

**UCL - RESO**  
**Unité d'Education pour la Santé**



*Quelles sont les attitudes et les  
représentations des femmes  
face à la ménopause et  
aux traitements hormonaux  
de substitution ?*

**D. DOUMONT**

**Fr. LIBION**

En collaboration avec l'asbl Question Santé

Décembre 1999  
Réf. :99-05

**Série de dossiers documentaires**

**avec le soutien de la Communauté française de Belgique**



## Table des matières

1. Introduction
2. Attitudes des femmes à l'approche et pendant la ménopause
3. Représentations des femmes vis à vis de la ménopause
4. Représentations des médecins et autres professionnels de santé
5. Place de l'éducation pour la santé
6. Conclusions
7. Bibliographie
8. Annexes

## **Quelles sont les attitudes et les représentations des femmes face à la ménopause et aux traitements hormonaux de substitution?**

Dominique Doumont et France Libion <sup>1</sup>

Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.

### **1. Introduction**

Ce dossier technique a été réalisé à la demande de l'ASBL Question santé. Il vise essentiellement d'une part, à comprendre les mécanismes d'adhésion de la femme aux traitements hormonaux de substitution en essayant de mieux cerner ses représentations du traitement et de la ménopause; d'autre part, il devrait permettre de répertorier les comportements de prévention que la femme adopte à l'approche de cette tranche de vie mais aussi pendant toute la durée de la ménopause.

Ce n'est qu'au travers de la compréhension des nombreux facteurs pouvant influencer le processus de décision et de poursuite du traitement que l'on pourra optimiser la compliance au traitement hormonal mais également toute activité de promotion de santé destinée à l'ensemble des femmes.

Toutefois, l'adhésion au traitement et surtout sa poursuite supposent la collaboration de plusieurs personnes. C'est pourquoi, il paraît pertinent de s'intéresser aussi aux représentations véhiculées par les professionnels de la santé, et plus particulièrement celles des médecins prescripteurs.

Selon la revue de littérature <sup>(30)</sup> réalisée par l'ASBL Question Santé, «en Belgique, seules 14 % des femmes postménopausées sont sous traitement et la compliance à long terme reste inconnue » (p1).

La sélection des articles revus pour ce dossier concerne les dix dernières années. La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche,..., ont conditionné le choix des articles retenus.

L'analyse de contenu de ces articles a été réalisée sur base d'une grille de lecture que vous trouverez en annexe ( annexe 1).

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont, Fr. Libion, A. Deccache, Ph. Meremans, M-A. Bertrand, Fl. Renard ( Unité Reso-UCL)

Dossiers techniques du RESO : série de dossiers réalisés à la demande d'institutions de promotion de la santé, sur des questions d'actualité, de pratiques et visant à faire le point sur les publications sur le sujet.

## Quelques définitions ...

**Ménopause** : En 1999, P. LOPES et V. RINGA ( in 26, p 33) définissent ce terme comme une période correspondant à « la cessation des menstruations », à « l'arrêt définitif des règles » ; mais également comme étant « la période de la vie de la femme qui, vers cinquante ans, succède à une aménorrhée d'un an secondaire à une insuffisance ovarienne ».

Toutefois, avant que l'on puisse parler d'aménorrhée « définitive », survient une période « d'incertitude » appelée « **périménopause** ». Cette période qui précède la ménopause est comme le signalent ces mêmes auteurs une période caractérisée par l'apparition de signes endocrinologiques, biologiques et souvent cliniques annonçant la ménopause. Il s'agirait d'une période intermédiaire entre l'âge de procréation et la ménopause confirmée.

Enfin, et d'après LERIDON ( in 26, p 33), l'âge médian de la ménopause naturelle dans la population européenne est compris entre 50 et 51 ans et demi.

Le **traitement hormonal substitutif** (THS) , en anglais appelé **hormone replacement therapy** (HRT) est « un traitement oestrogénique auquel il est recommandé d'associer un traitement progestatif chez les femmes qui ont conservé leur utérus, de manière à éviter les effets néfastes sur l'endomètre des oestrogènes qui seraient utilisés seuls.» ( in 26, p 55).

## Quelques précisions ...

Précisons que dans le cadre de cette revue de littérature, nous avons essayé de regrouper les femmes selon deux tranches d'âge : d'une part les 40 - 45 ans ( période correspondant le plus souvent à la préménopause ) et d'autre part les 50 - 60 ans ( période correspondant à la ménopause ) dans le but de répondre aux questions suivantes :

**- Comment les femmes de 40 - 45 ans anticipent-elles l'approche de la ménopause ? Que font-elles pour se prémunir des « aléas » de la ménopause ?**

**- Quelles sont les attitudes des femmes de 50 - 60 ans face à la ménopause ? Comment gèrent-elles cette transition de vie ?**

Toutefois, certains auteurs ont traité le « phénomène ménopause » sans aucune distinction d'âge.

L'étude des différents articles choisis pour cette revue de littérature a permis d'observer deux tendances.

D'une part, de nombreux professionnels de santé s'emprisonnent encore à l'heure actuelle dans un **modèle** strictement **médical**, modèle hermétique où la ménopause est alors perçue comme un problème purement organique ( physiologique) affectant « LA femme » (en tant qu'individu) et dont les symptômes ne peuvent « qu'être

guéris » ( approche strictement curative) et pour lesquels l'acteur principal ne peut et ne doit être que le médecin ( généraliste ou non ). Cette définition rencontre celle du modèle biomédical développé par J. BURY (in 29 pp30-31).

D'autre part, une autre tendance émerge et l'on voit se développer parallèlement une approche où l'accent est placé sur les valeurs humaines, où la prévention doit encadrer différents aspects de vie ( relations humaines, motivation, place du patient comme acteur de sa santé, information et choix éclairé, ...). Cette conception se rapproche du « **nouveau paradigme de la santé** développé en 1980 par FERGUSSON (in 29 p 33) mais également du **modèle global** de santé développé par J. BURY (in 29 pp 30-31).

THEISEN et al (13) soulignent d'ailleurs dans leur étude que les femmes et les professionnels de santé ont les mêmes représentations erronées de la ménopause , en raison soit d'une vision biomédicale trop stricte, soit d'une approche socio-culturelle stricte ( approche diamétralement opposée ).

## **2. Attitudes des femmes à l'approche et pendant la ménopause.**

Différentes études menées en Europe et aux Etats-Unis permettent de mettre en évidence certains points communs qui améliorent la compréhension des comportements féminins en matière de suivi et de poursuite des traitements hormonaux.

