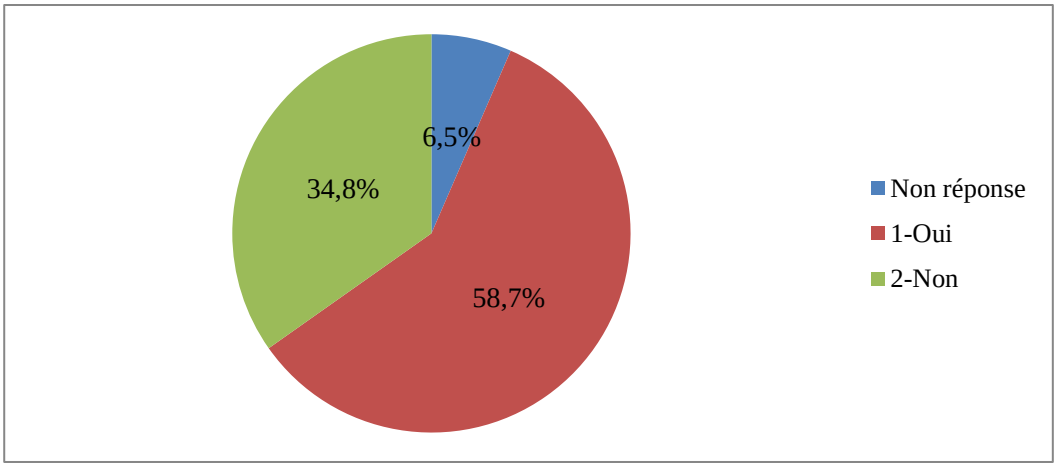


Figure 19: Conjoint ayant été au courant de la ménopause de leur conjointe

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

L'analyse des données sur les sujets enquêtés montre que 58,7 % des hommes sont informés de la situation ménopausique de leurs conjointes. Un pourcentage non négligeable de 34,8 % des femmes affirment n'avoir pas informé leurs conjoints à ce sujet.

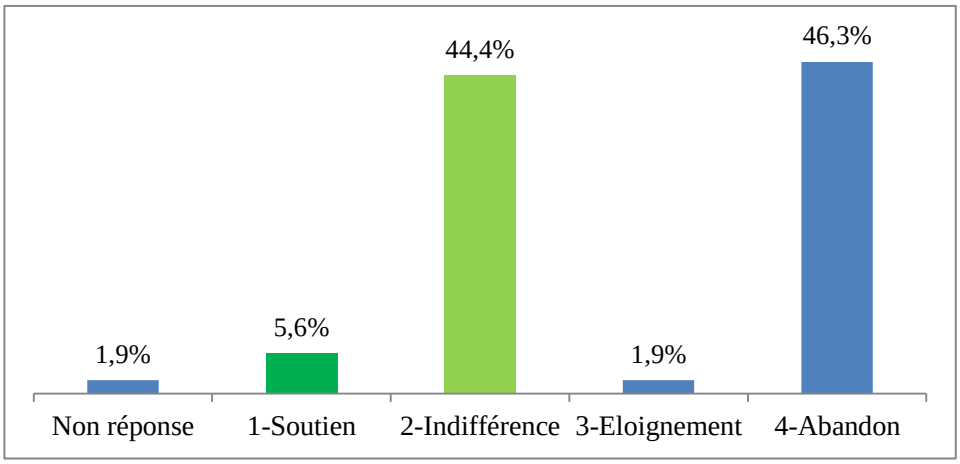


Figure 20: Réaction du conjoint après avoir été au courant de la ménopause de leur conjointe

Source : Enquêtes de terrain, Août 2017

Des 58,7 % des hommes qui sont au courant de la ménopause de leurs conjointes, 46,3 % d'entre eux abandonnent leurs conjointes dans cette nouvelle période qu'est la ménopause. De même, 44,4 % de ces hommes sont indifférents à cette situation que vivent leurs conjointes.

3.4. Quelques entretiens cliniques sommaires avec les femmes

Nous présenterons ici quelques cas qui nous ont interpellés en essayant d'apporter quelques éléments d'analyse.

3.4.1. Cas de madame X

Madame X ; âgée de 52 ans, analphabète, mariée de ménage monogame, de profession ménagère, d'ethnie fon, de religion catholique, dont le mari est un enseignant du secondaire, ménopausée à 43 ans sans désir de procréer et considérant la ménopause comme une libération des contraintes de la maternité.

Elle déclare :

> « *depuis ma ménopause j'ai pas le temps avec les petites maladies, tous les mois je suis à l'hôpital pour une raison ou une autre, mon moral est tout le temps bas et cela se répercute sur la vie sexuelle de mon couple, ma ménopause a débuté avec une hypertension puis il s'en est suivi des symptômes physiques tels que les maux de tête, fatigue, insomnie, maladies articulaires, sécheresse vaginale et des troubles de comportements a type d'irritabilité, d'incontinence urinaire, d'état dépressif, d'angoisse etc.* ».

