

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1990

N° 6

APPROCHES SOCIO - EPIDEMIOLOGIQUES
DE LA MENOPAUSE EN MILIEU
RURAL ET URBAIN

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

par

Mademoiselle Alima KONATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

PRÉSIDENT : PROFESSEUR ALIOU BA

DIRECTEUR : PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA

MEMBRES : DOCTEUR SY NÉE AIDA SOW

DOCTEUR KADRI TANKARI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1990-1991

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Docteur M. CISSE	Secrétaire Général
Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES
1. PROFESSEURS AGREGES

1. Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de D.E.R Chirurgie
2. Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
3. Professeur Bocar SALL	Ortho. Trauma. Secourisme
4. Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
5. Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
6. Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
7. Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
8. Professeur Alain DELAYE	Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

1. Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
2. Docteur Madame SY Aïssata SOW	Gynécologie-Obstétrique
3. Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
4. Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
5. Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
6. Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale-Soins Infirmiers
7. Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
8. Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
9. Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
10. Docteur Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L.
11. Docteur Mme Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
12. Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
13. Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation

2. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
----------------------------	----------------------------

2. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharmacie
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Ousmane DOUMBIA	Pharmacie chimique

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Docteur Mme Cisse Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------------------------------	---------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de Conférence en Santé Publique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA	Epidémiologie
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Bocar TOURE	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bakary SACKO	Biochimie
Professeur Messaoud	Biologie Végétale
Professeur Karango TRAORE	Cryptogamie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES
1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryo
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie Analytique

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Professeur Moussa HARMA	Chimie Organique-minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW	Biophysique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mamadou KONE	Anatomie-Physio-Humaines

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur Amadou TOURE	Histi-Embryologie
Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES
1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pneumo-Phthisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Pierre BOCIN	Dermato-Léprologie

CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mme MAIGA Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Madame DEMBELE	Mathématiques
Professeur Yoro DIAKITE	Mathématiques

ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Kador TRAORE	Médecine Interne
Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Moussa I. MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Microbiologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur KONARE Habitatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicale
Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie Générale
Docteur Sahari FONGORO	Méphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Monsieur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtamologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtamologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamie
Professeur Léopold TCHAGPE	Pharmacie Chimique
Professeur Ababacar FATE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIAN	Pharmacologie
Professeur Mamadou KOUMARE	Pharmacologie

PERSONNES RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Mme SANGARE	I.N.R.S.P.
Docteur Chiempéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie Paul DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur RECHEMICOFF	I.N.R.S.P.
Docteur DICKO	P.M.I. Sokoniko
Docteur M. TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Mme TRAORE J. Thomas	I.O.T.A.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement la Coopération Sanitaire Italienne pour son soutien matériel logistique et financier dans l'élaboration de ce travail.

Une attention particulière va à l'endroit de Madame la Coordinatrice de ce projet "Mme Augusta Angelucci" pour sa valeureuse contribution. Son aide et ses encouragements ont été pour moi de réels facteurs de stimulation.

La bonne humeur qu'elle a su entretenir dans notre grande équipe, l'enthousiasme et le dynamisme qu'elle manifestait à tous les instants, sa simplicité et sa disponibilité totale ont été de beaucoup dans l'élaboration de ce travail. Je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée. Son amour du travail bien fait ses qualités humaines, sa grande culture et son attachement à la recherche font d'elle un exemple à suivre.

Je tiens à l'assurer ici de ma gratitude et de mon profond attachement.

Longue vie à la Coopération Sanitaire Italienne en général, en particulier à Mme la Coordinatrice du projet pour les efforts qu'elle ne cesse de déployer et pour toutes ses interventions sanitaires en 1ère et 7è régions du Mali.

Mes vifs remerciements à mon frère et ami

Mr Modibo DIARRAH

Chef du Service Informatique et Statistique de l'INPS.

Enfin est venue l'heure de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Vous avez été la flamme qui a guidé ce travail.

Aucun mot ne saurait vous exprimer ma reconnaissance.

En témoignage de l'affection que vous m'avez toujours manifesté par votre confiance en moi, votre disponibilité et le soutien que vous n'avez aucunement ménagé pour la réussite de ce travail .

Trouvez à travers ce modeste travail le témoignage de ma sincère gratitude.

JE

DEDIE

CE

MODESTE

TRAVAIL

- Au Seigneur, Tout-Puissant et Miséricordieux ,
- Maître Suprême de la Terre et des Cieux,

Tu nous a permis de surmonter tous les obstacles et difficultés avec foi et sérénité jusqu' aujourd'hui où je loue toute ta puissance.

Eclaire nos pas sur le chemin qui nous reste à parcourir et veille sur nous, aujourd'hui, demain et toujours.

Gloire à Dieu au plus haut des cieux et Paix aux hommes sur Terre

AMEN

A toute la famille DIARRA

Que ce travail soit l'expression de la profonde affection que je vous porte.

Reconnaissance et Affection

A tous les défunts de ma famille

que le Bon Dieu Tout-Puissant vous accordent sa clémence et sa bénédiction. AMEN !

Je dédie cette thèse.....

A la mémoire de mon père : Feu Mamadou KONATE

que la mort à très tôt arraché à mon affection.

En bon père, bien que je ne t'ai connu qu'à travers tes photos tu as toujours souhaité que j'aie de l'avant afin d'avoir un métier noble. Ta persévérance m'a orienté vers ce noble métier de médecin. Aujourd'hui me voilà en fin d'études médicales ce travail t'appartient.

Il est le témoignage de ma filiale gratitude en ce moment solennel où tes vœux vont être exaucés.

Repose-toi Papa dans la paix du Seigneur !

A ma mère : Fanta MAIGA

"Tata" comme nous avons plaisir à t'appeler depuis notre tendre enfance.

Ta peur a toujours été grande chaque fois qu'une d'entre nous doit subir des épreuves de fin de cycle scolaire. A juste titre, je te nomme "mère poule" sois heureuse en ce jour où une de tes filles te fait connaître encore une fois la joie et la paix du cœur.

Ce travail est le fruit de toutes tes peines que Dieu t'en remercie.

A Papa : Mountaga TRAORE

Tu as toujours su nous donner le meilleur de toi-même. Malgré tes nombreuses responsabilités familiales et professionnelles, tu as toujours su trouver le temps et les moyens pour tenter de parfaire l'avenir de tes enfants.

Ce travail est à toi.

Puisse ce travail couronner la juste récompense de tes peines et de patience.

A notre grand-mère : Feue Marie DIARRA

Plus qu'une grand-mère, tu as été pour nous une mère :

- une mère qui n'a cessé de nous dorloter
- une mère qui s'est toujours dévouée pour nous jusqu'au jour où son heure à sonné.

Le Seigneur a donné et
Le Seigneur a repris
Que le nom du Seigneur soit béni.

A mes sœurs

MARIE et MADINA

Que ce travail soit pour vous l'illustration des réalités de la vie. Et que vous ayez toujours à l'esprit que la réussite est le fruit de la persévérance et de l'abnégation.

Vous restez pour moi un exemple de bonté et de générosité. Je vous embrasse très fort.

A mon tonton : Mr Oumar Issaka BA

Tu as consenti de lourds sacrifices pour faire de moi et de toutes mes sœurs ce que nous sommes aujourd'hui.

Tu n'a cessé de nous témoigner ton affection et ton estime dans les heures difficiles de notre vie.

Dieu a voulu aujourd'hui que tu sois récompensé que le Tout-Puissant t'accompagne pour toute cette tendresse que tu as su toujours nous entourer.

A mes oncles et tantes paternels

Moussa Konaté

Yaya Konaté

Ibrahim Konaté

Aïssatou Konaté

Toute ma filiale reconnaissance

A mon tonton : Oumar Gorel CISSE

Que ce travail soit l'expression de la profonde affection que je vous porte.

Votre sens du devoir restera pour moi un exemple.

Vous avez été pour moi un support, un guide, ton aide sans faille m'a été d'une utilité inestimable.

Reçois ce travail comme un faible témoignage de ma très grande reconnaissance.

A mes oncles et tantes maternels

- Tante Agnés DIAROUMEYE
- Adama TRAORE
- Issaka KONE
- Louis Déodat, Daoulé, Awa DIARRA
- Fatoumata Abdoulaye MAIGA
- Habi CAMARA

Soyez assurés de mon filial attachement.