\*A Londres, en 1993, l'étude (17) menée par HUNTER et al. auprès de 90 femmes âgées de 45 ans et issues de 5 cabinets de médecins généralistes a mis en évidence que :

- 44,4 % d'entre elles pensent qu'elles n'auront pas recours aux traitements de substitution.
- 42,2 % envisagent d'y avoir recours
- 1,3 % ne savent pas.

Selon Spector TD ( 1988), Bryce FC & Lilford RJ (1990) et Wilkes HC ( 1991) cités par HUNTER et al. (17) : 7 à 10 % des femmes de 45 à 55 ans ont recours aux traitements de substitution ; toutefois, beaucoup de ces traitements sont interrompus après 6 mois.

Les motivations principales des femmes qui envisagent de faire appel aux traitements hormonaux sont de différents ordres : se sentir bien et/ou mieux, se prémunir des risques de santé ( ostéoporose, maladies cardio-vasculaires, ralentir et/ou interrompre le vieillissement, supprimer certains symptômes comme les bouffées de chaleur,...) avoir entendu des échos positifs quant à l'utilisation de ces produits, ...).

A l'opposé, les motivations évoquées par les femmes qui ne souhaitent pas adopter ces traitements sont : ne pas intervenir sur un processus dit « naturel », de

nombreuses inquiétudes générées quant aux effets secondaires, la crainte des risques sur leur santé, les contre-indications, les trop nombreuses incertitudes régnant encore en matière de traitements hormonaux, leur « non-familiarité » à la consommation de médicaments en général..

Ces auteurs n'auraient cependant pas relevés de différences significatives entre les femmes qui poursuivent leur traitement et celles qui l'abandonnent au niveau des caractéristiques socio-démographiques ni au niveau des antécédents de santé . Toutefois, ils constatent que les femmes qui envisagent de suivre un traitement substitutif sont celles qui témoignent le plus fréquemment les représentations les plus négatives de la ménopause ,ou qui manifestent une mauvaise estime d'elles-même, des états anxieux et dépressifs et/ou qui sont conseillées et aidées dans ce choix par une tierce personne ( médecin - locus of control extern ).

\*Au Canada, en 1997, une étude qualitative par focus group <sup>(4)</sup> a été réalisée auprès de 56 femmes dont la moitié d'entre elles possédaient un diplôme de niveau universitaire. Un quart de ces femmes étaient sous HRT, un tiers ont abandonné le traitement hormonal rapidement.

Les auteurs de cette étude avaient réparti ces 56 femmes en deux classes d'âge, d'une part les 40-45 ans et d'autre part les 50 - 60 ans. Toutefois , les 40 - 45 ans ont peu apporté d'informations à propos des raisons d'adhérer à un traitement hormonal si ce n'est l'importante influence de l'entourage ( amie, proches déjà concernées par la ménopause ) dans le choix et la prise de décision du traitement.

Les 50-60 ans évoquent la ménopause en terme de symptômes perçus : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, insomnie, anxiété, perte de mémoire, irritabilité, douleurs articulaires, menstruation irrégulière, ...). Toutefois, il est important de noter que plusieurs femmes déclarent que la ménopause n'est pas une période difficile à vivre , d'autres évoquent l'arrêt des menstruations comme un réel avantage.

\*En 1992, les Docteurs FUGERE & GRANGER au Canada <sup>(14)</sup> font état d'un taux de 10 % de femmes qui adoptent un traitement de substitution pendant une période de 5 à 10 ans. Les causes de non-compliance seraient plutôt de l'ordre de la peur du cancer ( cancer du sein, de l'endomètre,...), l'inconfort liées à la « persistance » de menstruations, ...

\*M. DE KONINCK <sup>(11)</sup> s'est intéressée aux femmes âgées de 45 à 64 ans. Ces femmes évoquent surtout le besoin de consulter pour comprendre et de recevoir des explications, des conseils pour opérer des choix .

\*En Belgique et dans les pays limitrophes <sup>(9)</sup> , une enquête réalisée en 1995 avait abouti aux résultats suivants :

En Belgique, parmi les 50-60 ans, 14 % de femmes suivent un traitement hormonal suite aux sollicitations et aux conseils de leur médecin, de leur entourage. Ce taux d'observance faible ( et difficile à mesurer d'après ces auteurs ) pourrait être dû aux effets secondaires indésirables ( bouffées de chaleur, prise de poids,...), au coût élevé du traitement, au côté « peu naturel » de la prise de médicaments, à la complexité perçue du traitement.

L'arrêt du traitement serait justifié chez 10 à 15 % des femmes par la survenue de règles, la crainte de prise de poids, la peur de développer un cancer (gynécologique), le risque de fertilité !

Ces mêmes auteurs constatent que l'observance du traitement est deux fois supérieure chez les femmes hystérectomisées et que les femmes ménopausées plus jeunes suivent mieux leur traitement. Le taux de compliance est toutefois consolidé si les femmes sont sélectionnées pour une étude ( plus d'observance que dans la pratique courante ).

Pour BARRETT-CONNOR cité par ROZENBERG et al (9), la prévalence de l'adhésion au traitement diminue avec l'âge. :

32 % chez les 50-65 ans

23 % chez les 60-65 ans

17 % à 65 ans

4 % chez les 85 ans.

( chiffres provenant d'une population issue de la région de San Francisco)

\*Michèle LACHOWSKY (in 26, pp 167 à 181) conclut dans un ouvrage consacré aux différents aspects de la ménopause que les attitudes des femmes sont plus curatives que préventives. Elles cherchent d'abord à réduire, voire à supprimer les symptômes bien plus qu'à les prévenir...

Les femmes perçoivent la ménopause de manière différente selon leur histoire de vie ( personnelle et/ou familiale ) ; certaines refusent cette « fatalité » féminine comme d'ailleurs elles en ont refusé d'autres ( libération de la femme ) ; d'autres par contre refusent la lutte et sont plus fatalistes « ça a toujours été comme cela ... ». Enfin, d'autres femmes ne consulteront pas : « ... justement parce que la ménopause » est un phénomène naturel, une évolution féminine inéluctable ... »

LACHOWSKY évoque aussi le paradoxe « ménopause : période de transition » et « l'hormonothérapie : traitement justifiant une observance à long terme » et met donc en évidence des visions et des logiques différentes dans le temps.