L'entretien révèle une patiente qui depuis sa ménopause est pratiquement tous les mois à l'hôpital pour son hypertension compliquée par la suite par un diabète. Son soucis permanent de recouvrer sa santé ajouté à la sécheresse vaginale très poussée rendent très difficile les rapports sexuelles le son conjoint. Ce qui fait naître encore un foyer de tension qui vient compliquer d'avantage son état.

A la fin de notre entretien, la même patiente affirme :

« *la ménopause est certes un phénomène physiologique mais il faut trouver un moyen de sensibiliser nos époux pour qu'ils nous soutiennent face à ces manifestations* ».

3.4.2. Cas de madame A

Il s'agit de madame A, âgée de 62 ans, mariée, de ménage monogame, commerçante, d'ethnie fon, de religion catholique, dont le mari est un douanier ayant sa ménopause à 51 ans avec qui l'entretien révèle : une patiente qui nourrit encore le désir de procréer après la ménopause mais a dû se résigner à cause de l'installation d'un cancer qui aurait nécessité la ligature et l'ablation d'une trompe.

Elle nous confie :

« *Mon mari était toujours dans les femmes et puisque ma ménopause est venue avec les maladies, il m'appelle la "malade" et ne veut plus me toucher. J'avais souvent de vertiges avec mes bouffées de chaleur. Les scanners ne révélaient rien et mon médecin m'avait affirmé que les soucis compliquaient mes troubles et que je n'avais pas préparé l'arrivée de la ménopause* ».

La patiente nous informe que sa période péri ménopausique était marquée par des irrégularités du cycle et que la dernière menstruation était très abondante avec beaucoup de caillots de sang.

Elle dit :

« *après ces caillots, stop et bonjour les dégâts et fond en larme… Je ne souhaite ma ménopause à personne, j'ai vendu même une parcelle pour. Il y a trop de maladies et la prise des médicaments occasionne encore d'autres (ulcère, …)* ».

Enfin, elle conclut :

« *ma ménopause a fait que j'ai demandé à Dieu pourquoi m'avoir créé femme ?* ».

A travers ces deux cas nous remarquons que la ménopause, au-delà de ses répercussions sur la santé physique de la femme, est vécue comme un traumatisme. La femme seule vit cet état, ce qui crée en elle des conflits intra

psychiques dont les empreintes réemergent à la surface chaque fois qu'on aborde le sujet. A titre d'exemple, nous avons les instants de pauses, de long soupirs, de larmes voire d'impossibilité de poursuivre qui ont jalonné nos entretiens.

On comprend de ce point, que la prise en charge de ce phénomène bien qu'étant naturel, doit se faire en synergie d'action entre le médecin et le psychologue.

Il importe aussi de mettre en exergue ici la notion de la personnalité car le même signe n'est pas vécu ou perçu de la même façon par deux femmes différentes. Chaque femme exprime sa ménopause en fonction de sa personnalité et de tout le contenu emmagasiné dans son sphère et ses activités psychiques ou émotionnelles depuis sa naissance.

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

4.1. Discussion

Il s'agira dans ce chapitre de discuter les résultats de notre enquête.

Cette discussion se basera sur les grandes lignes des résultats issus de notre enquête. Elle abordera les points suivants :

- représentation de la ménopause chez la femme béninoise ;
- incidence des troubles de la ménopause sur l'état psychoaffectif de la femme et sa vie de couple ;
- implication du désir de procréer dans le vécu de la ménopause ;
- prévalence du degré d'information de la population béninoise au sujet de la ménopause.

4.1.1. Représentation de la ménopause chez la femme béninoise

La majorité des femmes de notre échantillon soit 55,4 %, quelques soit leur niveau d'instruction, perçoivent la ménopause comme étant un phénomène naturel. Cependant, chaque femme l'appréhende en fonction de divers facteurs comme : les circonstances de sa survenue, ses antécédents gynécologiques, de sa culture etc. Ainsi, nos résultats montre que, si elle est source de libération de faire des enfants ou des souffrances engendrées par la venue des menstruations pour certaines (18,5 %), il n'en demeure pas moins, qu'elle constitue pour d'autres la porte d'entrée dans la catégorie des vieilles ou carrément une anomalie (19,6 %).

Pour une autre catégorie de femmes (5,4 %), la ménopause vient comme une barrière empêchant à la femme de continuer à exercer son rôle le plus noble, le plus valorisant qu'est la pérennisation de l'espèce humaine.

Les travaux de Delanoé (1999) qui a réalisé une étude quantitative et qualitative auprès d'un échantillon de 1.721 femmes françaises âgées de 45 à

65 ans montrent que 23 % des femmes interrogées la considéraient comme une libération. Pour 42 %, la ménopause est une étape « naturelle », et enfin seuls 3 % des femmes regrettaient la perte de la fécondité. Ces résultats s'apparentent à nos résultats.

Selon Tamborini (2001), la ménopause « ne peut être que la résultante de votre éducation, de votre information personnelle, de l'expérience de vos aînés, du rôle de la femme de plus de 45 ans de votre milieu ».

