

# Ménopause :

## Quels impacts psychologiques ?

**K.L. AMMAR FERHANI <sup>(1)</sup>,  
N. FEGHOUL BENTABAK <sup>(2)</sup>.**

1. Professeure agrégée en Psychiatrie,  
Ain Allah, Dely Ibrahim Alger.

2. Service de Gynécologie Obstétrique.  
EPH Bachir Mentouri, Kouba.

### Résumé

L'approche bio-psycho-sociale de la ménopause nous permet de l'appréhender comme un événement aussi bien biologique, psychologique que socioculturel. Elle l'identifie comme « une tranche de vie, une transition normale dans le développement de la vie d'une femme, un temps pour continuer à « grandir », développer des compétences, relever de nouveaux défis ».

#### >>> Mots-clés :

Ménopause - approche bio-psycho-sociale.

### Abstract

The bio-psycho-social approach of menopause allows us to apprehend it as a biological, psychological and socio-cultural event. It identifies it as "a slice of life, a normal transition in the development of a woman's life, a time to continue to "grow", develop skills, take up new challenges.

#### >>> Key-words :

Menopause - bio-psycho-social approach.

### Introduction

La ménopause est un phénomène naturel, inéluctable dans la vie d'une femme. Elle correspond à l'arrêt de la fonction reproductive féminine à partir d'un certain âge, et consiste en l'arrêt de l'ovulation et de la production des hormones ovariennes, œstrogènes et progestérone. Elle s'accompagne parallèlement d'un changement de statut, d'un changement de vie que l'on retrouve dans plusieurs langues sous différents vocables ; le retour d'âge, the change of life, cambio de vida...

### Quelle est la valeur symbolique et mythique des symptômes de la ménopause ?

Cette étape de la vie génitale de la femme est riche en symbolique tant au niveau personnel que social. La cessation des règles marque l'évènement de l'accession à une nouvelle classe d'âge de femmes ménopausées, stériles.

Cet arrêt va être l'objet d'interrogations et d'inquiétudes, que chaque société interprète selon ses propres croyances et représentations populaires. Dans les sociétés traditionnelles, la ménopause permet aux femmes d'accéder à un statut nouveau, puisqu'elles ne représentent plus ni souillures ni fertilité, alors que dans les sociétés modernes, la prise en charge médicale, établit des cycles artificiels dissimulant ainsi la disparition de la féminité

L'infécondité qui en découle, est ressentie comme une perte, une diminution, une dévalorisation et au plan inconscient elle correspond à une véritable castration " la perte des organes reproducteurs équivaut pour une femme à la castration ". (H. Deutsch).

Cette dernière sonne le glas de la féminité. Les organes génitaux s'atrophient et le reste du corps montre peu à peu les signes de vieillesse.

Les sécrétions internes déclinent, et les caractères sexuels secondaires disparaissent progressivement. La perception des premiers signes de vieillesse, renforce l'intérêt que la femme porte à son corps. Pour protéger la féminité maintenant en voie de disparition, une lutte s'installe. De plus, la baisse des œstrogènes et les troubles trophiques locaux (baisse de la lubrification du vagin, amincissement des parois vaginales) entraînent un déclin de la fonction sexuelle. La ménopause est par excellence, le symbole du vieillissement féminin et le déclin physiologique peut être ressenti comme une proximité de la mort. Cela est confirmé par des expressions populaires comme " le retour d'âge " ou " l'âge du désespoir ". L'anxiété de la mort est entretenue par les nombreux risques somatiques associés.

### La ménopause, un facteur de fragilisation.

Cette vulnérabilité particulière s'explique par le fait que la ménopause peut provoquer des symptômes très gênants dans la vie quotidienne, en particulier des troubles du sommeil qui vont entraîner une baisse de forme et une sensation de mal-être. De plus, les hormones ont un effet direct sur le bien-être, et les femmes privées d'hormones se sentent plus souvent sans énergie. Les effets de la ménopause sur la femme varient en fonction de plusieurs facteurs.