A mon frère : Samba Lamine TRAORE

Votre sens du devoir, vos conseils et votre accueil à tout instant m'ont profondément touchés.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse admiration.

A mes cousines et nièces

Mafili Koné
Rabia Traoré
Aïssata Traoré
Assa Traore

Je suis de cœur avec vous et tous mes vœux vous accompagnent.

A ma chère amie : Awa DOUMBIA

Bonne conseillère, tu t'es toujours dévouée pour moi.
Le moment tant attendu s'annonce.

"L'amitié est un joyau dont le cœur est l'écrin".
Ce travail est à toi.
Tous mes vœux t'accompagnent.

A mes camarades de promotion sans oublier personne.

A Hamadine Samaké,
Gérard Dakouo
Mohamed BABY

Pour les six années passées ensemble sur les bancs des amphis,
pour les moments inoubliables.

A mes amis de Côte d'Ivoire et de Bamako

Oumou Traoré
Ramata BA
Diana Soukouna
Djigbenou Anique
Vieux Traoré
Mohamed CISSE
Demba SIDIBE
Dr Daouda MALLE, Chef de Projet "SAVE THE CHILDREN"

"Les vieux amis sont comme les vieux vins qui en perdant de leur
verdeur et de leur montant gagnent en chaleur suave" SAINTE
BEUVE

A mon grand-père : Feu Georges KONATE

Je sais que tu avais souhaité que je sois jugé en ta présence,
que le Tout-Puissant te garde dans sa Miséricorde.

A Mme DICKO Massaran KONATE, Présidente de l'UNFM

A tous mes parents, amis et connaissances

que je ne puis nommer de peur d'en oublier mais que, j'en suis sûr
sauront se reconnaître.

Estime et amitié profonde.

A tout le personnel du service informatique de l'INPS

- Modibo SOW

A Mme Diallo Marie-Yvonne DIARRA, Projet FED "Cesiri so"

Soyez remerciés de votre bienveillance à mon égard.

Aux Chefs de poste médicaux des différents arrondissements de Sanonkoroba, Loulouni, Niéna, Négala, Zégoua, Ouéléssébougou et aux médecins chefs des cercles de Kolokani, Djénné et de la région de Sikasso

A Mr Boubacar TRAORE, Professeur de maths

Profonde reconnaissance.

A Mr et Mme Rokia Ba Touré

Puissiez-vous trouver ici toute ma reconnaissance.

Bonheur et Paix

A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce travail et à tout le personnel de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

A toutes les sœurs du Lycée Notre-Dame du Niger.

Mes meilleurs souvenirs.

A NOS MAITRES

ET JUGES.....

A mon maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Aliou BA

- Professeur d'ophtalmologie
- Chevalier de l'Ordre National
- 1er doyen de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Homme de caractère, vous suscitez le recul au premier contact.
Je suis encore plus sensible à l'honneur que vous me faites de
présider le Jury de cette thèse.

Homme de cœur, vit en vous un être important.

Celui du Père soucieux de l'avenir de ses enfants.

Votre don d'analyse et de synthèse nous ont prouvé que vous étiez
un grand pédagogue.

Bien que nos contacts n'aient pas été fréquents pendant mon séjour
dans votre service, soyez assuré, cher Maître de toute mon
admiration et tous mes remerciements.

A mon Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Sidi Yaya Simaga

- Professeur agrégé en Santé Publique
- Chef de DER de Santé Publique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Vous avez créé en nous la vocation de la santé rurale, celle d'être un homme du terrain parce que Pédagogue, vous menez un combat d'homme et d'action contre le laxisme, la légèreté dans l'exercice de notre fonction et surtout la légèreté de nos connaissances.

Je demeure très honoré de la confiance que vous me faites en me confiant ce travail.

Je resterai toujours admirative devant une telle disponibilité et de telles connaissances larges et actuelles dans le domaine de la Santé Publique.

Vous m'avez toujours manifesté un attachement et une sympathie grandiose.

Cher Maître, soyez assuré de mon profond attachement et de ma sincère admiration.

A Mon Maître et Juge

Dr SY Aida SOW

- spécialiste en gynécologie-clinique

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Nous rendons hommage à la clarté de l'enseignement de gynécologie que vous nous avez assuré pendant nos études. Ceci fait une fois de plus la preuve des qualités humaines par lesquelles vous avez conquis la sympathie des étudiants.

J'ai toujours été sensible aux conseils que vous me prodiguez chaque fois que j'ai l'occasion de converser avec vous.

Veillez trouver ici l'expression de mon attachement respectueux.

A mon Maître et Juge

Dr Kadri TANKARI

- Médecin Epidémiologiste, fonctionnaire à l'OMS
- Docteur en Santé Publique

Vous êtes pour nous un modèle d'humanisme et l'homme du travail bien fait.

C'est un grand honneur pour nous de pouvoir compter sur votre présence dans le jury de cette thèse.

Votre abord facile, sans protocole particulier.

Votre courtoisie et l'étendue de vos connaissances méritent admiration.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre profonde admiration.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

III- METHODOLOGIE ET CADRES D'ETUDE

IV - JUSTIFICATIFS DE L'ECHANTILLONNAGE

V - RESULTATS AVEC ACCENT SUR LES PRINCIPAUX SIGNES
RETROUVES

VI - VECU SOCIO-CULTUREL

VII - CONCLUSION - ANNEXE

VIII - BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le mot "Ménopause" désigne le moment où les règles s'arrêtent définitivement. Ménopause, mot apparu en 1923 dans la langue française selon le dictionnaire Robert, provient des mots grecs = mên, mênos qui signifie mois (d'où mêniaia = menstrues) et pausis = cessation.

Dans différents dictionnaires, diverses définitions assez proches du mot ménopause sont énoncées.

Ainsi, on peut relever :

- selon le Robert : "fin de la fonction menstruelle, époque où elle se produit" ;
- selon le Quillet-Flammarion : "arrêt physiologique des fonctions menstruelles vers l'âge de 45 à 50 ans" ;
- selon le Larousse : "cessation définitive de l'ovulation et des règles chez la femme" ;
- selon le littré : " cessation des règles, temps critiques des femmes" ;
- selon le Garnier et Delamare : "fin de la fonction menstruelle ;
- selon le Talmud : " une femme est vieille c'est-à-dire atteinte par la ménopause, quand à l'approche de l'âge critique, elle ne voit pas son flux cataménial pendant trois époques consécutives.

Depuis les temps les plus anciens, le phénomène de la ménopause a posé problème et a été perçu comme un problème philosophique : qui dépasse largement le cadre de la médecine conventionnelle.

Il semble spécifique à l'espèce humaine.

Il symbolise un des plus vieux mythes, une des plus anciennes aspirations de l'homme : lutter contre la vieillesse.

Même au niveau du corps médical, la perception et l'attitude vis-à-vis de ce phénomène est variable.

Ainsi pour certains auteurs : "qui au nom d'une tradition rigide, d'une étroitesse de vue regrettable se cantonnent obstinément dans une médecine uniquement curative c'est-à-dire du "coup par coup".

Pour d'autres : "ceux qui sont prêts à traiter la ménopause considérant cet état comme une carence hormonale réalisant ainsi une médecine préventive efficace".

Au Mali, notre étude semble inaugurale dans le domaine et les objectifs recherchés sont les suivants :

- décrire les aspects sociaux du phénomène au niveau de certaines ethnies du Mali ;
- rechercher par interrogatoire et non par examen clinique des pathologies antérieures à la ménopause, celles qui sont apparues avec elle et qui sont aggravées par elle ;
- reporter des traitements traditionnels ou éventuels appliqués ;
- rechercher d'éventuelles liaisons entre la ménopause et certains paramètres tels que : âge, parité, statut matrimonial , groupe ethnique, zone géographique.

L'étude se compose de trois principaux chapitres :

- 1- rappel physio-pathologique
- 2- méthodologie et cadre d'étude
- 3- analyse des résultats
- 4- vécu socio-culturel

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

MENOPAUSE

Elle correspond à une date, celle de la dernière menstruation. Une aménorrhée d'une durée égale ou supérieure à un an témoigne d'une ménopause confirmée avec une probabilité élevée de l'ordre de 90%, et il est admis qu'on ne peut parler de ménopause avant un tel délai actuellement.