4.1.2. Incidence des troubles de la ménopause sur l'état psychoaffectif de la femme et sa vie de couple

Les résultats de notre étude montrent que la totalité (100 %) des femmes a déclaré avoir présenté des troubles physiques comme les bouffées de chaleur, fatigue, sécheresse vaginale, … et comportementaux à type d'angoisse, d'irritabilité, d'insomnie, d'état dépressif, … au cours de leurs ménopauses. Aussi, sur les 72,9 % qui ont répondu à notre question, 60,9 % ont affirmé que ces troubles affectent leur vie quotidienne.

Bien que du point de vue physique, l'ensemble des troubles présentés par une femme n'est jamais superposable à celui présenté par une autre, on comprend que la ménopause constitue alors un problème de santé dont les conséquences ne sont pas minimes. Dans la même optique, la santé étant définit selon l'OMS (2002) comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », on peut conclure que la ménopause peut être, en altérant ces trois aspects du bien-être, considérée comme un facteur d'altération de la santé.

La combinaison de nos résultats, nous indique à quel point la ménopause affecte négativement la sexualité de la femme. Selon le Rafal (2005), « Même antérieurement actives et épanouies, 3 femmes sur 4 notent une baisse de leur désir dès l'arrêt définitif de leurs règles et 4 sur 10 considèrent ou affirment qu'elles se sentent ‘'très peu ou pas du tout concernées'' par leur libido ».

La baisse de la libido, le dégoût de l'acte sexuel, la non satisfaction, tous ces facteurs embarrassent la femme et répugnent les époux non avertis rendant la communication dans le couple difficile voire impossible. Mais comme le déclare madame X de notre étude : « Quand il n'y a pas de relations sexuelles, plus rien ne va dans le couple, on se chamaille pour de rien », les relations sexuelles participent de la stabilité du couple.

La baisse de la sécrétion des hormones sexuelles qui entretiennent la libido ne justifie pas à elle seule la baisse de la libido observée chez les femmes. L'être humain fonctionnant par ses énergies physique et mentale, on comprend alors que la femme à travers la ménopause, vit la fin de la fonction la plus essentielle qui soit dans son histoire à savoir la fécondité, la mission de participer à la pérennisation de l'espèce humaine. Il s'ensuit plus ou moins inconsciemment un sentiment de frustration qui peut générer une réaction momentanée de réserve, voire d'opposition à l'acte de procréation. A titre d'exemple, nous pouvons mentionner quelques propos de nos patientes : « Ce qu'il y a de bons dans la chose, c'est l'enfant. Je n'en fais plus pourquoi m'y intéresser alors ! » .

D'autre part, la femme se trouve devant un conjoint qui, lui a gardé intégralement (ou presque) ses capacités procréatrices. Cette différence et cette apparente inégalité peuvent également faire l'objet d'une réaction d'éloignement. La femme peut ainsi donc se retrancher dans l'attitude de victime. Tous ces contenus refoulés et emmagasinés peuvent se traduire par les symptômes sus mentionnés. Il importe donc au-delà du traitement des signes physiques apparents, de soulager la souffrance psychologique de la patiente pour faire renaître le désir. Dans ce cas, le conjoint doit trouver les mots justes qui rassurent et faire preuve de patience et de compréhension vis-à-vis de son épouse car tout ceci n'est qu'en général que de courte durée.

D’autre part, la sécheresse vaginale très fortement représentée à la ménopause ne favorise pas l’équilibre psychologique du couple. Ses manifestations sont gênantes, désagréables entravant le bon déroulement ou interdisant la pratique de l’acte sexuel. Souvent, un des deux partenaires (parfois les deux) s’y sent frustré, souffre en silence accumulant rancœur et frustrations. Il faut absolument s’ouvrir à l’autre, essayé d’en discuter et ne pas laisser perdurer la situation. Les discussions à ce sujet doivent être menées avec délicatesse, compréhension et sans agressivité, en tenant compte du caractère et des comportements de l’un et de l’autre. L’environnement familial doit être un lieu d’échanges, de dialogue où chacun peut se ressourcer, retrouver confiance et vitalité.

Communication, complicité, patience, compréhension, confiance et amour sont les clés qui permettent d’aplanir les difficultés et d’éviter les crises conjugales. La réussite sexuelle au sein du couple dépend de multiples facteurs dont :

- ✓ l’équilibre psychologique ;
- ✓ l’environnement familial, social et professionnel ;
- ✓ Les aptitudes physiques.

4.1.3. Implication du désir de procréer dans le vécu de la ménopause

50 % des femmes de notre étude ayant entre 35 et 40 ans manifestent toujours le désir de procréer contre un effectif de 18,5% après 40 ans. Ce qui montre que le désir de procréer diminue considérablement au bénin après l’âge de 40 ans. Avec toutes les politiques nationales actuelles d’information, de sensibilisation et de prise en charge des femmes dans le domaine de la planification familiale, les femmes en dehors de tous problèmes de conception ont perdu leur engouement à la multiparité (nombre d’enfants entre 4 et 6). Toutes, lorsque ce désir reste existant et persistant, accentué à la survenue de la

ménopause, il naît au niveau de la femme un sérieux bouleversement psychologique.

Sur les 23,9 % de nos enquêtées qui désir encore procréer, la totalité (100 %) a affirmé que les troubles de la ménopause affectent leur vie quotidienne.