D'abord, la rapidité avec laquelle le manque d'hormones apparaît. Quand les hormones diminuent lentement, la femme arrive à maintenir son équilibre et, parfois, ne ressent rien.

Puis, le psychisme sous-jacent (les effets de la ménopause pourront être imperceptibles chez une femme épanouie, mais provoquer un mal-être important chez une déjà fragilisée par des événements douloureux).

Enfin, les facteurs de sensibilité individuelle (certaines femmes vivent beaucoup plus mal que d'autres les fluctuations hormonales de la ménopause).

### Les conséquences psychologiques des hormones

L'impact des modifications hormonales varie également selon la période. Il existe trois types d'hormones sexuelles :

Les œstrogènes ont un effet stimulant. Quand ils sont en excès, ils peuvent entraîner une nervosité et des insomnies. Lorsque leur sécrétion s'arrête, la perte de ce stimulant peut s'accompagner d'une certaine apathie. Cette carence en œstrogène est responsable du syndrome dit "J-1", qui se traduit chez certaines femmes par une

envie de pleurer à l'approche des règles. Un phénomène proche peut se produire à la ménopause.

La progestérone est à l'inverse, une hormone de sédation, qui aide à dormir, calme et donne une sensation de bien-être. La carence en progestérone ne se manifeste pas à la ménopause, mais dans les années qui la précèdent. Il y a alors un excès relatif d'œstrogènes qui se traduit par de la nervosité, de l'anxiété, des troubles du caractère.

Les androgènes, hormones masculines présentes en petite quantité chez la femme, sont peu modifiées à la ménopause. Mais leur taux commence à diminuer tout doucement à partir de 30 ans. Cela peut expliquer la baisse de la libido liée à l'âge, et il semble que certaines femmes aient un véritable déficit du plaisir et du désir sexuel lié au déclin de cette hormone.

### Les symptômes psychologiques de la ménopause

Les symptômes physiques et biologiques entraînent une série de symptômes psychologiques.

Les fluctuations de l'humeur avec essentiellement une humeur très changeante qui va entraîner de la souffrance et de l'incompréhension chez la femme et son entourage.

L'anxiété est aussi fréquente, elle est en rapport avec la crainte de souffrir des symptômes physiques de la ménopause au moment le moins opportun, et de se retrouver ainsi piégée, sans possibilité de les éviter. Elle sera souvent accompagnée d'irritabilité ; toute contrariété ou frustration peut mener à un état de colère.

Les bouffées de chaleur et la transpiration peuvent affecter le sommeil et provoquer ainsi des insomnies d'endormissement, des réveils fréquents et difficultés au réveil avec une fatigue matinale. Les relations familiales et sociales en pâtiront.

La sécheresse et le l'élasticité vaginale peuvent retarder l'excitation et diminuer la tension musculaire et entraîner une baisse de la libido. L'effet négatif de la ménopause dans la vie sexuelle de certaines femmes est "plus symbolique que biologique". Persuadées que la ménopause serait synonyme d'entrée dans "la vieillesse", elles se détourneraient de l'activité sexuelle.

La ménopause est une étape stressante durant laquelle la femme peut se sentir débordée et stressée. Ce stress peut provoquer des troubles de la concentration et de la mémoire. Continuer à vaquer à ses occupations quotidiennes alors qu'elle affronte parallèlement les symptômes physiques et les changements de la ménopause est une tâche difficile à réaliser sereinement.

La ménopause, en remettant en cause tout le mode

de vie de la femme, l'image qu'elle a de soi, celle qu'en ont les autres, va prendre des nuances particulières en fonction du contexte, de l'histoire de vie de la femme, des traits de personnalité, de la manière dont chacune investit ses problèmes et ses sensations (attitude de relativisation, de dramatisation...), et les conditions de vie du moment (promotions, reconnaissance, stress, deuils, séparations...).