I/ QUELQUES DEFINITIONS

On distingue chronologiquement 3 périodes :

- la période d'activité génitale : qui va des premières règles aux premières manifestations de la défaillance ovarienne ;
- la périménopause : qui débute avec les premières irrégularités menstruelles et/ou les premiers troubles fonctionnels. Elle englobe la ménopause proprement dite.
- la post-ménopause ou ménopause confirmée : 2 remarques sur les définitions utilisées :
 - l'une sur le plan de la terminologie : le terme français : préménopause : période de troubles précédant l'arrêt des menstruations à ne pas confondre avec le terme anglo-saxon "premenopausal women" qui désigne actuellement la période d'activité génitale allant de la puberté à l'âge des premiers troubles ;
 - l'autre sur la définition des ménopauses précoce et tardive : l'âge de survenue de la ménopause est autour de la cinquantaine habituellement. Mais il existe des ménopauses qui surviennent dès la quarantaine passée et à l'inverse des femmes encore réglées à 55 ans. Avant 40 ans, une ménopause est dite précoce après 55 ans tardive.

A/ TABLEAU ILLUSTRANT L'ASPECT CHRONOLOGIQUE
DE LA MENOPAUSE

1	Période d'activité génitale	2	Périménopause	3	Ménopause confirmée
"Préménopausal women"					
Ménopause		ou			
" Postménopause"					
Troubles cliniques "préménopause"		Période d'incertitude <-----> 1 an			

II/ IMPORTANCE DE L'AXE HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRE DANS LA MENOPAUSE

A/ l'hypophyse

A la ménopause, on constate une libération de l'axe hypothalamo hypophysaire vis-à-vis de l'action exercée par l'œstradiol 17 β et l'inhibine.

La FSH hypophysaire en permanence freinée par le rétro control négatif de l'œstradiol et de l'inhibine durant le cycle, s'élève au début de la préménopause ; par contre l'œstradiol et la LH sont à ce moment normaux.

L'inhibine est une hormone polypeptidique secrétée par les cellules de la granulosa.

L'élévation de la LH sera tardive et moins importante.

B/ l'hypothalamus

La LHRH subit une augmentation importante lors de la ménopause. la production de LHRH hypothalamique est liée à la chute des œstrogènes qui exercent une action de freinage sur la synthèse de LHRH grâce à la Dopamine. L'inhibine exerce aussi une action de freinage sur la libération de la LHRH.

La sécrétion exagérée de LHRH se repercute au niveau des gonadotrophines hypophysaires donc sur la sécrétion de LH.

L'augmentation des gonadotrophine hypophysaires FSH et LH est liée à la fois à l'élévation de la LHRH endogène et à la chute de l'œstradiol et de l'inhibine.

III/ PHYSIOPATHOLOGIE

Endocrinologie

La ménopause ou arrêt définitif des menstruations se caractérise sur le plan endocrinien par la disparition de l'activité cyclique de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien avec faillite des sécrétions gonadiques et perte de la fertilité.

La femme s'individualise par la longueur de la phase de quiéscence ovarienne surtout depuis que l'espérance de vie a augmenté. Chez l'homme par contre, la spermatogénèse et la sécrétion d'androgène persistent au-delà de 70 ans et ne diminuent par la suite que très progressivement.

La péri-ménopause : entre 40 et 50 ans est une période de transition où la mécanique ovulatoire s'altère entraînant d'abord une dysovulation avec insuffisance en progestérone puis une anovulation avec sécrétion œstrogénique anarchique et carence complète en progestérone.

La post-ménopause : ou ménopause confirmée est marquée par la disparition des phénomènes évolutifs de l'ovaire. La carence œstrogénique et progestéronique et l'absence de règles signant la mise au repos des ovaires. La ménopause est donc classiquement rapporté à l'épuisement progressif du stock folliculaire.

L'ovaire en outre, continue à participer à la production des stéroïdes sexuels par l'intermédiaire de la Δ -4 androsténédione.

Aussi la survenue d'une grossesse après 40 ans, la constatation d'une reviviscence ovarienne plusieurs années après l'arrêt définitif des règles ou la mise en évidence d'une forte imprégnation œstrogénique avec hyperplasie de l'endomètre favorisant la survenue d'une néoplasie, invitent-elles à une certaine prudence diagnostique et thérapeutique.

IV/ FONCTION OVARIENNE

Périménopause : le capital folliculaire fixé au cours de la vie fœtale à 7 millions de follicules (fœtus de 5 mois) il n'en reste que 10 000 vers l'âge de 40 ans.

Post-ménopause : l'absence de follicule cavitaire ou plein s'impose. On constate la persistance de quelques follicules primordiaux qui n'aboutiront pas à l'ovulation à cause des signes d'altération et de la sclérose corticale intense qui est un obstacle mécanique.

* A la périménopause : au niveau de l'ovaire, le nombre de follicules primaires regresse. Cette théorie d'épuisement folliculaire est énoncée par ALBRIGHT en 1936 et vérifiée par BLOCK cela sous l'action d'une élévation de la FSH.

Les follicules involutifs atrétiques augmentent. Les follicules évolutifs sont imparfaits : granulosa absente totalement ou partiellement, diminution de la thèque interne, follicules plissés caractéristiques avec aspect hyperplasique de la granulosa sans métaplasie lutéale. Ces follicules assez défectueux peuvent arriver à maturation et être fécondés avec un risque accru de malformations chromosomiques.

* A la post-ménopause : les fibroblastes du stroma ne s'organisent plus en thèque mais donnent naissance au stroma hyperplasique sous l'effet d'une hyperstimulation hypophysaire, stroma intervenant dans la sécrétion d'androsténédione en post ménopause.

V/ TROUBLES DE LA MENOPAUSE

a) les troubles du cycle

- l'aménorrhée définitive est le plus souvent précédée d'irrégularité menstruelles : alternance de cycles courts et de cycles longs, véritable anarchie des cycles avec succession de période d'aménorrhée et de périodes de saignements menstruels.

- la courbe de température devient plate

b) bouffées de chaleur

Signes caractéristiques de la ménopause.

Ce sont des sensations soudaines de chaleur au niveau de la face, s'étendant à la nuque, et au thorax accompagnées d'un rougissement par plaques des surfaces cutanées et se terminant par une sudation et parfois des frissons qui durent 30 secondes à 2 minutes s'accompagnant d'une élévation du pouls sans élévation de la TA. C'est un trouble vasomoteur très gênant qui est un motif de consultation ressenti par 85% des femmes en âge de ménopause.

Physio-pathologie des bouffées de chaleur

On peut admettre qu'elles sont dues à un déficit d'œstrogènes et une élévation des gonadotrophènes (FSH, LH) hypophysaires car l'œstrogénothérapie entraîne une disparition de ces bouffées.

La bouffée de chaleur est la conséquence d'une mise en jeu des centres hypothalamique de la thermorégulation entraînant une vaso dilatation cutanée.

Les bouffées de chaleur surviennent chez les hommes traités par œstrogènes à forte dose pour cancer de la prostate et chez lesquels le traitement est brutalement interrompu. On peut évoquer l'intervention de substances vasoactives comme les catécholamines au niveau des centres hypothalamiques.

VI/ TROUBLES PSYCHIQUES

* Troubles du caractère : instabilité, irritabilité, hyperactivité ou apathie, dépression, tristesse.

* Troubles de la sexualité : diminution de la libido, troubles névrotiques avec aversion pour le partenaire et une véritable dysparéunie. A l'inverse souvent il y a un accroissement du désir sexuel avec recherche de partenaires ou de pratiques sexuelles nouvelles.

* Troubles psycho somatiques : asthénie, céphalées, vertiges, palpitations, pertes de mémoire et d'attention, insomnie.

* Troubles psychiatriques : rares et se résument souvent en psychoses (manie, mélancolie, syndromes délirants aigus ou chroniques).

* Syndrome climatérique : inconstant. Défini par la présence de symptômes au cours du climatère qui marque la transition entre la phase féconde de la vie et celle de la cessation de la faculté de reproduction. On parle de ménopause muette à son absence.

D/ Troubles cutanés :

- peau : sécheresse cutanée due à un déshydratation de la couche cornée, favorisée par l'environnement (sécheresse de l'air dans les habitations) surtout en zone rurale, responsable de kératodermie plantaire de la ménopause.