Ce désir contraste avec le fait physique évident qu'est la ménopause dont les manifestations ne sont déjà pas sans danger pour la femme.

4.1.4. Prévalence du degré d'information de la population béninoise au sujet de la ménopause

Le tabou sur les sujets liés à la sexualité au Bénin dont le fondement se trouve dans la culture, ne permet pas à la femme d'exprimer ses craintes et inquiétudes dans ce domaine. La femme ménopausée étant d'un âge plus ou moins avancé, est très mal appréciée par la société quand elle montre encore un intérêt pour le sexuel. Une étude réalisée par Gounongbé (2008) sur les causes du manque d'intérêt des femmes ménopausées, a révélé :

- ✓ interdit dans certaines traditions (certains clans Bariba et Warma au nord du Bénin) ;
- ✓ désintérêt du partenaire ;
- ✓ préjugés sur la sexualité à l'âge avancé.

L'analyse d'Alessandra (1999) nous démontre que dans certains pays d'Europe tel que l'Italie, la vision est pratiquement la même. « Un corps vieillissant est perçu comme impur ou au contraire sacré et ne méritera donc plus d'attention sexuelle. Ainsi être sexuellement active à cet âge peut paraître contraire aux mœurs ». Dans ce sens, nous avons reçu un témoignage émouvant de la part d'une femme.

On n'a remarqué que la femme ménopausée même étant avec l'époux pour qui elle a fait ses enfants à une grande appréhension à aborder les problèmes liés à la sexualité avec ce dernier. Cet état de chose est renforcé par

la quasi absence au plan national, de politique d'information, de sensibilisation et de prise en charge de la ménopause. Les résultats de nos enquêtes montrent que :

- ✓ il n'y a pas de cadre formelle où l'on prend connaissance des manifestations du phénomène ;
- ✓ la survenue est inattendue pour la plus part ;
- ✓ les femmes n'ont pas de connaissances préalables sur les manifestations ;
- ✓ elles n'ont pas le courage de demander de l'aide et vivent leur ménopause avec résignation, sans consulter un agent de santé.

Il faut noter aussi que, le manque d'information touche également les conjoints qui, face aux troubles du caractère, à la diminution de la libido, à la sécheresse vaginale et l'irritabilité de leurs conjointes, se montrent très peu indulgents. On note de la part de ceux-ci des réactions allant de l'indifférence à l'abandon.

De l'entretien avec les personnes ressources, il ressort ce que : la ménopause est la disparition du cycle menstruel. C'est un phénomène naturel qui survient chez la femme de 45 à 55 ans et dont les manifestations les plus fréquentes sont la bouffée de chaleur et la sécheresse vaginale. La ménopause au bénin n'est pas un motif fréquent de consultation et il n'y a presque pas de consultation psychologique en relation avec des cas de ménopause. Les femmes viennent pour une multitude de malaises et c'est surtout l'anamnèse, complétée par quelques analyses de laboratoire qui nous révèle qu'il s'agit des troubles de la ménopause. Alors grâce à un entretien basé sur l'écoute, nous leur expliquons de façon exhaustive les manifestations du phénomène et prescrivons si nécessaire des produits pour atténuer les symptômes. On fait rarement recourt aux traitements hormonaux substituts (THS) au Bénin.

Ce traitement réussit chez certaines et pas pour d'autres. Mais nous n'avons pas de statistique précise car les femmes quand elles arrivent pour une fois, qu'elles trouvent satisfaction ou non on ne les revoit plus, elles s'adonnent à l'automédication. Par ailleurs, nous leur donnons de conseils orientés vers un régime alimentaire à base de calcium, de magnésium, de beaucoup de légumes et de fruits. A cela s'ajoute l'exercice physique (beaucoup de marche).

La ménopause a des incidences sur la vie de couple. La sécheresse vaginale pose souvent problème dans les foyers. La ménopause survient à un âge où les motivations de l'homme et de la femme pour le sexe sont en total déséquilibre. Aussi dans certaines contrées, la femme ménopausée ne doit plus avoir des relatons sexuelles.

Enfin il faut sensibiliser les hommes et les femmes pour qu'ils comprennent que la ménopause est un phénomène naturel.

La majorité des femmes de notre échantillon (55,4%), perçoit la ménopause comme étant un phénomène naturel. Ces résultats rejoignent ceux de Delanoé (1999) qui révèlent que, 42% des enquêtées considèrent la ménopause comme une étape « naturelle ». Aussi nos résultats nous indiquent à quel point la ménopause affecte négativement la sexualité de la femme. Ces résultats s'apparentent aux conclusions de Rafal (2005) qui stipule que, même antérieurement actives et épanouies, trois (03) femmes sur quatre (04) notent une baisse de leur désir dès l'arrêt définitif de leurs menstrues. Enfin les résultats de nos enquêtes montrent qu'il n'y a pas de cadre formel où l'on prend connaissance des manifestations du phénomène ; les femmes vivent leur ménopause avec résignation et n'ont pas le courage de demander de l'aide. Ces conclusions rejoignent également celles d'Alexandra (1999) qui estime que les difficultés relatives au vécu de la ménopause sont renforcées par la quasi absence au plan national, de politique d'information, de sensibilisation et de prise en charge de la ménopause.