Tous les événements de vie de la femme, heureux ou malheureux, jouent un rôle de fragilisation ou d'apaisement.

Les répercussions psychologiques et les malaises physiologiques de la ménopause surviennent sur un terrain plus ou moins fragile (personnalité pathologique, trouble anxieux, trouble de l'humeur, psychose...), ou chez une femme n'ayant pas eu les satisfactions sexuelles qu'elle espérait, sont, avec son contexte familial (le départ des enfants, conjugopathie, maltraitance, abus...), et social (épuisement professionnel, misère...), des facteurs de décompensation évidente.

Cette épreuve est indubitablement plus ou moins bien assumée, plus ou moins majorée suivant le terrain psychique de base. Mais cela n'est pas la règle.

Certaines femmes suivies pour des troubles psychiatriques toute leur vie, traversent cette période avec le minimum de perturbations et en sortent tout à fait indemnes, parfois même améliorées par rapport à l'état antérieur.

Beaucoup de femmes traversent cette période sans aucun trouble et il faut savoir qu'il n'y a pas de maladies psychiatriques ou psychologiques, au sens médical du terme, qui soit induites par la ménopause. En revanche, la ménopause est un facteur de fragilisation et, quand il existe une pathologie sous-jacente, elle peut se révéler à cette occasion.

D'après une étude de l'OMS en 1980, l'apparition et l'importance des symptômes péri ménopausiques seraient influencées par certains facteurs culturels et socio-économiques notamment ; l'importance sociale des menstruations, l'importance sociale de la stérilité, le statut social de la femme ménopausée, l'attitude des maris à l'égard de leur femme ménopausée en tant que partenaire sexuelle, l'ampleur de la modification du rôle de la femme à cette époque de sa vie et la possibilité des rôles nouveaux ou de substitution, l'accessibilité à des soins médicaux pour traiter les problèmes liés à la péri ménopause.

L'expérience des femmes par rapport aux changements corporels et relationnels est largement influencée par le vécu antérieur, les convictions sociales, les expectatives et les stéréotypes.

## Critique épidémiologique

En 1975, l'OMS a supprimé la dépression d'involution - entité nosologique quasi-spécifique de la ménopause créée par Kraepelin en 1896 - de sa 9ème classification internationale des maladies.

Le psychiatre Rouillon, montre dans sa revue générale sur l'épidémiologie de la dépression, parue en 1985, que la classique dépression de la ménopause n'a jamais été authentifiée par les travaux épidémiologiques.

Une étude prospective qui a porté sur 8.000 femmes, a montré que la ménopause ne s'accompagne pas de troubles psychiatriques, sauf chez les femmes qui ont déjà eu des troubles auparavant (McKinlay, 1989).

Actuellement, les psychiatres concluent que, contrairement à la croyance si répandue, les changements physiologiques de la ménopause ont peu d'impact sur la santé mentale.

Il y aurait plutôt une diminution de la prévalence des troubles psychiatriques mineurs dans la décennie suivant la ménopause.

Les études de population générale suggèrent un léger accroissement des troubles psychiatriques dans les cinq années avant la ménopause.

Il n'y a pas de preuves jusqu'ici de relation directe entre les modifications hormonales et la morbidité psychiatrique à ce moment.

Les événements comme les modifications de la structure familiale, le départ des enfants, les difficultés avec les parents âgés, l'implication dans le travail, et la réévaluation du rôle à venir ; ont plus d'impact sur la santé mentale que les modifications physiologiques de la ménopause.

On constate cependant que les préjugés négatifs sur la ménopause, et la conviction qu'elle présage une détérioration mentale marquée, persistent dans la culture occidentale malgré toutes les preuves du contraire.

## Quelle prise en charge proposer ?

Avec l'allongement de la durée de vie, le recul de l'âge moyen de la maternité et la profusion de soins pour conserver un visage et un corps jeunes, la quinquagénaire d'aujourd'hui n'a rien à voir avec celle de la génération précédente.