- acné rosacée avec érythrose faciale paroxystique surtout post prandiale (visage) qui cède au traitement aux cycline ou au métronidazole.

- hypomélanose idiopathique : dyschromie cutanée faite de plages blanches.

- eczémas des jambes : dus à l'insuffisance valvulaire veineuse et à l'excès pondéral.

- phanères : léger hirsutisme, cuir chevelu plus sec, diminution modérée du nombre de cheveux.

E/ troubles cardiovasculaires : les accidents cardiovasculaires sont la conséquence des effets de la carence œstrogénique sur la TA, la paroi vasculaire, la coagulation et le métabolisme lipidique. La ménopause paraît avoir des effets favorisant l'apparition d'athérosclérose et de maladies coronariennes la prévalence de l'hypertension artérielle augmente plus avec l'âge chez la femme que chez l'homme.

F/ Ostéoporose post-ménopause

Dans ce cas aussi, le rôle de la carence œstrogénique dans l'accélération de la perte osseuse est important, car dans l'hypothèse d'ALBRIGHT, les œstrogènes favorisent la stimulation de la formation de l'os par leur action anabolisante de façon indirecte.

Défini comme "la diminution de la masse d'un os normalement minéralisé telle qu'elle expose à un risque anormal de fracture".

Risque de survenue de fractures spontanées ou après traumatismes minimes entraînant une impotence fonctionnelle importante.

Peut s'observer lors de : dorsolombalgies chroniques cédant au décubitus, à l'occasion d'une hyperlordose lombaire, cyphose dorsale, à la suite d'une fracture du col du fémur, d'une fracture du poignet ou d'un tassement vertébral.

VII/ Modifications des organes génitaux siégeant au niveau de :

- vulve : on constate une atrophie, un rétrécissement et une décoloration siégeant au niveau de la vulve, amincissement des glandes et des petites lèvres et une dépigmentation. Les poils du pubis se clairsemment.

On peut observer des lésions muqueuses comme le lichen scléroatrophique (Kraurosis vulvae). Ce lichen entraîne prurit, brûlures et dysparéunie.

- vagin : subit aussi une involution, la muqueuse devient sèche, se décolore et saigne au moindre traumatisme, d'où on peut observer le plus souvent des vaginites mycosiques par diminution du PH vaginal qui perd son acidité et devient basique et par modification de la flore bactérienne.

Effacement des culs de sac vaginaux.

- col : devient conique, pâle avec tendance de sténose de son orifice externe entraînant une sclérose tissulaire.
- fibromes utérins : empêchés par l'administration de progestérone.
- hyperplasie de l'endomètre en association souvent avec une mastopathie bénigne entraînant ménometrorragies réagissant au traitement médical. Ceci constitue un facteur favorisant du cancer de l'endomètre.
- corps utérin : il s'atrophie avec involution des fibromes. On observe une atrophie endométriale profonde.
- ovaire : s'atrophie et n'est plus perceptible en post-ménopause.
- sein : atrophie de la glande mammaire, résorption du tissu graisseux sous-cutané, atrophie parenchymateuse avec disparition des lobules et condensation fibreuse du stroma. Les mamelons deviennent petits et perdent leur pouvoir érectile.
- prolapsus génitaux : s'aggravent à la ménopause et on a la fréquence de l'incontinence urinaire dû au relâchement du soutien vésical.

VIII/ REMARQUES

Androgènes : diminuent progressivement avec l'âge et la disparition progressive de l'action antagoniste de la progestérone et de l'œstradiol antiandrogènes physiologiques entraînant des signes de virilisation modérée.

Prolactine : diminue à taux voisin de celui de la petite fille ou du sujet masculin(5 à 10 ug/l) dû à la disparition de l'action des œstrogènes sur les cellules lactotropes.

Métabolisme phosphocalcique : diminution de la calcitonine et augmentation de l'action de la parathormone sur la décalcification osseuse (conséquence de la carence œstrogénique).

- *Oestrogènes* : stimulent la synthèse de la TBG (thyroid-binding-globulin) : protéine porteuse hormones thyroïdiennes circulantes.

Donc la diminution des œstrogènes entraîne une diminution de la TBG donc des hormones totales d'où prédominance dans le sexe féminin de la pathologie thyroïdienne (maladie de Basedow ou insuffisance thyroïdienne).

Influence de certains facteurs sur l'âge de la ménopause

- *hérédité* : elle surviendrait souvent aux mêmes âges dans une même famille.
- *race - climat* : les races méditerranéennes et africaines sont ménopausées plus tôt que les races nordiques.
- *mode et conditions de vie* : les femmes qui travaillent sont ménopausées plus tôt que celles qui restent au foyer.
- *les conditions nutritionnelles* : les femmes sont ménopausées plus tôt dans les régions les plus démunies.
- *parité* : il semble que les nullipares sont ménopausées plus tôt et que l'âge s'élève de façon significative avec la parité.
- *statut conjugal* : le statut marital retarde l'âge
- *obésité* : mentionnée comme étant un facteur de précocité.
- *tabac* : la ménopause survient plus tôt chez les femmes qui fument (phénomène dû à l'action de la nicotine sur les centres hypothalamiques ou sur le foie par induction enzymatique ou à l'action du benzopyrène qui entraîne une raréfaction ovarienne précoce.

Données biologiques

- *Périménopause* : se caractérise par une diminution progressive des hormones stéroïdiennes ovariennes touchant d'abord la progestérone puis l'œstradiol 17 β. Des dosages radio immunologiques de ces hormones permettent de constater cette diminution.

- *Post-ménopause* : la carence en progestérone est permanente. L'œstradiolémie continue à diminuer (Δ - 4 androstenédione se transforme en œstrone au niveau du tissu grasseux, la peau et le foie et est d'origine surrénalienne et ovarienne. Les dosages dans les veines ovariennes entraînent une sécrétion de Δ - 4 androstenédione.

B/ TABLEAU DES PRINCIPALES ANOMALIES POUVANT S'OBSERVER
A LA MENOPAUSE

	Périménopause	Post ménopause
Modifications des fonctions gonadiques	FONCTION OVARIENNE	- Anovulation - Carence en œstrogènes (±) et en progestérone
	Stimulines hypophysaires	hypersecrétion permanente
Modifications des conséquences hormonales	Menstruations	Aménorrhée
	Autres conséquences	<ul style="list-style-type: none"> - syndrome prémenstruel - pathologie mammaire bénigne - évolution d'un fibrome - hyperplasie de l'endomètre
		<ul style="list-style-type: none"> - bouffées de chaleur - atrophie génitale - troubles psychiques - ostéoporose (--> fractures osseuses) - anomalies métaboliques (pathologie vasculaire) - cancer endométrial

**METHODOLOGIE ET CADRES
D'ETUDE**

METHODOLOGIE ET CADRES D'ETUDE

Notre étude a porté sur 340 cas de ménopause observés en milieu rural et urbain.

L'enquête s'est étendue sur une période de 10 mois allant du mois de novembre 1989 au mois de août 1990.

Cependant, les zones d'étude ont été :

- urbaine (District de Bamako)
- rurales : elles n'ont pas été choisies au hasard dans la mesure où le choix a tenu compte de la diversité ethnique des régions du Mali.

L'enquête a eu lieu d'abord dans la capitale où nul n'ignore l'importance du brassage ethnique, ensuite s'est étendue au niveau du milieu rural et les zones d'étude ont intéressé :

- l'arrondissement de Ouélessébougou
- l'arrondissement de Niéna
- le cercle de Djenné
- la ville de Sikasso
- l'arrondissement de Loulouni
- le cercle de Kouri (Zégoua)
- l'arrondissement de Négala
- le cercle de Kolokani.

**RESULTATS AVEC ACCENT
SUR LES PRINCIPAUX
SIGNES RETROUVES**

Les principales ethnies de ces zones sont respectivement :

- Bamanan
- Gana (métissage entre peulh et bambara)
- Peulh, Sonraï, Bozo, Touareg
- Sénoufo, Samoko
- Sénoufo
- Sénoufo
- Bamanan (de Négala)
- Bamanan (du Bélé Dougou).