\*Le rapport technique réalisé par l'OMS (27) en 1996 sur la ménopause ( bilan de la décennie 90 ) soutient également l'idée que les femmes, face au traitement par hormonothérapie , sont plus soucieuses de la disparition des symptômes plutôt que de la prévention des risques . Ce même rapport fait état d'un taux de 20 à 30 % de femmes qui ne renouvelleraient pas leur prescription. Quant aux taux de poursuite du traitement prescrit au terme d'une période de 8 à 12 mois, il ne serait que de 30 à 40 %. Ce rapport soulève donc également l'importance de bien comprendre les motivations de non compliance.

\*L'étude réalisée par HUNTER et al. à Londres (15) ( entre 1991-1996) concernant l'évaluation d'impact à long terme d'interventions éducatives auprès de deux groupes de femmes âgées de 45 ans ( n=45 ;n=41 ) , et suivies pendant une période de 5 ans , montre que la proportion de femmes ayant l'intention de prendre des hormones dans le futur est similaire dans les deux groupes étudiés avant toute intervention éducative mais qu'ensuite les femmes du groupe « éduqué » sont plus enclines à suivre un traitement par hormonothérapie.

Les raisons évoquées pour l'observance d'un tel traitement sont la diminution des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes .

\*Une étude longitudinale réalisée au Massachussetts en 1990 <sup>(18)</sup> auprès d'un échantillon de près de 2500 femmes âgées de 45 à 55 ans ( follow-up 5 ans ) a montré que la cessation des menstruations n'a pour la plupart du temps aucun impact sur la santé mentale et physique perçue.

Cette même étude démontre que pour 42,2 % des femmes interrogées, l'approche de la ménopause est vécue comme un sentiment de « soulagement », pour 35,5 % , c'est un sentiment de neutralité qui prédomine ; pour 19,6 % il s'agit d'un sentiment partagé et enfin 2,7 % évoquent un sentiment de regret.

\*Au Michigan, en 1997, <sup>(20)</sup>, des femmes issues d'une communauté universitaire ( n = 248 ) âgées d'une part, de 40 à 45 ans ( 54 % ) et d'autre part de 46 à 50 ans ( 46 % ) ont été interviewées dans le but d'évaluer et de mieux comprendre différents types « d'intervention – communication » qui permettent aux femmes de faire un choix plus éclairé.

Un premier sous-groupe a reçu une brochure seule sans aucune autre forme d'intervention , un second groupe a reçu des informations via lecture et discussion et le dernier groupe a bénéficié d'activités diverses lui permettant d'identifier ses propres risques, de prendre des décisions, d'apprendre à mieux communiquer avec les soignants ...

De cette étude, il ressort que les femmes expriment une demande d'informations à propos de la ménopause mais aussi sur les différentes options thérapeutiques existantes. Elles demandent également de pouvoir prendre des décisions dans une logique de négociation (possibilité de « choisir en connaissance de cause » leur traitement ).

Ceci suppose et implique donc un rôle plus actif dans la gestion de leur santé mais également une parfaite communication avec les professionnels de santé.

Cette recherche a également permis de démontrer que les femmes bien informées et ayant pu participer et marquer un choix dans l'option thérapeutique sont relativement satisfaites et de fait témoignent d'un taux de compliance de +/- 50 % après 12 mois de traitement.

Cette étude souligne donc l'importance de la relation soignant – patient en terme d'impact sur le niveau d'observance du traitement.

\*Dans le même ordre d'idées, l'étude canadienne <sup>(5)</sup> réalisée en 1997 par Janine O'LEARY COBB ( 7000 lettres envoyées au Bulletin International A Friend Indeed ) souligne l'importance de la communication, de l'information.

En effet, les 40 – 45 ans « veulent savoir à quoi s'attendre... », les 50-60 ans évoquent leurs inquiétudes par rapport aux différents symptômes, expriment le besoin d'être rassurées sur le fait que leur état est normal, mais expriment aussi le besoin d'aide quant au choix d'utilisation d'un traitement complémentaire <sup>(annexe 2)</sup>.

Ces femmes ont donc besoin d'informations sur la ménopause ; en effet de nombreuses appréhensions subsistent surtout en ce qui concerne les traitements de substitution proposés ; notons que ces informations leur permettent également de garder un certain contrôle par rapport à leur santé ; l'étude évoque également la nécessité d'un traitement de substitution mais qui puisse être réversible.



\*Enfin, une étude rétrospective <sup>(21)</sup>, ( 1985 -1995 ) par questionnaire ( 214 femmes avec un taux de réponse de 65 % ) visant à comprendre les facteurs influençant le suivi ( ou non) d'un traitement de substitution montre que les femmes vivent les symptômes de la ménopause en terme de bouffées de chaleur ( 78 %), sueurs nocturnes ( 69 %), sécheresse vaginale (50 %), irritabilité ( saute d'humeur ) ( 57 %). L'étude révèle également qu'aux USA , 20 à 30 % des femmes ne commencent aucun traitement substitutif et que 20 à 40 % de celles qui commencent un tel traitement abandonnent dans les six mois qui suivent le début de la prise d'hormones (annexe 3).

### **3. Représentations des femmes vis à vis de la ménopause.**

On ne peut s'intéresser aux attitudes des femmes (pré)ménopausées ( santé vécue ) sans faire référence aux représentations qu'elles véhiculent ( santé représentée ) et à l'influence socio-économique, culturelle, religieuse et autre. Parallèlement, cette revue de littérature évoque également les représentations des médecins face à la ménopause mais aussi face au traitement de substitution prescrit ou à prescrire ...

\*Comme le cite d'HOUTAUD <sup>(31)</sup>, « ... les conduites de santé sont déterminées ou commandées chez les individus par les systèmes ou constellations d'attitudes qu'ils tiennent de leur socialisation ou acculturation par leur groupe d'appartenance.... ce principe de conduites a pris le nom des représentations sociales.... Du monde, toujours changeant, des représentations découlent en particulier les *opinions* et les *attitudes*. Dans les enquêtes ou les sondages, il est d'usage de remonter de ces deux dernières aux premières. ... les *représentations* de la santé... s'expriment dans des *attitudes* se traduisant par des *conduites* de santé. » (pp 36-39).

\*Une étude réalisée dans le KENT <sup>(23)</sup> a permis de contacter 12000 femmes de 38 à 58 ans et ce à partir d'un fichier des services de santé de la région ( Kent Family Health Services Authority records )  
La faible observance relevée des traitements de substitution serait liée à la peur du cancer, à la crainte d'une prise de poids et la poursuite des menstruations.

\*Dans un abstract <sup>(3)</sup> publié en 1995, en Oregon ( USA ), S.E. HAMPSON et J. H. HIBBARD relatent l'impression de « stigmatisation des femmes » face à la ménopause. Les femmes pensent que la ménopause est « mal vue » par les autres femmes et plus encore par les hommes ; or, la plupart des médecins seraient des hommes... Cette stigmatisation renforce encore la difficulté de communication entre patientes et médecins.