4.2. Perspectives

Devant l'allongement de l'espérance même dans les pays en voie de développement, la problématique de la ménopause au sein de la communauté féminine vieillissante devient alors un problème de santé majeur. La nécessité d'instaurer une qualité de vie meilleure sur les plans psychosocial, sanitaire et économique s'impose.

Notre travail de recherche se veut être une contribution. En dépit de ses limites, il nous a permis de relever un certain nombre d'insuffisances qui justifierait la création d'une ‘’unité de prise en charge de la ménopause’’ constituée de gynécologues, psychologues et sociologues à l'instar des pays développés.

Aussi nous avons formulé des recommandations qui vont essentiellement à l'endroit :

4.2.1. Des femmes ménopausées

Il est capital qu'elles se mettent parfois au-dessus des considérations socio culturelles et aborder leurs inquiétudes en matière de sexualité sans crainte ni honte.

Apprendre à gérer cette période avec sagesse en étant plus à l'écoute de son corps, en adoptant une hygiène de vie plus saine et en maîtrisant d'avantage ses émotions.

Plusieurs suggestions ont été faites par les femmes enquêtées. Au nombre d'elles, on peut citer les plus fréquentes que sont :

- ✓ la sensibilisation pour préparer la femme à l'événement de la ménopause et ses manifestations ;
- ✓ les solutions pour que les femmes ménopausées retrouvent leurs règles ;
- ✓ la femme ménopausée doit être plus courageuse et savoir qu'il s'agit d'un phénomène naturel ;

- ✓ la création d'un service de la prise en charge des ménopausées ;
- ✓ la femme ménopausée doit surveiller son alimentation ;
- ✓ la sensibilisation de la femme sur l'existence éventuelle des traitements sur la ménopause ;
- ✓ les solutions aux maladies liées à la ménopause ;
- ✓ l'aide aux femmes ménopausées à mieux vivre.

4.2.2. Des conjoints

- Etre plus à son écoute, la mettre en confiance, la rassurer, faire preuve d'amour.
- Créer expressément un cadre de vie familial harmonieux.

4.2.3. De nos autorités

- Améliorer l'accès aux soins de qualité pour tous.
- Instituer une politique de sensibilisation et d'information sur les questions de la ménopause.
- Faire voter des lois législatives visant à punir toutes formes de brimade et de manquement au droit des femmes ménopausées.
- Lutter contre la pauvreté en augmentant un tant soit peu" le panier de la ménagère" afin d'améliorer les conditions socio-économiques des femmes ménopausées et leur permettre de mieux affronter cette étape éprouvante de leur vie.

4.2.4. Du personnel soignant

- Acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge de la ménopause.
- Informer, éduquer et communiquer avec les populations sur la question de la ménopause.

- Aider les femmes ménopausées à mieux accepter et vivre leur nouveau statut.
- Savoir orienter les femmes souffrantes des troubles ménopausiques vers les structures compétentes.

4.2.5. Des psychologues

- Faire connaître d'avantage à la population ses domaines d'interventions afin de lui permettre une bonne orientation en cas de besoin
- Créer des ONG de prise en charge des femmes souffrant des troubles dus à la ménopause
- Initier des projets de construction et d'animation de centres d'écoute et d'orientation spécialisés dans la prise en charge des femmes ménopausées
- Faire des plaidoyers auprès des institutions de l'Etat pour mobiliser le financement des dits projets.

CONCLUSION

Dans le but d'analyser les perceptions et le vécu de la ménopause : conséquences sur la femme béninoise et sa vie de couple, nous avons effectué une étude qualitative et quantitative sur 92 femmes ménopausées du service de rhumatologie du CNHU/HKM. Notre étude s'est étendue sur une période d'un mois.

Au terme de cette étude, les résultats obtenus nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

Quelques soit leur niveau d'instruction, 55,4 % des femmes béninoises perçoivent la ménopause comme un phénomène naturel. Mais elle n'a pas la même signification pour toutes :

- ✓ 18,5 % la considère comme un facteur de libération des contraintes de l'accouchement ou des règles douloureuses ;
- ✓ 19,5 % l'assimile à la vieillesse ou à une anomalie ;
- ✓ 5,4 % la considère comme un handicap empêchant à la femme de pouvoir procréer.

La totalité (100%) des femmes ménopausées de notre étude, a déclaré avoir présenté des troubles physiques et comportementaux. Les principaux troubles rencontrés sont : les bouffées de chaleur (26,25 %), la fatigue (18,53 %), les maladies articulaires (22,01 %), la sécheresse vaginale (10,42 %), l'insomnie (11,20 %), l'angoisse (17,3 %), des états dépressifs (24,60 %), l'incontinence urinaire (17,70 %) et l'irritabilité (25,70 %).

La période ménopausique est aussi marquée par des bouleversements au niveau des comportements sexuels des femmes. Certaines femmes ménopausées nourrissent toujours le désir de faire des enfants et la totalité de celles-ci déclare que ce désir affecte leur vie. Cependant, nous avons constaté que ce désir diminue considérablement après 40 ans.