JUSTIFICATIFS DE L'ECHANTILLONNAGE

La diversité ethnique explique la variation de comportement d'une ethnie à une autre face à la ménopause. Les coutumes, les mœurs, les aspects sociaux et la conception de la ménopause diffèrent d'une ethnie à une autre selon l'importance de l'islam ou de l'animisme.

RESULTATS AVEC ACCENT SUR LES PRINCIPAUX SIGNES RETROUVES

Les différents résultats sont présentés sous forme de tableaux mettant en relief les aspects sociaux et épidémiologiques de la ménopause, les principaux signes retrouvés au cours de l'enquête.

Dans ce tableau 1, nous avons le rapport entre la provenance des personnes interrogées et leur effectif exprimé en pourcentage.

Ainsi le tableau n° 1 nous montre que parmi toutes ces populations interrogées, il y a un pourcentage assez élevé des femmes ménopausées (95%). Nous remarquons que la plupart de nos patientes venait du District de Bamako (15%).

Ensuite nous avons les cercles de Ouéléssébougou (15%), Djenné (15%), Kolokani (12%), Sanankoroba (10%), Négala (9%).

la faiblesse du pourcentage de personnes interrogées provenant des autres localités comme Sikasso (7%), Niéna (6%), Loulouni (5%) s'explique par le fait de la non disponibilité de la population féminine soit par les travaux champêtres ou domestiques ou tout simplement par le refus de certaines femmes vis-à-vis de l'interrogatoire.

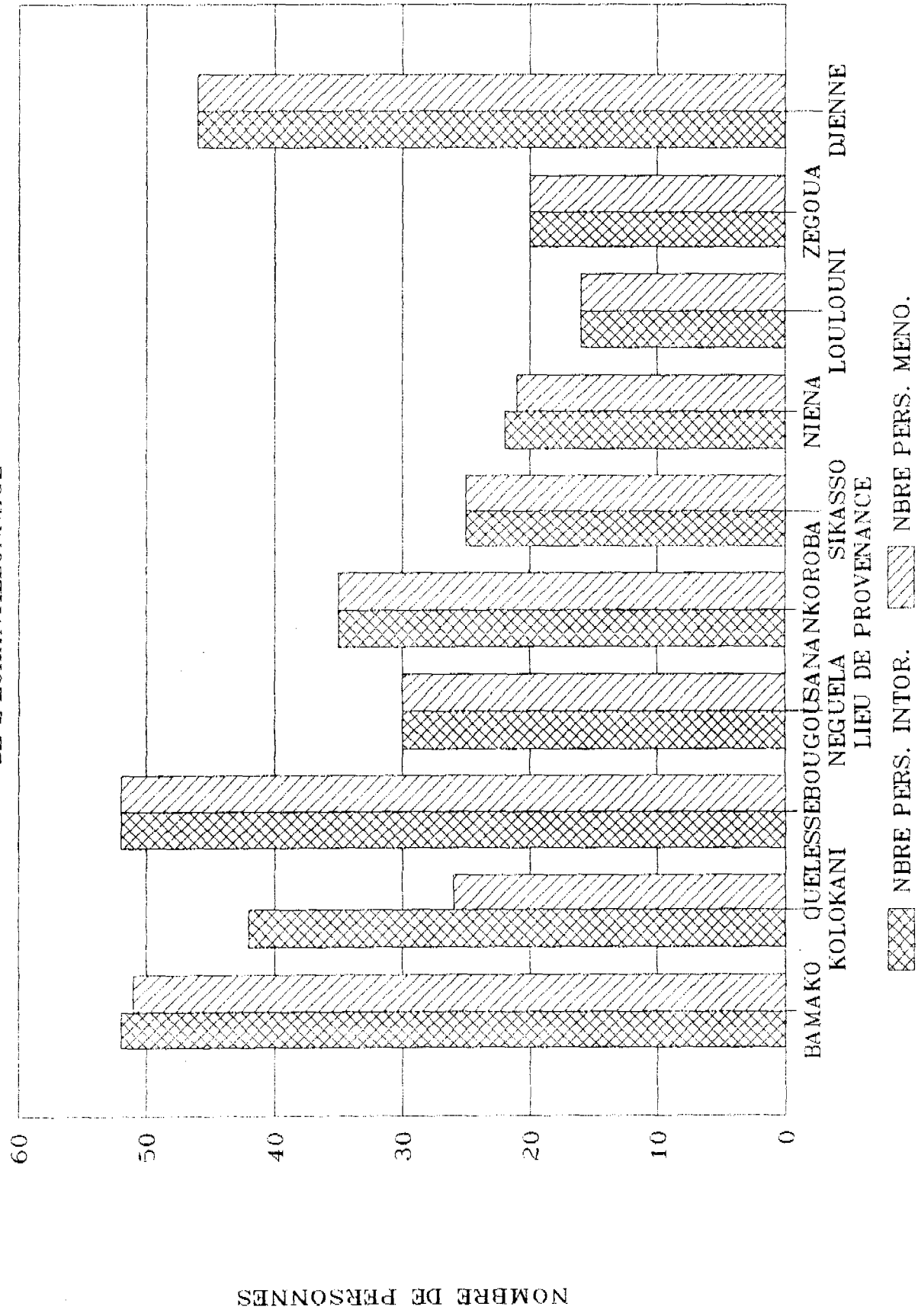
Le niveau d'instruction des personnes interrogées est mis en relief par le tableau n° 2 qui nous montre que la très grande majorité des échantillons sont analphabètes (98%).

TABLEAU 1: PROVENANCE

NBRE FEMMES INTER. PROVENANCE	FEMMES INTERROGEES	FEMMES MENOPAUSEES
Bamako	52	51
Kolokani	42	26
Ouélessébougou	52	52
Néguéla	30	30
Sanankoroba	35	35
Sikasso	25	25
Niéna	22	21
Loulouni	16	16
Zégoua	20	20
Djenné	46	46
TOTAL	340	322

PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE

DE L'ÉCHANTILLONNAGE



PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLONNAGE

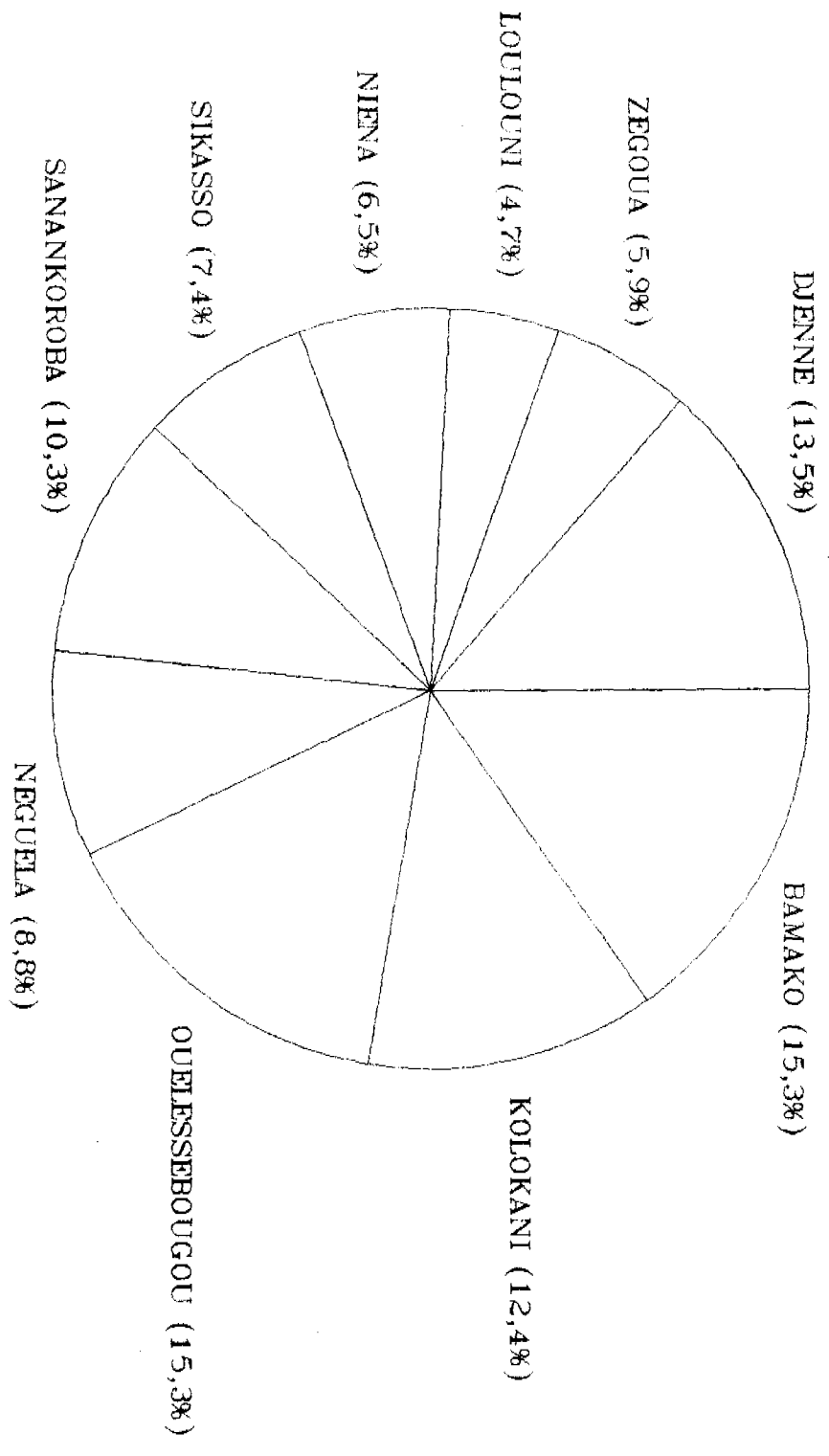


TABLEAU 2: Niveau d'alphabétisation des Personnes interrogées

Niv. Alpha. Effectif	Aucune alphabét.	Alphabét. Langue Nationale	Etudes Fondament. 1er Cycle	Etudes Fond.	Ens. Sec.	Ens. Sup.	TOTAL
Effectif	333	1	2	4	0	0	340

La répartition des femmes en fonction de l'ethnie et de la provenance sera représentée par le tableau n° 3.

D'après une analyse générale de ce tableau, nous constatons que les Bambaras occupent le premier plan suivis des Sarakolés, Sénoufo, Peulhs, etc...

Les autres groupes ethniques sont peu représentés.

Cette constatation est le reflet de la situation démographique du Mali tel que le dernier recensement de la population l'a démontré.

**TABLEAU 3: REPARTITION DES FEMMES EN FONCTION DE L'ETHNIE
ET DE LA PROVENANCE**

ETHNIE														
PROVENANCE	Bbra	Bbo	Bzo	Dwdo	Gana	Maure	Peulh	Skle	Sfo	Shaj	Sko	Mké	Dgn	TOTL
Bamako	20	1	-	2	-	-	10	9	1	2	1	5	1	52
Ouélésséb.	49	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	52
Kolokani	35	-	1	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	42
Néguéla	24	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	2	-	30
Sanankoroba	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	35
Sikasso	1	-	-	-	-	-	-	-	18	-	6	-	-	25
Niéna	1	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Loulouni	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-	5	-	-	16
Zégoua	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	20
Djenné	-	-	9	8	-	-	16	1	-	12	-	-	-	46
TOTAL	164	1	10	10	21	-	35	12	50	14	12	9	1	340
Menopause	147	1	10	10	20	-	35	12	50	14	12	9	1	

Le tableau n° 4 nous montre la répartition des femmes ménopausées interrogées en fonction de leur âge.

La faible proportion des femmes ménopausées dans les tranches d'âge (65 - 74 ans) et 75 ans et plus peut s'expliquer par la très mauvaise estimation de l'âge des femmes en milieu rural et aussi de la faiblesse du quota des femmes à cet âge au sein de la population.

Le rapport avec le conjoint après l'installation de la ménopause et en fonction de l'ethnie sont présentés par les tableaux n° 5 et n° 12.

A partir de l'analyse de ces tableaux, nous avons relevé que la ménopause étant une période difficile et critique dans la vie d'une femme, les relations avec le conjoint en souffrent notamment chez certaines ethnies comme les sénoufo, Samoko et Bambara.

D'après l'analyse du tableau n° 5, l'abandon des rapports sexuels est fréquent et représente 51%. Chez d'autres populations, il n'y a aucun changement et cette portion représente 47%. Nous pouvons coupler ce tableau avec le tableau n° 12 afin d'expliquer la cause de ce changement de comportement. D'après le tableau n° 12, l'abandon des rapports est très fréquent chez les Samoko, les Sénoufo et les Bambara surtout. (C.f. histogramme).

Du point de vue sociologique, nous pouvons attribuer ce changement de comportement aux différentes conceptions de ces populations surtout masculines qui voient en la femme ménopausée "un objet inutile" par opposition aux autres populations Peulhs, Sonraï qui considèrent la ménopause comme un phénomène normal et qui continuent d'entretenir les rapports avec le conjoint.

D'autre part, l'impact de l'islam au sein de ces populations explique leur tolérance vis-à-vis du phénomène.

TABLEAU 4: Répartition des Femmes interrogées en fonction de l'âge

AGE	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	TOTAL
EFFECTIF	ans	ans	ans	ans	ans	ans	ans	
Femmes Interrogees	0	0	6	97	120	62	36	322