\*Dans l'étude déjà citée précédemment <sup>(17)</sup> , les auteurs évoquent le recours au traitement de substitution qui est largement influencé par le niveau socio-économique et l'état des connaissances... .

En Amérique du Nord tout comme en Belgique <sup>(9)</sup>, le recours au traitement hormonal est plus fréquent chez les femmes hystérectomisées ou ovariectomisées. Cependant, les auteurs ne fournissent aucune information quant au lien de causalité.

En l'absence d'antécédents médico-chirurgicaux, c'est le niveau d'instruction qui va influencer le recours au traitement de substitution. On constate une plus grande proportion de femmes développant des problèmes psychologiques parmi les utilisatrices de traitements hormonaux que parmi les non-utilisatrices.

Les principales motivations évoquées pour la prise du traitement sont : le soulagement des symptômes vasomoteurs, des symptômes psychologiques comme l'anxiété, la dépression et la prévention de l'ostéoporose.

Dans cette même étude, les auteurs font référence à SCHMITT et al ( 1991) qui ont examiné les facteurs influençant la décision des femmes à recourir aux traitements de substitution, après avoir reçu de l'information. Pour 120 femmes ( n = 265), l'élément principal est la sévérité des bouffées de chaleur ( il s'agit d'un choix opéré afin de soulager un symptôme actuel !). Un second groupe, composé de femmes plus « éduquées », fait de la prévention de l'ostéoporose un élément important de prise de décisions. Un 3<sup>ème</sup> groupe de femmes s'est déclaré gêné par les bouffées de chaleur mais refuse d'accepter une hormonothérapie.

Pour le dernier groupe ( 4<sup>ème</sup> ), c'est le risque de développer un cancer qui reste l'élément le plus déterminant dans le refus d'accepter un traitement hormonal.

Les principaux obstacles relevés et liés à la non-observance du traitement hormonal sont les effets secondaires liés à la prise de progestérone ( gonflement, perte de la fermeté des seins), la peur du cancer et le fait de ne pas vouloir avoir de menstruations.

\*Notons toutefois l'étude réalisée par questionnaire par K.L.M. LIAO et al (28) . Les auteurs comparent deux groupes de femmes ( dont un a vécu une séance d'informations avec discussion ) ( n =178 avec un taux de réponses exploitables de 86) et ne retrouvent aucune différence significative concernant les représentations de la ménopause et du traitement de substitution par rapport au groupe témoin. Les auteurs concluent que « la simple passation » du questionnaire conditionne à elle seule une nouvelle attitude à l'égard de la ménopause, à savoir : effets et appréhension négatifs, exception faite pour l'arrêt des règles qui est vécu comme un avantage notable .

\*Une recherche-étude (22) réalisée en Espagne en 1993 sur un échantillon de femmes dont l'âge moyen est de 50 ans ( n = 73 ) et qui se proposait de comparer 2 groupes de femmes (d'une part, 37 femmes sous traitement hormonal et psychologique, d'autre part 36 femmes sous traitement hormonal seul a démontré que les femmes sous HRT seul, ont, après 6 mois, reconnu des effets positifs sur les symptômes vasomoteurs, mais pas d'effets sur les autres symptômes. Par contre, les femmes sous HRT et traitement psychologique trouvent également des effets positifs sur l'insomnie, l'irritabilité, la fatigue, les sensations de vertige et les palpitations. Seules les douleurs musculaires et articulaires ne semblent pas être influencées par la prise de traitement.

Notons également que les auteurs rapportent qu'il n'y a aucun abandon de traitement durant les six mois de l'étude et aucun refus de traitement par hormonothérapie.

\*Le rapport de l'OMS <sup>(27)</sup> révèle que dans nos sociétés « développées » où règne en maître le culte de la jeunesse, la ménopause est dominée par la peur de vieillir, de perdre son statut et de renoncement à une vie sexuelle. Le seul fait positif évoqué concerne l'arrêt de la fécondité et la disparition des règles.

\*DE KONINCK Maria <sup>(11)</sup> souligne qu'autrefois, la ménopause annonçait la dernière étape de la vie d'une femme. Aujourd'hui, à 50 ans, celle-ci a encore un tiers de vie devant elle, ce tiers de vie devrait lui permettre de retrouver « un second souffle », une nouvelle liberté...

Au delà des changements physiologiques, la ménopause marque une période de transition entre la vie reproductive et la vie post-reproductive avec pour conséquence la prise de conscience exacerbée que le processus de vieillissement est engagé (même si l'on a encore 30 ans de vie devant soi). Dès lors s'installe auprès de certaines femmes un sentiment de mésestime de soi, dû au changement de l'image de soi et de la difficulté de gérer une image trop largement véhiculée : « la femme doit être jeune et belle, dynamique, désirable et désirée... ».

Notons également que certaines femmes se plaignent que l'on sous-estime leurs symptômes physiques

\*LACHOWSKY <sup>(26)</sup> attire notre attention en évoquant le fait que le savoir et les représentations de la ménopause et du traitement de substitution acquis par les femmes se fait dans un premier temps via le réseau social, l'entourage familial, ensuite par l'intermédiaire de lectures et d'informations et enfin seulement par les professionnels de santé.

Cette remarque soulève dès lors un problème de véracité, d'exactitude des informations véhiculées.

\*Dans le même ordre d'idées, ROZENBERG J. et al <sup>(9)</sup>, (Belgique) en 1995 ont observé qu'en Belgique et dans les pays limitrophes, la perception de la ménopause est largement influencée par les médias (magazines) et la télévision (de 33 à 68 % de femmes anglaises, françaises et allemandes). Par contre, seulement 7 à 49 % des femmes reçoivent leurs informations auprès d'un praticien (spécialiste ou non).

\*FUGERE et al <sup>(14)</sup>, équipe de médecins gynécologues canadiens soutiennent que le public, mal informé, pense que les traitements de substitution portent essentiellement sur le traitement des symptômes. L'hormonothérapie ne servirait qu'à des fins strictement thérapeutiques.

\*Une étude menée en 1997 par MARMOREO J. et al <sup>(4)</sup> met en évidence quatre domaines d'interaction régulant les représentations.