Enfin, nous avons constaté que le manque de sensibilisation sur la question de la ménopause fait que les femmes sont souvent surprises par leur ménopause. Elles n'ont en majorité pas d'informations la dessus avant son arrivée, et parfois elles ont une connaissance du phénomène par des personnes non habilitées.

Paradoxalement, les conjoints aussi n'ont pas connaissance des manifestations du phénomène et se montrent peu indulgents envers leurs épouses. Elles vivent en interne les troubles sans chercher assistance et n'ont pas connaissance qu'il existe des traitements pour les effets de la ménopause.

Au terme de notre travail de recherche qui se veut être une contribution, et en dépit de ses limites, il nous a permis de relever un certain nombre d'insuffisances qui justifierait la création d'une ‘'unité de prise en charge de la ménopause'' constituée de gynécologues, psychologues et sociologues à l'instar des pays développés pour le bien-être mental et physique de nos femmes et mères.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

➢ Ouvrages

1. Ammar, S. (1988). *La Ménopause*, Médecine Méditerranée II, Marseille, 94p.
2. Amoussou, N. (2004). *Ménopause : aspects cliniques et psychosociaux à Cotonou*, thèse Med, Cotonou, 189p.
3. Arnaud, R. (1995). *La ménopause à travers l'histoire*, Edition laboratoires Ciba Geigy, 147p.
4. Assoun, P.L. (1989). *Le pervers de la femme*, Anthropos diffusion : économica, Paris, P54-55.
5. Bercier, S. (2003). *Qualité de vie, caractéristique socio- démographique et réalisation d'examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS*, Paris,129p.
6. Boucebci, M. (1990). *La psychiatrie tourmentée*, Edition Bouchène, Alger, 81p.
7. Bouhdiba, A. (2001). *La sexualité en Islam*, Edition PUF, Paris, P47-48.
8. Chaby, L. (1995). *D'autres civilisations (notamment des tribus d'Afrique noire)*, édit Dominos Flammarion, 103-104pp.
9. Chaby, L. (1995). *La ménopause*, Edition Domino/Flammarion, 156p.
10. Check, W.A. (1996). *La conception de la ménopause*, Orgyn, n°3, P28-29.
11. de Beauvoir, S. (1968). *Le deuxième sexe*, Tome 2, Edition Gallimard, Paris, 111p.
12. Delanoë, D. (1993). *Variations transculturelles sur la ménopause*, Gynécologie et psychosomatique, N° 9, trimestre 3, Edition laboratoire Searle Gynécologie, 107p.
13. Delanoë, D. (2001). *Critique de l'âge critique*, thèse Doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales –Paris 6, 317p.

14. Deutsch, H. (1964). *La psychologie des femmes*, Tome 2, Edition P.U.F., Paris, 164p.
15. Dolto, F. (1989). *Libido féminine*, VDN-Ergo-Presse, Paris, 129p.
16. Doron, R. (1991). *Dictionnaire de psychologie*, PUF, 257p.
17. Doumont, D. et *al.* (2006). *Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause* ?, 208p.
18. Gueydan, M. (1991). *Femmes en ménopause, les transformations psychiques d'une étape de vie*. Editions Ères, 199p.
19. Hounwedo, S.H. (2013). *Aspects socio-démographiques, cliniques, thérapeutiques et psychosociaux de la ménopause chez la femme*, Cotonou, 110p.
20. Jamin, Ch. et Raison, J. (2006). *Une nouvelle vie pour la femme*, Collection Livre Sant, 216p.
21. Mimoun, S. (1992). *La consultation psychosomatique, Éditions Les empêcheurs de penser en rond*, Paris, 75p.
22. Tabet, P. (1985*). Fertilité naturelle, reproduction forcée, l'arraisonnement des femmes*. Essai en anthropologie des sexes, Cahiers de l'homme, Paris, pp 61-147.

- **Webographie**

1. http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8429-menopause-troubles-psychiques.htm, consulté le 09 avril 2017 à 18h14.
2. https://fr.medipedia.be/menopause/consequences/consequences-de-la-menopause, consulté le 24 avril 2017 à 10h06.
3. http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/menopause/quelles-consequences, consulté le 02 mai 2017 à 20h33.
4. https://nospensees.fr/symptomes-psychologiques-de-menopause, consulté le 14 juin 2017 à 16h41.

ANNEXES

- **Consentement éclairé**

Bonjour, je m'appelle MIGNANWANDE Esther. Je suis étudiante en 4ème année de psychologie clinique à l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Je réalise une enquête à laquelle je souhaiterais que vous participez. Elle entre dans le cadre de la rédaction de mon mémoire pour l'obtention du diplôme de maîtrise, et je vous prie de bien vouloir répondre à mes questions liées à la ménopause. Ces informations me seront utiles pour analyser la problématique de la ménopause chez la femme Béninoise. Le questionnaire est anonyme et vous prendra peu de temps.

Quelles que soient les informations que vous nous fournirez, elles resteront strictement confidentielles.

Avez-vous des questions à me poser concernant l'enquête ?

Acceptez- vous participer à l'enquête ?