NOMBRE PERSONNES INTERROGÉES

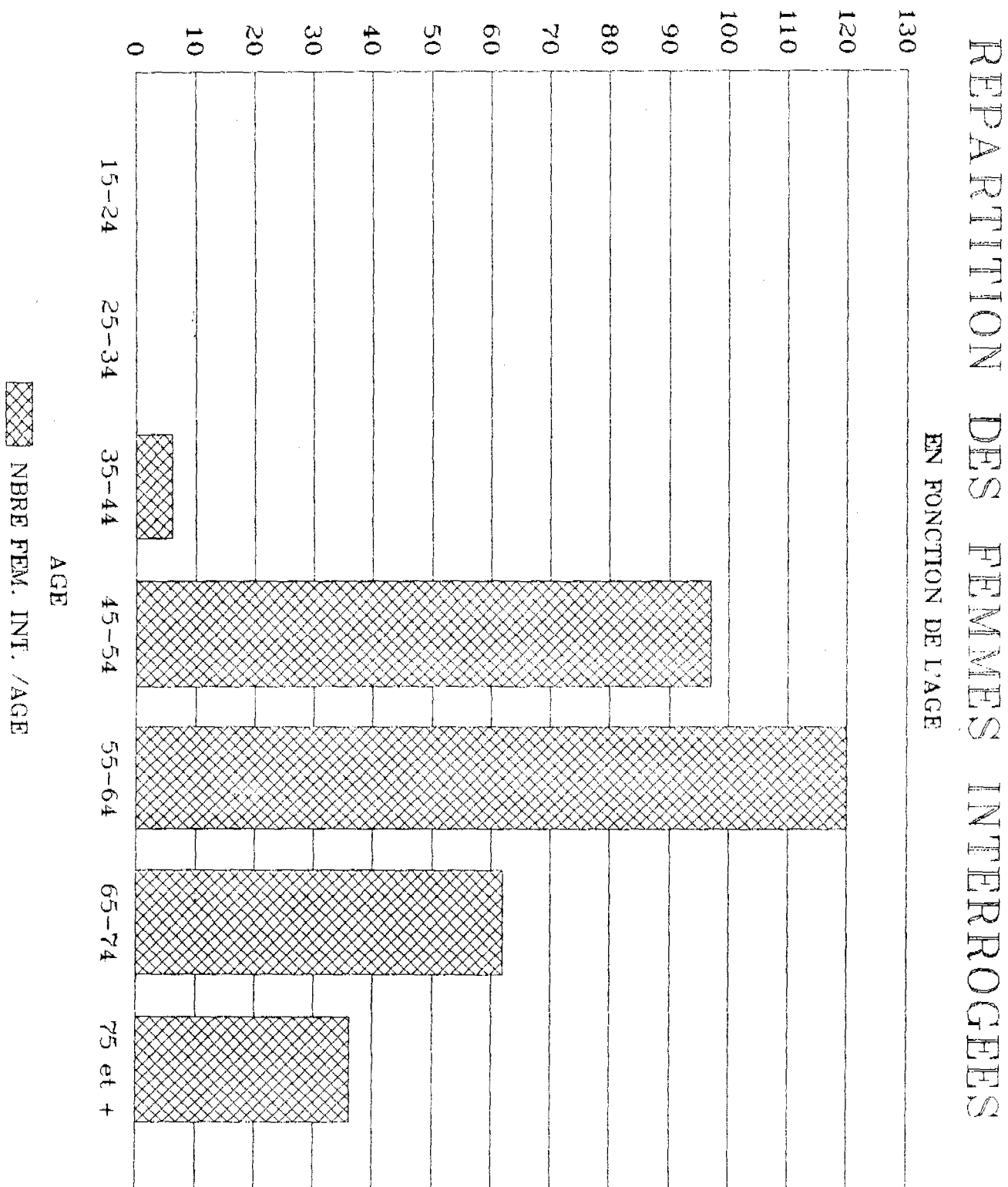


TABLEAU 5: Rapport avec le Conjoint après l'apparition de la Menopause

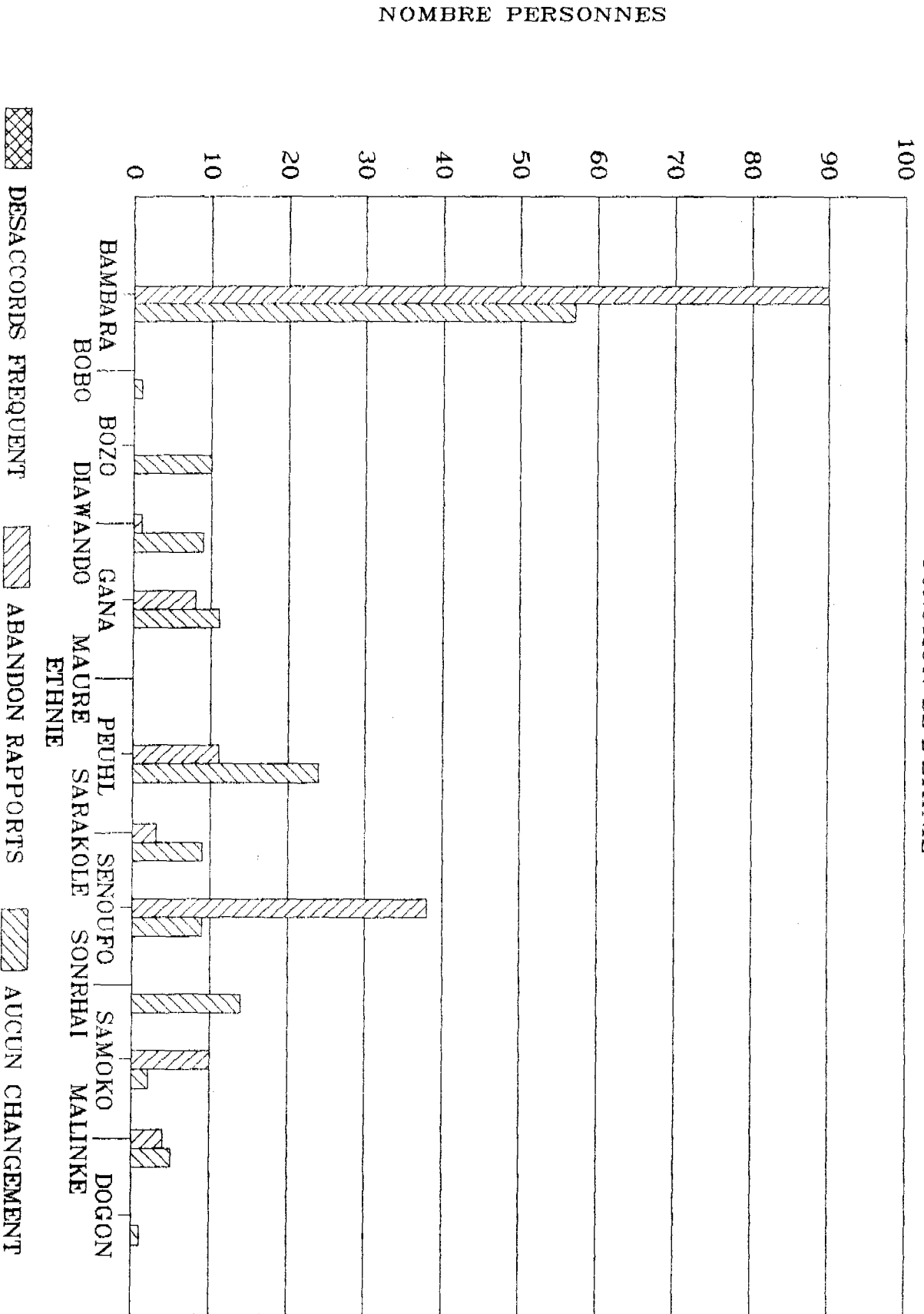
TYPE DE RAPPORT	Desaccords Menopause	Abandon Rapport	Aucun Changement	TOTAL
Apparition Menopause	0	165	152	317

TABLEAU 12: Attitude avec le conjoint en fonction de l'ethnie

PHENO. MENO ETHNIE	PAUSE	Désaccords Fréquents	Abandon du Rapport	Aucun Chagement	TOTAL
Bambara	-	-	90	57	147
Bobo	-	-	-	1	1
Bozo	-	-	-	10	10
Diawando	-	-	1	9	10
Gana	-	-	8	11	20
Maure	-	-	-	-	-
Peuhl	-	-	11	24	35
Sarakolé	-	-	3	9	12
Sénoufo	-	-	38	9	47
Sonrhäi	-	-	-	14	14
Samoko	-	-	10	2	12
Malinké	-	-	4	5	9
Dogon	-	-	-	1	1
TOTAL	-	-	165	152	318

ATTITUDE AVEC LE CONJOINT EN

FONCTION DE L'ETHNIE



Dans notre vécu socio-culturel, une femme même ménopausée a toujours sa place et un rôle à jouer au sein de la communauté. Nous pouvons coupler ces 2 tableaux n° 6 et n° 14 afin d'expliquer succinctement les rapports avec le reste de la famille après l'installation de la ménopause.

Chez la grande majorité des patientes, on ne retrouve aucun changement des rapports avec le reste de la famille, la ménopause entraînant cependant certains troubles du comportement notamment : dispute, mésestente, mélancolie qui peuvent avoir des repercussions néfastes sur les rapports sociaux.

D'après notre étude, le phénomène est bien toléré car 89% des femmes ont répondu qu'il n'y a eu aucun changement avec la famille (pour toutes les ethnies).

Seulement 5% des femmes ont souligné l'existence de mélancolie, 3% celle de mésestente.

Ainsi le tableau n° 14 permet de nous montrer la répartition par ethnie de l'existence de changement de caractère survenu avec la ménopause. D'une manière générale, chez le Bambara, 95% ont répondu qu'elles n'ont constaté aucun changement de caractère. Il en est de même chez les Peulhs et les Gana.

Les troubles de caractère (nervosité, changement d'humeur etc...) se retrouvent surtout chez les Sénoufo (10%) et Samoko (25%) et cela s'explique par l'importance de certaines croyances et tabous au niveau de ces populations.

TABLEAU 6: Rapport avec la Famille après l'apparition de la Menopause

TYPE DE RAPPORT	Disputes	Mesentente	Mélancolie	Aucun Changement	TOTAL
Apparition Menopause	4	11	16	286	317