Cette période constitue « une aventure singulière », car elle interroge intimement notre rapport à la maternité et à la féminité et ne peut être traversée que de manière singulière.

« La ménopause standard, ça n'existe pas ! » affirme

Mireille Dubois-Chevallier, médecin sexologue. Telle femme sera soulagée de ne plus avoir ses règles et vivra ce tournant de vie comme une seconde jeune femme, tandis qu'une autre traversera un épisode dépressif.

Tout dépend de ce que cela fera rejaillir des profondeurs de l'inconscient : le deuil de la maternité, la peur de sa propre finitude, la difficulté de dissocier la procréation de la sexualité...

Marie-Hélène Colson souligne également l'intérêt de faire l'inventaire de l'héritage maternel, génétique et psychologique, pour ne pas répéter le schéma maternel et pouvoir vivre sa ménopause à soi.

L'axe fondamental de toute prise en charge, qu'elle soit médicale et/ou psychologique, est d'aider la femme ménopausée en souffrance à « réinvestir sa féminité » en l'informant précisément sur les changements physiologiques et psychologiques que la ménopause entraîne. L'information ne laisse pas de place à la dramatisation. Mais aussi en l'amenant à prendre soin d'elle et en ne négligeant pas certains changements intimes (sécheresse vaginale, coïts douloureux).

Nombre de femmes vivent mal la ménopause, car elles l'associent à une perte de leur pouvoir érotique. En fait, dans l'inconscient collectif, fécondité et féminité restent liées. C'est pourquoi il est essentiel de faire un travail intérieur pour investir autrement sa féminité. Expliquer aux femmes qu'une fois libérées de la maternité, elles peuvent enrichir leur sexualité, accéder à une communication charnelle plus intense et plus sereine.

Il est très important d'informer les femmes qui vont entrer dans la période de la ménopause, de même que leurs partenaires et les professionnels de santé qui les traitent, que les effets rapportés négatifs sur la sexualité sont plus susceptibles d'être dus à l'anticipation « de ces problèmes » ou à des représentations négatives qu'à d'effets biologiques ou hormonaux.

On doit les aider à s'affranchir des préjugés culturels et faire de la ménopause une étape, personnelle et épanouissante.

### Les moyens thérapeutiques :

Le traitement hormonal substitutif (THS) est réservé en priorité à celles qui souffrent de troubles climatiques : bouffées de chaleur, douleurs articulaires, sécheresse vaginale, nervosité, prise de poids... Le THS dure en général le temps des troubles, de quatre à cinq ans.

Les phytoestrogènes, dérivés du soja, sont des traitements non hormonaux assez fréquemment utilisés, même si leur efficacité est très variable et qu'il existe peu d'études sur les risques associés à une consommation au long cours.

Les psychotropes en cas d'aggravation d'un trouble psychiatrique sous-jacent (dépression, psychose, troubles anxieux...).

Les médecines douces – acupuncture, homéopathie, phytothérapie.

Psychothérapies - psychothérapie de soutien, relaxation, mindfulness, thérapie d'acceptation...

L'exercice physique permet d'évacuer la tension nerveuse, de limiter la prise de poids, mais également de diminuer les bouffées de chaleur et autres troubles du climatère.

### Conclusion

Chaque femme vit sa ménopause à son propre rythme, l'accepte plus ou moins bien ou l'assume complètement, selon sa personnalité, sa propre histoire de vie et son contexte socio-culturel et éducationnel. De ce socle biopsychosocial, découlera l'image qu'elle a d'elle-même, son envie de rester actrice de sa destinée, de continuer à séduire, de garder une vie sexuelle épanouie, ou vivre dans la culpabilité et la résignation.