OUI ☐

NON ☐

➢ Questionnaire adressé aux femmes

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire destiné à la rédaction de notre mémoire de maîtrise intitulé : « La ménopause chez la femme: étude sur 92 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koudougou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou ».

Les informations reçues requièrent l'anonymat et une grande confiance.

Aussi, vos réponses et suggestions contribueront à l'amélioration des conditions de vie des femmes ménopausées.

Nom de l'enquêteur : ….……

Date de l'enquête : ……..……/_____/_____/_____/

1. Généralités

N° Fiche……..

Rubriques	**Modalités et codes**	**Réponses**
Commune (COMM)	1=Abomey-Calavi, 2= Cotonou, 3=Porto-Novo, 4=Autre (à préciser)	
Arrondissement (ARRON)	Inscrire le nom	
Village (VILG) ou quartier de ville (QUARTV)	Inscrire le nom du village ou du quartier de ville	

2. Identification du répondant

Questions	**Codes**	**Réponses**
Age du répondant	1=[35 ;40[, 2=[40 ; 45[, 3=[45 ; 50[, 4=[50 ; 55[, 5=[55 ; 60], 6=Plus de 60 ans	
Contact du répondant	Inscrire le numéro de téléphone	
Situation matrimoniale	1 = Marié(e) ; 2 = Divorcé(e), 3 = Veuf (ve) ; 4 = Célibataire	

Type de ménage		1= Monogame ; 2= Polygame	
Si ménage polygame : Nombre d'épouse dans le ménage		1=deux, 2=trois, 3=plus de trois	
Niveau d'instruction du répondant	Avez-vous reçu une éducation formelle ?	1=Oui ; 2=Non	
		1=Primaire, 2=Secondaire, 3=Supérieur, 4=Autres (à préciser)	
	Etes-vous alphabétisé (e)	1=Oui ; 2=Non	
Profession de l'enquêté(e)		1= Employé de bureau/Fonctionnaire, 2=Commerçant, 3=Artisan, 4=Ouvrier, 5=Agriculteur 6=Aucune 7=Transformatrice, 8=Ménagère; 9=Autre (à préciser)	
Profession de l'époux (mari)			
Ethnie		1=fon ; 2=adja ; 3=mina ; 4=goun ; 5 = bariba ; 6= dendi ; 7= yoruba ; 8=aïzo ; 9=holi ; 10=nagot ; 11=Popo; 12=Cotafon; 13=autre (à préciser)	
Religion		1=Catholique, 2=Protestante, 3=Evangélique, 4=Islamique, 5=Animiste, 6=Autres (à préciser)	
Nombre d'enfants		Inscrire le nombre	

3. Perception de la ménopause chez la femme.

Questions	**Codes**	**Réponses**
Age des 1ères règles	1= [10 ; 15[, 2=[15 ; 20], 3=Autre (à préciser)	
Age du 1er geste	1=[15 ; 20[, 2=[20 ; 25[, 3=[25 ; 30], 4=Plus de 30ans	
Age de la survenue des dernières règles	1=[35 ; 40[, 2=[40 ; 45[, 3=[45 ; 50[, 4=[50 ; 55], 5=Plus de 55ans	
Aviez-vous encore le désir de procréer	1=Oui, 2=Non	

?		
Face à ce désir, quelles ont été vos tentatives ?		
Pour vous la ménopause est :	1=Un phénomène naturel, 2=Une anomalie, 3=Une libération de la crainte de tomber enceinte, 4=La vieillesse, 5= La peur de ne plus pouvoir tomber enceinte 6= Autres	
Qui vous a parlé de la ménopause pour la première fois ?	1=Un médecin, 2=Un enseignant, 3=Votre mère, 4=Autres	
La survenue de votre ménopause était-t-elle pour vous	1=Attendue, 2=Une surprise, 3=Autres	
Aviez – vous des prérequis sur la notion ?	1=Oui ; 2=Non	
Avez-vous l'impression d'avoir perdu votre féminité ?	1=Oui ; 2=Non	
Justifiez votre réponse		
Arrivez- vous à bien répondre aux sollicitations sexuelles de votre époux	1=Oui ; 2=Non	
Justifiez		
Que représente pour vous l'acte sexuel ?	1=Un besoin physiologique, 2=Une distraction, 3=Une corvée, 4=Autres	
Ressentez- vous toujours le besoin d'entretenir des relations sexuelles ?	1=Oui ; 2=Non	
Selon vous quelles en sont les raisons ?		
Arrivez- vous à satisfaction ?	1=Oui ; 2=Non, 3=pas toujours	
Justifiez		
Quelles occupations menées- vous pour ne pas vieillir	1=Activité économique, 2=Activité religieuse, 3=Conseillère familiale (Tangninon), 4=Garde des petits enfants, 5=Autres	
Avez-vous l'impression que cela a aggravé vos symptômes ?	1=Oui, 2=Non	

Expliquez ?		
Quels sont les privilèges accordés à la femme ménopausée dans votre culture ?	1= Prêtresse, 2=Statut d'homme, 3=Conseillère familiale (Tangninon), 4=Autres.	