D'une part, MARMOREO décrit les « influences internes » qui font appel aux perceptions et aux sentiments : symptômes de la ménopause, avantages de l'hormonothérapie, inconvénients (effets secondaires) du traitement. D'autre part, ces mêmes auteurs décrivent des « influences externes » comme le « sexisme » (représentations véhiculées entre autre par des médecins majoritairement de sexe masculin) et « l'agisme » (médecins véhiculant des représentations erronées de la « vieille » femme ménopausée).

Une troisième catégorie est réservée aux « relations interpersonnelles » (évoquant ainsi les relations médecins – patientes).

Enfin, un dernier classement est réservé aux « conséquences » liées au traitement . Il est toutefois important de noter que chacune de ces catégories agit, selon le cas, comme facteur favorisant ou défavorisant.

Selon certaines personnes, les symptômes peuvent être perçus positivement ( l'arrêt des règles ) alors que l'hormonothérapie est perçue négativement lorsqu'elle contribue à un retour des menstruations. Les effets secondaires attribués à l'hormonothérapie influencent la décision de poursuivre le traitement ou de l'abandonner ( mastite, instabilité affective, irritabilité, ...).

La place réservée aux relations sexuelles est fort importante dans le choix de suivre ou non un traitement ; d'une part, la prise d'hormones réduit la sécheresse vaginale mais d'autre part, elle provoque un retour des cycles.

Le regard des autres est également fort important et influence la motivation à ( pour)suivre un traitement hormonal : se rendre compte ( que l'on soit homme ou femme ) que les femmes sous HRT semblent en meilleure forme, ...

\*THEISEN S.C. et al , <sup>(13)</sup> en 1993 envisage la ménopause sous deux approches : d'une part l'approche bio-médicale et d'autre part, une approche plus socio-culturelle .

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

Cette approche bio-médicale est surtout vécue dans nos pays industrialisés.

L'approche dite « socio-culturelle » décrit la ménopause comme un phénomène naturel survenant dans la vie d'une femme. Certains experts critiquent l'hormonothérapie et proposent de la remplacer par des exercices physiques et une alimentation plus équilibrée, ceci afin de combattre les risques de développer des problèmes cardio-vasculaires par exemple.

Pour d'autres experts, comme GRIFFIN (1977) <sup>(13)</sup>, l'âge et l'appartenance culturelle n'influenceraient guère les représentations de la ménopause véhiculées par les femmes .

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

Trois types de changements sont observés par BROWN ( 1982) <sup>(13)</sup> : la femme peut prendre des décisions plus importantes, elle se voit libérée des contraintes ( tâches ménagères lourdes, éducation des enfants , ...) qui lui étaient imposées dès son plus jeune âge, et donc acquiert une reconnaissance autre que son rôle strictement domestique.

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

Une étude réalisée en 1975 par FLINT (in 13) rapporte qu'en Inde, peu de femmes évoquent des problèmes liés strictement à la ménopause. Une fois l'âge de la ménopause atteint, les femmes ont accès à diverses activités socio-culturelles, elles rencontrent de nombreuses personnes et quittent ainsi leur cadre restreint de femmes.

VATUK en 1980 (in 13) a examiné les représentations des femmes de Delhi. Il n'a trouvé aucune interaction entre la période de la ménopause et le stress tant physique que psychologique des femmes.

\*A Londres, une étude (15) a été menée par HUNTER entre 1991 et 1996 auprès de deux groupes de femmes (un groupe ayant bénéficié d'une intervention éducative : discussion de groupe et séance d'informations). Le groupe ayant été « préparé » montrait de meilleure connaissance à propos de la ménopause et attribuait moins de symptômes ressentis à la ménopause que le groupe contrôle. Il n'y aurait cependant pas de différences majeures entre les deux groupes en ce qui concerne la santé en général, l'humeur. Toutefois, on note un intérêt marqué auprès du groupe éduqué pour les activités sexuelles.

Dans les deux groupes, les bouffées de chaleur sont clairement associées à la ménopause (groupe contrôle : 56 % ; groupe éduqué : 50 %).

Les femmes qui ont participé aux interventions éducatives (n = 45) déclarent que ces interventions ont influencé leur expérience de ménopause, elles ont une meilleure connaissance théorique et une plus grande conscience des changements. La participation à des sessions d'informations les ont aidées (88 %), soutenues (96 %), rendues plus optimistes (86,5 %). 75 % des femmes déclarent que les séances d'information-animation les ont aidées à partager (contrôler) leurs états émotionnels liés à la ménopause et 87 % les ont aidées vis-à-vis des aspects pratiques

\*Dans l'étude (1) destinée à mieux cerner les croyances véhiculées par les médecins et les femmes confrontées à la ménopause, LIAO KLM et al. font état du fait que la plupart des femmes révèlent une expérience de ménopause assez « quelconque » et mis à part les changements au niveau des règles, elles signalent des symptômes vasomoteurs et une sécheresse vaginale.

Paradoxalement, les stéréotypes continuent à se faire fort envahissants, tout particulièrement l'association de la ménopause à l'humeur dépressive (croyance négative).

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

De plus, certaines études ont souligné le fait que les problèmes dits psychologiques n'émergent pas particulièrement au moment de la ménopause, ils peuvent survenir à tout autre moment de vie ; les humeurs dépressives et autres difficultés psychologiques notamment, même si elles surviennent pendant la période de ménopause, ne doivent pas systématiquement être attribuées à la ménopause. Quand des stéréotypes (négatifs) sont partagés tant par le médecin que par la consultante, il semblerait que les problèmes rapportés par les femmes de 45 ans risquent d'être systématiquement attribués à la ménopause alors que d'autres facteurs, plus significatifs devraient parfois être pris en considération. Cette attitude risque d'induire des prescriptions inappropriées (prescription d'HRT alors que la

demande concerne de l'aide, du soutien) ou des attentes irréalisables ( croire que la prise d'HRT va augmenter, favoriser le bien-être de la femme ...).

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

\*L'étude rétrospective d'HALBERT, réalisée aux USA entre 1985 et 1995 <sup>(21)</sup> révèle que les femmes ( n = 214) marquent une préférence nette pour une information proposée par le médecin. 65 % de ces femmes ont parlé des effets secondaires ( vécus) à leur médecin, et le médecin a modifié la posologie ou le traitement par hormonothérapie dans 52 % des cas. Cette adaptation de traitement aux besoins et aux expériences ( programme individualisé) justifierait-elle à elle seule le taux de compliance élevé cité par les auteurs ?(89 % à 1 an et 86 % à 2 ans, par les femmes ayant répondu à l'enquête).