Tous les professionnels de l'aide et du soin ( gynécologues, endocrinologues, psychiatres, psychologues...), doivent proposer une écoute attentive et empathique à ces femmes souffrantes lors de cette transition ménopausique car la ménopause ne fait souvent que révéler un malaise préexistant et les occasions d'être malheureuses à 50 ans sont innombrables ; le deuil de la fertilité, la jeunesse qui s'éloigne, avec tous les troubles de la séduction qui l'accompagnent, la prise de poids, le départ des enfants, la maladie ou la disparition des parents, les problèmes professionnels ou conjugaux...

Il nous faut prendre en charge la femme ménopausée dans sa globalité physique, psychologique, familiale et sociale.

### Date de soumission :

18 Septembre 2018.

### Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références :

1. Avis, N.E. ; Brambilla, D. ; McKinlay, S.M. ; Vass, K. 1994. « A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study », *Ann. Epidemiol.*, 4.
2. Ballinger, C.B. 1990. « Psychiatric aspects of the menopause », *British Journal of Psychiatry*, n° 156.
3. Deutsch, H. 1987. *La psychologie des femmes*, tome II, Paris, PUF (1ère édition 1949).
4. Dolto, F. 1982. *Sexualité féminine*, Paris, Scarabée et Compagnie.
5. EY, H. ; Bernard, P. ; Brisset, C. 1989. *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson.
6. Freud, S. 1989. « La féminité », dans *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932) Paris, Gallimard.
7. McKinlay, S.M. ; McKinlay, J.B. 1989. « The impact of menopause and social factors on health », *Progress in Clinical and Biological Research*, 320, p. 137- 161.
8. Rouillon, F. 1985. « Épidémiologie des maladies mentales ».



L'ostéoporose touche 30 à 40% des femmes après la ménopause. La ménopause est certes un facteur de risque majeur de l'ostéoporose chez la femme, il n'est cependant pas suffisant. D'autres facteurs de risque ont été identifiés, ils varient selon les populations, les régions géographiques, les modes de vie. Ils sont de deux ordres, les facteurs de risque de l'ostéoporose et les facteurs de risque élevé de chute. Leur identification permet, au plan diagnostique de poser l'indication de la DMO et au plan thérapeutique, d'agir sur les facteurs de risque modifiables.



C'est la raison essentielle qui nous a conduits à vous proposer :

1. des résultats d'études menées en population, et qui ont permis d'identifier les facteurs de risque de l'ostéoporose, le statut de la vitamine D et la ration calcique, éléments sur lesquels on peut agir ; et les facteurs de risque élevés de chute, éléments qui permettent de proposer les indications de la DMO adaptés et
2. des résultats de l'utilisation de deux molécules prescrites uniquement en milieu hospitalier ; profil des patients, modalités d'utilisation, d'emblée ou en relais, évaluation des résultats et tolérance.

Bien que n'évaluant qu'un élément intermédiaire de l'ostéoporose la densité osseuse, DMO, s'avère le plus souvent un outil d'identification, de suivi, d'arrêt ou de poursuite d'un traitement de l'ostéoporose. En cas d'insuffisance de la DMO, d'autres outils d'aide à la prise de décision thérapeutique peuvent être utilisés ; FRAX, TBS font l'objet d'une analyse avec proposition de d'application.

Ces travaux et d'autres encore, doivent permettre de proposer des recommandations nationales de prise en charge de l'ostéoporose qui manquent cruellement.

Bonne lecture

**Pr H. DJOUDI**  
*Service de Rhumatologie,  
CHU de Douéra, Alger.*

# POROSIMAX<sup>®</sup>

Alendronate monosodique **70mg**



Avec **POROSIMAX<sup>®</sup>**  
renforcez vos os au max

08 Site Oued El Kerma - Saoula Alger - Tél / Fax +213 (0) 23 53 81 19

E-mail : [contact@frater-razes.com](mailto:contact@frater-razes.com) - [www.frater-razes.com](http://www.frater-razes.com)