4. Incidence des troubles physiologiques de la ménopause sur l'état psychoaffectif des femmes

Questions	**Codes**	**Réponses**
Connaissez- vous les manifestations de la ménopause ?	1=Oui ; 2=Non	
Citez-en quelques- unes		
Lesquelles vous concernent ?	1=Bouffées de chaleur, 2=Prise de poids, 3=Insomnie, 4=Fatigue, 5=Prurit vaginal, 6=Maladies articulaires, 7=Autres	
Avez-vous noté les troubles de comportements suivants	1=Irritabilité, 2=Insomnie ; 3=Incontinence urinaire, 4=Etat dépressif, 5=Angoisse	
Ces troubles affectent- ils votre vie quotidienne ?	1=Oui ; 2=Non	
Expliquez		
Votre conjoint a t- il des connaissances sur la ménopause ?	1=Oui, 2=Non, 3=Je ne sais pas, 4=Autres	
L'avez-vous informé de votre ménopause ?	1=Oui, 2=Non	
Quelle a été sa réaction ?	1=Soutien, 2=Indifférence, 3=Eloignement, 4=Abandon, 5=Autres	
Qui vous aide le plus à vivre votre ménopause ?	1=Médecin, 2=Psychologue, 3=Conjoint, 4=Amies, 5=Autres	
Avez-vous connaissance de l'existence d'un traitement pour la ménopause.	1=Oui, 2=Non	
Quelles sont vos suggestions pour l'amélioration de la condition de vie de la femme ménopausée		

➢ GUIDE D'ENTRETIEN

Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire destiné à la rédaction de notre mémoire de maîtrise intitulé : « La ménopause chez la femme: étude sur 92 cas observés au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koudougou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou ».

Les informations reçues requièrent l'anonymat et une grande confiance.

Aussi, vos réponses et suggestions contribueront à l'amélioration des conditions de vie des femmes ménopausées.

IDENTIFICATION

1-Entretien N°…….

2-Profession…….

3-Age……

4-Religion……

5-Situation matrimoniale……

A- Connaissance sur la ménopause

…….....

.....

.....

.....

.....

.....

B- Prise en charge de la ménopause dans votre corporation

…….....

.....

.....

……

……

……

C- Ménopause et vie conjugale des patientes

……

……

……

D- Suggestion

……

……

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 6
LISTE DES FIGURES 7
RESUME 9
ABSTRACT 9
INTRODUCTION 10
PREMIERE PARTIE 13
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 14
1.1. Problématique 14
1.2. Hypothèses de recherche 17
1.3. Objectifs 17
1.4. Clarification conceptuelle 18
1.4.1. Perception 18
1.4.2. Vécu 18
1.4.3. Ménopause 18
1.5. Revue de littérature 19
1.5.1. Rappel sur le cycle menstruel normal 19
1.5.2. La ménopause 20
1.5.2.1. Epidémiologie 20
1.5.2.2. Physiologie de la ménopause 21
1.5.3. Cas particulier de la ménopause précoce 23
1.5.4. Cultures et ménopause 24
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 29

2.1. Cadre d'étude 29
2.1.1. Brève présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) 29
2.1.2. Le Service de Rhumatologie du CNHU-HKM 30
2.1.2.1. Le personnel 30
2.1.2.2. Les infrastructures 30
2.1.2.3. L'organisation 31
2.2. Démarche méthodologique 31
2.2.1. Nature de l'étude 31
2.2.2. Population d'étude 32
2.2.3. Echantillonnage 32
2.2.3.1. Technique d'échantillonnage 32
2.2.3.2. Critères de choix 32
2.2.3.3. Taille de l'échantillon 33
2.2.4. Collecte des données 34
2.2.4.1 Recherche documentaire 34
2.2.5. Traitement et analyse des données 35
2.2.6. Difficultés rencontrées 36
2.2.8. Considérations éthiques 36
DEUXIEME PARTIE 37
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 38
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées 38
3.1.1. Tranche d'âge 38
3.1.2. Situation matrimoniale 38
3.1.3. Type de ménage 39
3.1.4. Education 40
3.1.5. Ethnie 41
3.1.6. Profession 41
3.1.7. Religion 42

3.2. Perception de la ménopause par les femmes 42
3.3. Manifestations de la ménopause chez les femmes enquêtées 46
3.4. Quelques entretiens cliniques sommaires avec les femmes 57
3.4.1. Cas de madame X 57
3.4.2. Cas de madame A 58
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES 60
4.1. Discussion 60
4.1.1. Représentation de la ménopause chez la femme béninoise 60
4.1.2. Incidence des troubles de la ménopause sur l'état psychoaffectif de la femme et sa vie de couple 61
4.1.3. Implication du désir de procréer dans le vécu de la ménopause 63
4.1.4. Prévalence du degré d'information de la population béninoise au sujet de la ménopause 64
4.2. Perspectives 67
4.2.1. Des femmes ménopausées 67
4.2.2. Des conjoints 68
4.2.3. De nos autorités 68
4.2.4. Du personnel soignant 68
4.2.5. Des psychologues 69
CONCLUSION 70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 72
ANNEXES 74
TABLE DES MATIERES 82