Ainsi , d'après ces auteurs, d'une part, la qualité de la relation médecin – « consultante » et surtout la volonté marquée du praticien d'accepter de négocier le traitement , voire, le cas échéant, de le revoir et de l'adapter aux besoins de la patiente, et d'autre part, la qualité de l'information fournie et de l'éducation influencent considérablement le taux de compliance. Une attention toute particulière est portée par les médecins sur les divers effets secondaires engendrés par la prise d'hormones de substitution.

En effet, dans cet exemple, les médecins proposent une hormonothérapie « séquentielle » , c'est-à-dire en discontinuité chez les femmes ménopausées depuis moins d'un an, ceci afin de réduire les effets secondaires ( saignements, ...) et ceux-ci s'efforcent de rappeler aux femmes lors de chaque visite la nécessité de les informer des effets secondaires vécus et surtout de ne pas hésiter à poser toutes les questions nécessaires. Les femmes alors, après une période de 1 à 2 ans de thérapie séquentielle, opteraient pour une hormonothérapie continue, sauf en cas d'apparition d'effets secondaires sévères.

MARMOREO et al. <sup>(4)</sup> s'intéressent beaucoup à la relation interpersonnelle ( relation médecin-consultante). Cette relation est, avec les relations familiales ( et tout particulièrement « l'histoire maternelle ») l'influence des amies ( ou entourage concerné aussi par la ménopause ) et des réseaux d'informations, une composante principale du « domaine des relations interpersonnelles ». Cette même relation est jugée primordiale tant pour la « gestion des symptômes de la ménopause » que pour l'information sanitaire . Parmi les candidates recrutées pour l'étude ( n = 56), 25 % continuent la prise d'HRT et 30 % ont stoppé le traitement, les 45 autres % n'ont pas de traitement par HRT ), plusieurs sont toutefois sceptiques sur le fait qu'un processus dit « naturel » ( la ménopause ) soit à l'heure actuelle tellement médicalisé et sont dès lors méfiantes et perplexes à l'égard du corps médical. Beaucoup de femmes ressentent de la déception et une certaine frustration devant l'incapacité du corps médical à leur proposer des solutions équilibrées et « positives » ( pas seulement dans une optique de prévention ). De façon plus nuancée toutefois, les femmes perçoivent les médecins de sexe féminin et/ou jeunes comme étant plus concernés et plus compétents pour gérer les problèmes liés à la ménopause. Il faut toutefois envisager ces résultats avec une certaine prudence au vu de la taille de l'échantillon, de la procédure de sélection des femmes ( sélection de

l'échantillonnage de façon à obtenir des représentantes de 3 groupes, ( sous traitement, sans plus de traitement et jamais sous traitement )) et de l'origine des femmes sélectionnées ( majoritairement de niveau universitaire ).

#### **4. Représentations des médecins et autres professionnels de santé.**

\*Pour la communauté médicale <sup>(3)</sup>, la ménopause est annonciatrice de « changements importants » chez le femme, modifications perçues surtout au niveau de sa santé ...

Beaucoup s'accordent à penser que la diminution hormonale s'accompagne d'une augmentation de risque sérieux de morbidité. Les médecins prescripteurs considèrent de plus en plus les traitements de substitution comme la solution adéquate pour réduire à court terme les nombreux symptômes associés à la ménopause et pour prévenir, à plus long terme les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose.

\*Trop souvent, la littérature médicale <sup>(13)</sup> n'envisage la ménopause qu'en terme de perte, de déclin, d'atrophie. Dès lors, MARTIN ( 1988) n'est pas étonné de s'apercevoir que les professionnels de la santé voient la ménopause de façon bien plus négatives que les femmes elles-mêmes. RANSOHOFF (1987) quant à lui émet l'hypothèse que les hommes perpétuent des visions fort négatives des femmes plus âgées et de leur sexualité.

La ménopause est bien souvent réduite à une « maladie déficiente »

Mais comment pourrait-il en être autrement alors que le modèle biomédical occidental réduit encore trop souvent la femme à une simple fonction de reproduction et dont sa valeur ajoutée est la séduction. L'hormonothérapie devient alors l'arme de combat pour rester jeune..

Trop souvent, dans nos sociétés européennes, la ménopause quand elle n'est pas perçue comme un phénomène naturel est alors médicalisée...

\*L'étude Belge <sup>(9)</sup> fournit d'autres éléments quant aux comportements des médecins face à la ménopause.

Certains perçoivent la ménopause comme un événement naturel ne justifiant aucun traitement. D'autres par contre ne prescrivent l'hormonothérapie que si la patiente est demandeuse. Une étude réalisée en Angleterre par BARLOW et al. ( in <sup>9)</sup>(Glasgow – 1989) révélait que parmi 42 % de femmes interrogées se plaignant de problèmes liés à la ménopause, 20 % seulement avaient reçu une prescription pour un traitement hormonal de substitution.

\*ROZENBERG et al. <sup>(9)</sup> font également état du manque d'études concernant le degré de sensibilité du médecin face au facteur « prévention » dans le cadre de la prescription d'un traitement de substitution. Ces mêmes auteurs citent une étude hollandaise (SOUTHAMER et al.) où 20 % des médecins interrogés n'envisagent pas la poursuite du traitement au-delà d'un an et 35 % au-delà d'une durée de cinq ans.. D'autre part, il semblerait que les médecins soient moins enclins à prescrire une hormonothérapie auprès des femmes plus âgées et cela même si des études (ROZENBERG) ont démontré l'effet bénéfique d'une tel traitement sur la densité

osseuse auprès des personnes âgées. Cette remarque rejoint les constations déjà mises en évidence par MARMERO <sup>(4)</sup>.

\*LIAO et al ( 1994) se sont penchés sur les croyances véhiculées par les médecins ( n = 24 dont 14 femmes ) et ont ensuite comparés ces croyances avec les représentations des femmes ( n = 106 ) d'âge moyen ( 45 ans ).

Les médecins perçoivent la ménopause plutôt comme une déficience hormonale ( diminution du taux d'œstrogènes ) et donc la considère comme un processus pathologique !.

Une grande partie ne sont pas d'accord avec l'idée que les femmes ( d'âge moyen ) devraient être conseillées et guidées dans la démarche de suivre ( et poursuivre ) un traitement de substitution.

Les médecins expriment souvent des idées négatives ( stéréotypes ) par rapport à la ménopause et attribuent dès lors plus facilement « une ménopause à problèmes » à des facteurs d'ordre strictement biologique.