 Les laboratoires Frater Razes  @FraterRazes  Les laboratoires FRATER RAZES SPA

 Les Laboratoires  
**FRATER-RAZES**

**DENOMINATION DU MEDICAMENT :** **POROSIMAX** 70 mg, comprimé • **Indications thérapeutiques** Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. POROSIMAX réduit le risque de fractures vertébrales et de la hanche. Traitement de l'ostéoporose masculine. • **Posologie et mode d'administration** La posologie recommandée est de 1 comprimé à 70 mg une fois par semaine. Pour permettre une absorption adéquate de yhhb : POROSIMAX doit être pris au moins une demi-heure avant l'absorption des premiers aliments, boissons ou médicaments de la journée avec un grand verre d'eau du robinet. Les autres boissons (y compris l'eau minérale), les aliments ou certains médicaments risquent de diminuer l'absorption de l'alendronate. Pour faciliter le passage dans l'estomac, et donc réduire le risque potentiel d'irritation ou d'effets indésirables locaux et œsophagiens. L'alendronate doit être pris strictement au lever, à jeun, avec un grand verre d'eau du robinet (ou une eau minérale faiblement minéralisée en calcium et en magnésium), en position assise ou debout, au moins une demi-heure avant l'absorption des premiers aliments ou d'une autre boisson. Les autres boissons, les aliments et certains médicaments risquent de diminuer l'absorption de l'alendronate. Les patients ne doivent pas croquer le comprimé ou le laisser se dissoudre dans la bouche en raison du risque d'ulcérations oropharyngées. Les patients ne doivent absolument pas s'allonger pendant au moins trente minutes après la prise du comprimé et, dans tous les cas, jusqu'à l'absorption des premiers aliments de la journée pour réduire le risque d'irritation œsophagienne. POROSIMAX ne doit pas être pris au coucher. L'expérience clinique actuelle est de 4 ans dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique et de 2 ans dans le traitement de l'ostéoporose masculine. Utilisation chez les patientes âgées :

Les études cliniques n'ont révélé aucune différence liée à l'âge dans les profils d'efficacité et de sécurité d'emploi de l'alendronate. Par conséquent, aucune modification de posologie n'est nécessaire chez les patientes âgées. Utilisation en cas d'insuffisance rénale: Aucune modification de posologie n'est nécessaire chez les patientes ayant un taux de filtration glomérulaire > 35 ml/mn. En raison d'un manque d'expérience, l'alendronate n'est pas recommandé chez les patientes présentant une insuffisance rénale caractérisée par un taux de filtration glomérulaire < 35 ml/mn. Traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées et chez les hommes. La posologie recommandée est de un comprimé à 70 mg une fois par semaine. Utilisation chez l'enfant (moins de 18 ans) : L'alendronate a été étudié chez un petit nombre de patients âgés de moins de 18 ans, souffrant d'ostéogenèse imparfaite. Les résultats sont insuffisants pour permettre son utilisation chez l'enfant. POROSIMAX 70 mg n'a pas été étudié dans le traitement de l'ostéoporose induite par les corticoïdes. • **Contre-indications** • Maladies de l'œsophage et autres facteurs qui retardent le transit œsophagien tels que sténose et achalasie. • Incapacité de se mettre en position verticale ou de se tenir assis en position verticale pendant au moins 30 minutes. • **Hypersensibilité à l'alendronate ou à l'un des excipients.** • **Hypocalcémie** • **Surdosage\*** • **Propriétés pharmacodynamiques** Classe pharmacothérapeutique: bisphosphonate, pour le traitement des maladies osseuses, Code ATC: M05BA04. • **Propriétés pharmacocinétiques\*** • **Durée de conservation** 3 ans. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché LES LABORATOIRES FRATER RAZES forme sèche sis à 51 Rue Lazergui Kaddour Saoula , Alger ,Algérie Numéro(s) d'autorisation de mise sur le marché : 289/21G050/07 Conditions de prescription et de délivrance Liste I. \*POUR UNE INFORMATION COMPLETE, CONSULTER LE RCP.