Certains pensent également que la ménopause engendre inéluctablement des problèmes d'ordre émotionnel. Une petite partie d'entre eux évoquent ces aspects émotionnels pour prescrire un traitement hormonal. Quelques uns pensent même que l'hormonothérapie est un traitement efficace pour lutter contre la dépression

Les femmes médecins quant à elles exprimeraient des images encore plus négatives de la ménopause que leurs collègues masculins , peut-être parce qu'elles sont elles-mêmes exposées à la ménopause ( vécu) et parce qu'ayant probablement une patientèle « plus féminine » et donc beaucoup plus souvent confrontées à essayer d'aider ces patientes ... Elles prescrivent plus facilement un traitement de substitution que leurs collègues . Est-ce là un lien de cause à effet ?

## **5. Place de l'éducation pour la santé**

THEISEN et al. <sup>(13)</sup> citent l'éducation à la santé comme moyen d'aider les femmes dans leur choix, leur observance d'un traitement hormonal .  
Ils proposent quelques consignes et s'intéressent au rôle de l'éducateur à la santé .

Ces mêmes auteurs suggèrent qu'au vu de la variation des symptômes liés à la ménopause et des expériences vécues des femmes, le modèle biomédical ne suffit pas à lui seul. Il faut tenir compte des valeurs culturelles et des rôles sociaux accordés à la femme ( influence considérable sur le vécu de la ménopause ). Toutefois, adopter une perspective socio-culturelle de la ménopause suggère un nombre important de stratégies différentes pour les éducateurs à la santé.

Ils suggèrent également d'aider les femmes à « combattre » un sentiment d'inutilité et de non-désirabilité souvent véhiculé dans nos sociétés occidentales. Pour cela bien sûr, il faut également lutter contre nos propres stéréotypes tels que : la femme âgée n'est plus désirable, elle n'a plus de sexualité, ...

Les éducateurs à la santé doivent également aider les femmes à être mieux respectées et admises dans la société en mettant en valeur le rôle et l'expérience de vie de ces femmes ménopausées.



FAHLBERG et al <sup>(in 13)</sup> proposent aux éducateurs pour la santé d'utiliser des stratégies pour augmenter l'empowerment, d'acquérir une vision plus humaniste de la femme ménopausée et de tenir compte des influences socio-culturelles.

## 6. Conclusions

Au terme de cette revue de littérature, il est difficile de ne pas être déconcerté par « l'hypermédicalisation » de la ménopause.

Bien sûr, les médias restent une grande voie d'accès à l'information . En effet, une récente enquête <sup>(9)</sup> a dévoilé que les médias ( télévision, magazines ) restaient une des principales sources d'informations auprès des femmes anglaises, allemandes et françaises ( de 33 % à 68 %) alors que les femmes ne font appel aux médecins ( généralistes et/ou gynécologues ) que dans 7 à 49 %.

La littérature médicale mais également le marché publicitaire sont également incriminés dans cette surmédicalisation. En vue de prévenir des effets de la ménopause, de nombreuses publicités se focalisent essentiellement sur les problèmes cardiovasculaires, l'ostéoporose, médicalisant encore un peu plus la ménopause et renforçant ainsi cette idée auprès des médecins et des femmes.

De plus, de trop nombreuses « fausses » croyances subsistent, qu'elles soient véhiculées par le corps médical, les médias ou par les femmes elles-mêmes :

- « les problèmes psychologiques augmentent avec la ménopause » ... non, ce sont plutôt les situations quotidiennes de stress, d'angoisse bien plus que la ménopause elle-même qui engendrent des troubles émotionnels,
- « la peur d'un gain de poids lié à la prise d'hormones »..., non, la sédentarité de la femme plus âgée explique peut-être à elle seule l'éventuelle prise de poids ,
- « l'hormonothérapie comme cure de rajeunissement », ...,etc

Autant d'idées fausses qu'il est important de « rectifier »... Mais comment ?

L'approche « bio-médicale » encore trop privilégiée de nos jours limite la place de la femme dans l'appréhension et la gestion de sa ménopause.

En effet, comment réaliser des activités de promotion de santé lorsque l'on est dans une logique essentiellement « physiologique » et où toutes actions, décisions sont proposées et décidées principalement par les soignants ?

Par contre, au travers d'une approche plus globale de la santé, la ménopause « phénomène naturel » peut être envisagée dans un cadre plus élargi où l'expérience de vie, les valeurs culturelles et personnelles, les croyances , les représentations et le rôle social attribué à la femme sont pris en considération dans le processus décisionnel.

La décision de recourir ou non à un traitement hormonal doit d'une part reposer sur la divulgation d'une information exacte, claire et d'autre part sur l'examen et la prise en considération de priorités personnelles.

La femme doit être entièrement impliquée dans la prise de décision et ce choix éclairé ne pourra s'opérer qu'au travers d'une relation de confiance et d'un réel partenariat. Celui-ci ne pourra exister qu'au travers d'un apprentissage de tous les professionnels de la santé et des femmes concernées.

## 7. Bibliographie

1. LIAO KLM, HUNTER MS, (1994), Beliefs about menopause of general practitioners and mid-aged women, *Family Practice*, Vol. 11, N° 4, pp 408 – 412.
2. KUH D.L., (1997), Women's health in midlife : the influence of the menopause, social factors and health in earlier life, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, August 1997, Vol. 101, pp 923 – 933.
3. HAMPSON S.E., HIBBARD J.H., (1996), Cross-talk about the menopause : enhancing provider-patient interactions about the menopause and hormone therapy, *Patient Education and Counseling* 27, 1996, pp 177 – 184.
4. MARMOREO J., BROWN J.B., ( 1998), Hormone replacement therapy : determinants of women's decisions, *Patient Education and Counseling* 33, 1998, pp 289 – 298.
5. O'LEARY COBB J. , ( 1998 ), Reassuring the woman facing menopause : strategies and resources, *Patient Education and Counseling* 33, 1998, pp 281 – 288.
6. O'CONNOR A.M., TUGWELL P., A decision aid for women considering hormone therapy after menopause : decision support framework and evaluation, *Patient Education and Counseling* 33, 1998, pp 267 – 279.
7. WIKLUND I., KARLBERG J., (1992), Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy : a double-blind placebo-controlled study, *Am J. Obstet. Gynaecol.*, Vol. 168, Number 3, Part I, pp 824 – 830.
8. BUIST D.S.M., LACROIX A. Z., ( 1998), Are long-term hormone replacement therapy users different from short-term and never users ? *American Journal of Epidemiology*, Vol. 149, n° 3, pp 275 – 281
9. ROZENBERG S., VANDROMME J ., (1995), Observance au traitement hormonal de substitution, *Rev Med Brux* , 1995, 16, pp 295-298.
10. MARKS N. F., SHINBERG D. S., ( 1998), Socioeconomic status difference in hormone therapy, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 148, n° 6, pp 581 – 593.
11. DE KONINCK Maria, (1995), Aspects psychosociaux, *La Santé des Femmes*, La Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec, Edition Maloine, 1995, pp 215 – 219 .
12. van LEUSDEN H.A.I.M., (1993), La ménopause et après : faut-il médicaliser ? *Patient Care*, mai 1993, pp 49 – 61.
13. THEISEN S.C., KERNOFF MANSFIELD K ., ( 1993), Menopause : social construction or biological destiny ? *Journal of Health Education*, July/august 1993, Vol. 24, n° 4, pp 209 – 213.

14. FUGEE P., ( 1992), La ménopause. Hormonothérapie de substitution : plus précoce est la ménopause, plus il est important de traiter, L'Union Médicale du Canada, Mars/Avril 1992, pp 125 – 135.
15. HUNTER M.S., ( 1999), An evaluation of a health education intervention for mid-aged women : five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health, Patient Education and Counseling, 38, 1999, pp 249 – 255.
16. HUNTER M.S., (1990), Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy, Maturitas, 12, 1990, pp 299 – 314.
17. HUNTER M.S., LIAO K.L.M., ( 1994), Intentions to use hormone replacement therapy in a community sample of 45-year-old women, Maturitas, 20, 1994, pp 13 – 23.
18. AVIS N.E. , Mc KINLAY S.M., (1991), A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause : results from the Massachusetts women's health study, Maturitas, 13, 1991, pp 65 – 79.
19. PAGE FOR PATIENTS, ( 1999), A message from preventive medicine and your physician, Preventive Medicine 28, 1999, pp 465 – 466.
20. ROTHERT M.L., HOLMES-ROVNER M., (1997), An educational intervention as decision support for menopausal women, Research in Nursing and Health, 1997, 20, pp 377 – 387.
21. HALBERT D.R., Lloyd T., (1998), Hormone replacement therapy usage : a 10 year experience of a solo practitioner, Maturitas 29, 1998, pp 67 – 73.
22. ANARTE M.T., CUADROS J.L., (1998), Hormonal and psychological treatment : therapeutic alternative for menopausal women ? Maturitas 29, 1998, pp 203 – 213.
23. RUBIN R., QUINE L., (1999), Hormone replacement therapy : can nurses help ? Nursing Times, 1999, February 3, Vol. 95, n° 5, pp 46 – 49.
24. ATTALI CL., ( 1999), La consultation chez les généralistes, Femmes, médecins et ménopauses, Ages, santé, société, Edition Berger-LEVRAULT, octobre 1999, pp 111 – 125.
25. HASSOUN D. , ( 1999), La consultation chez les gynécologues, Femmes, médecins et ménopauses, Ages, santé, société, Edition Berger-LEVRAULT, octobre 1999, pp 127 – 139.
26. RINGA V., (1999), La balance bénéfices/risques du traitement hormonal substitutif, Femmes, médecins et ménopauses, Ages, santé, société, Edition Berger-LEVRAULT, octobre 1999, pp 165 – 174 .
27. OMS, (1996), Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 : rapport d'un groupe – étude scientifique, 1996, Rapport Technique n° 866, pp 83 – 89.

28. LIAO K.L.M., HUNTER M.S., (1998), Preparation for menopause : prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women, *Maturitas* 29, 1998, 215 – 224.

29. BURY J. 1988, Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications, *Savoirs et Santé*, De Boeck Université, 1988, pp 30 – 33.

30 . ASBL Question Santé (1999), Ménopause et compliance au traitement hormonal de substitution, 1999, *Revue de la littérature*, 6p.

31 . d'HOUTAUD A., 1989, La santé – Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société , *Collection Espace Social*, Presses Universitaires de Nancy, 1989, 256p.

## **8 . Annexes**

Annexe n° 1 : grille de lecture

DOSSIER A Traitement de substitution et ménopause @  
**Grille d'analyse de littérature (une par document, svp)**  
 analysé: \_\_\_\_\_

Numéro du DOC

Initiales chercheur: . Date analyse: /99 **Echéance retour à DD: Ma 7.12.99 à 14h**

**NB: merci de rester succinct et clair !** Si des informations sont répétées, ne reprendre que la réf (année, N° de doc...)

Pour info : cette recherche concerne les **femmes de 40 à 60 ans** avec distinction de deux groupes d'âge : les femmes de **40 – 45 ans ( préménopause )** et les femmes de **45 – 60 ans ( mémopause et postménopause )** qui sont confrontées à un problème de santé eu égard à leur âge : le **traitement thérapeutique par hormones de substitution**. D'autre part, les **médecins** ne seront pas laissés pour compte dans cette revue de littérature puisque nous envisagerons d'étudier les **représentations** qu'ils ont de la ménopause et des traitements hormonaux.

	Question / sujet d'analyse	synthèse des informations trouvées (svp avec <b>réf de l'année</b> du doc, de la réf ou de l'action ou de la rech )
<b>1</b>	<p>Comment les <b>femmes de 40-45 ans</b> anticipent-elles l'approche de la ménopause ?</p> <p><b>Que font-elles pour se prémunir des « aléas » de la ménopause ?</b></p> <p>(Préciser l'année et le pays ainsi que la méthodologie utilisée pour le recueil des informations )</p>	
<b>2</b>	<p><b>Quelles sont les attitudes des femmes de 50-60 ans face à la ménopause,</b></p> <p>comment gèrent-elles cette transition de vie ?</p>	

3	<p><b>Quelles sont les représentations de ces 2 groupes de femmes par rapport à la ménopause et aux traitements de substitution ?</b></p> <p>Ces représentations sont-elles influencées par le niveau socio-économique, le niveau d'appartenance culturelle et/ou religieuse , le niveau d'éducation ... ?</p>	
4	<p><b>a) Comment « la médecine » mais surtout les « médecins » répondent à ces représentations ?</b></p> <p><b>b) En quoi la relation patiente-médecin influence-t-elle la prise de décision ( et la poursuite du traitement) ?</b></p>	
5	<p><b>a) Quelles sont les représentations véhiculées par les médecins concernant la</b></p>	



	<p><b>ménopause et les traitements de substitution</b> ( en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques, de leur âge, de leur sexe, de leurs croyances religieuses, du type de patientèle, du type de pratique ) ?</p> <p><b>b) Quelles sont leurs images du vieillissement ?</b></p>	
<b>6</b>	<p><b>Divers:</b> autres informations très pertinentes éventuelles trouvées:</p>	