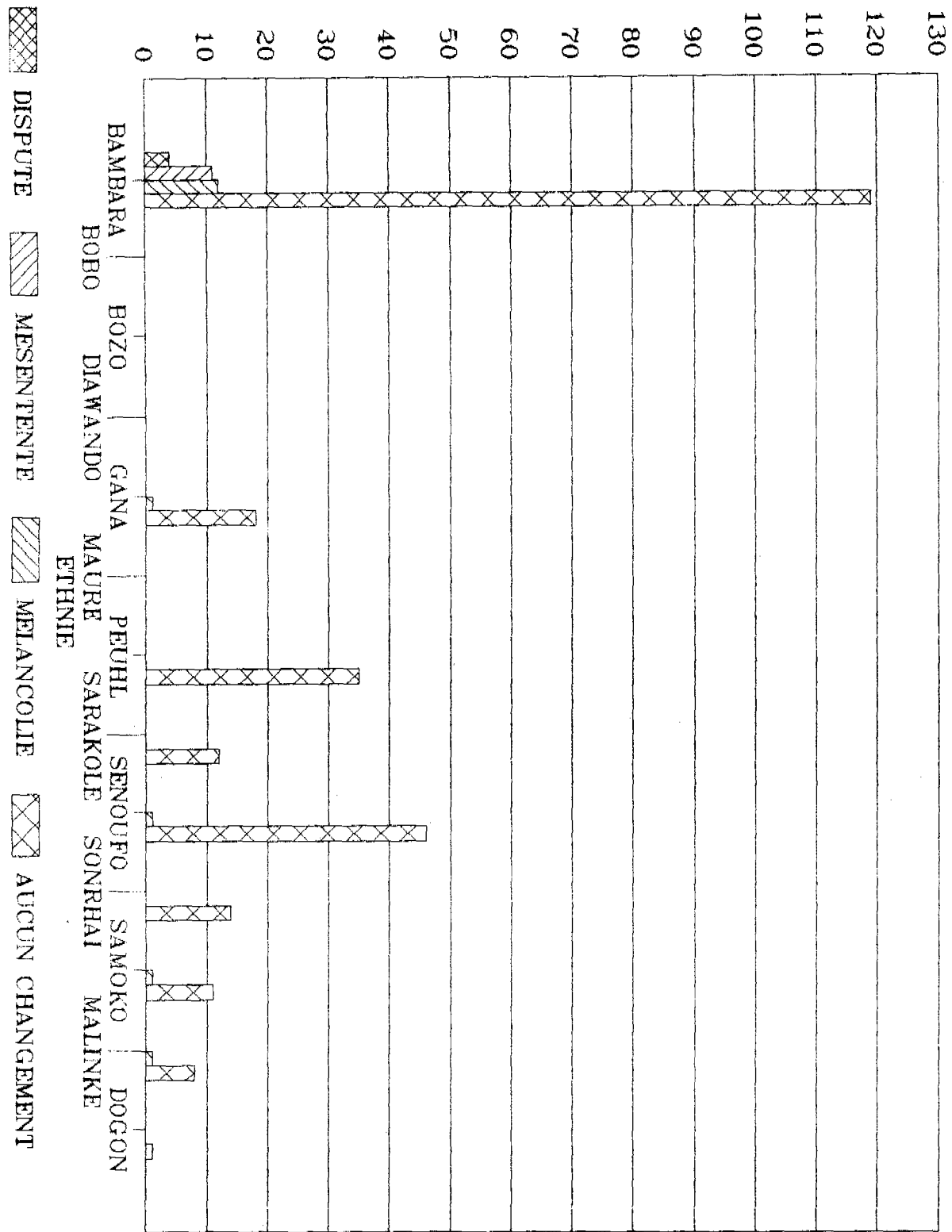
TABLEAU 14: Rapport avec la Famille en fonction de l'ethnie

Avec famille ETHNIE	Dispute	Mésentente	Mélancolie	Aucun Changement	TOTAL
Bambara	4	11	12	119	146
Bobo	-	-	-	-	-
Bozo	-	-	-	-	-
Diawando	-	-	-	-	-
Gana	-	-	1	18	19
Maure	-	-	-	-	-
Peuhl	-	-	-	35	35
Sarakolé	-	-	-	12	12
Sénoufo	-	-	1	46	47
Sonrhäi	-	-	-	14	14
Samoko	-	-	1	11	12
Malinké	-	-	1	8	9
Dogon	-	-	-	1	1
TOTAL	4	11	16	264	295

RAPPORT AVEC LA FAMILLE EN

FONCTION DE L'ETHNIE

NOMBRE PERSONNES



Au cours de l'interrogatoire, certaines femmes ont évoqué l'existence de traitement vis-à-vis de la ménopause (88%). Ce traitement est de type traditionnel pour la grande majorité et très peu de femmes ont recours au traitement moderne (4%). Les tableaux n°7 et tableau n° 8 et n° 16 permettent de confirmer cette réalité.

Dans le tableau n° 7, parmi les 322 femmes qui ont répondu à l'interrogatoire, 90% pensent qu'il n'existe aucun traitement pouvant arrêter le phénomène.

Par ailleurs, nous constatons que parmi le pourcentage de femmes interrogées dans le but de savoir si la ménopause a amené un changement dans leur caractère et le type de changement, 96% ont répondu qu'elles n'ont remarqué aucun changement.

Seulement 4% de ces femmes ont noté des changements importants à savoir : nervosité, irritabilité, changement d'humeur, angoisse, anxiété. (C. f tableau n° 9, n° 10 et n° 15).

En ce qui concerne, le type de changement évoqué nous notons l'importance de la nervosité retrouvée chez 33% des femmes, l'anxiété et l'irritabilité (20%), le changement d'humeur (17%).

Ces troubles étant liés au stress causé par la ménopause et surtout à l'attitude du conjoint si ce dernier abandonne sa partenaire au profit d'une autre.

TABLEAU 7: Existe-t-il un traitement pouvant arrêter le phénomène

REPONSES	Oui	Non	TOTAL
Nombre	25	292	317

TABLEAU 8: S'il en existe, quel type de traitement

TYPE DE TRAITEMENT	Traitement traditionnel	Traitement moderne	TOTAL
Nombre	22	1	23

TABLEAU 16: Existence de traitement selon l'ethnie

Traitement ETHNIE	OUI	NON	TOTAL
Bambara	4	142	146
Bobo	-	1	1
Bozo	-	10	10
Diawando	-	10	10
Gana	-	20	20
Maure	-	-	-
Peuhl	-	35	35
Sarakolé	1	11	12
Sénoufo	13	37	50
Sonrhāi	-	14	14
Samoko	6	6	12
Malinké	1	8	9
Dogon	-	1	1
TOTAL	25	295	320

TABLEAU 9: Le phénomène de ménopause a-t-il amené en vous un changement

TYPE DE CHANGEMENT	Aucun changement	Changement notable	TOTAL
Nombre	309	13	322

TABLEAU 10: Type de Changement

Changement	Irritabilite	Nervosité	Changement d'humeur	Angoisse	Anxiété	Amaigris sement	TOTAL
Nombre	6	10	5	2	6	1	30

TABLEAU 15: Attitude devant la Menopause selon l'Ethnie

CHANGEMENT ETHNIE	Aucun Changement	Changement notoire	TOTAL
Bambara	160	4	164
Bobo	1	-	1
Bozo	10	-	10
Diawando	10	-	10
Gana	20	1	21
Maure	-	-	-
Peuhl	35	-	35
Sarakolé	12	-	12
Sénoufo	44	5	49
Sonrháï	14	-	14
Samoko	9	3	12
Malinké	9	-	9
Dogon	1	-	1
TOTAL	325	13	338

Enfin les tableaux n° 11, n° 13 et n° 17 permettent d'avoir une idée sur la conception des différentes populations vis-à-vis de la ménopause et leur perception en fonction de l'ethnie.

D'après notre étude, nous remarquons que la grande majorité des femmes interrogées ayant répondu à la question de savoir si la ménopause est une étape physiologique ou anormale, ont affirmé qu'il s'agit d'un processus physiologique dans la vie d'une femme (86%). 11% ont répondu cependant qu'elles ont été victimes de mauvais sort.

Cependant le tableau n° 13 nous montre la prévalence par ethnie des populations qui perçoivent la ménopause comme étant un phénomène anormal.

Nous notons que ces croyances prédominent chez les Sénoufo dont 46% des femmes interrogées pensent qu'elles ont été victimes de mauvais sort et chez les Samoko dont 67% des femmes attribuent cela à un phénomène anormal et font allusion à certaines croyances que l'on retrouve en détail dans le vécu socio-culturel de ces populations.

Quant aux Bambara, la conception vis-à-vis de la ménopause varie selon leur provenance. Le tableau n° 17 permet d'illustrer cette réalité.

Ainsi dans les milieux ruraux de Ouéléssébougou, Kolokani et dans le District de Bamako, les femmes Bambara ayant répondu à la question de savoir si la ménopause est une étape physiologique ou pas pensent toutes qu'il s'agit en effet d'une étape tout à fait physiologique.

C'est dans les zones de Sanankoroba où on retrouve 9% des femmes qui ont évoqué le mauvais sort et de Négala où 4% des femmes ont parlé de phénomène anormal.

TABLEAU 11: A quoi correspond la ménopause

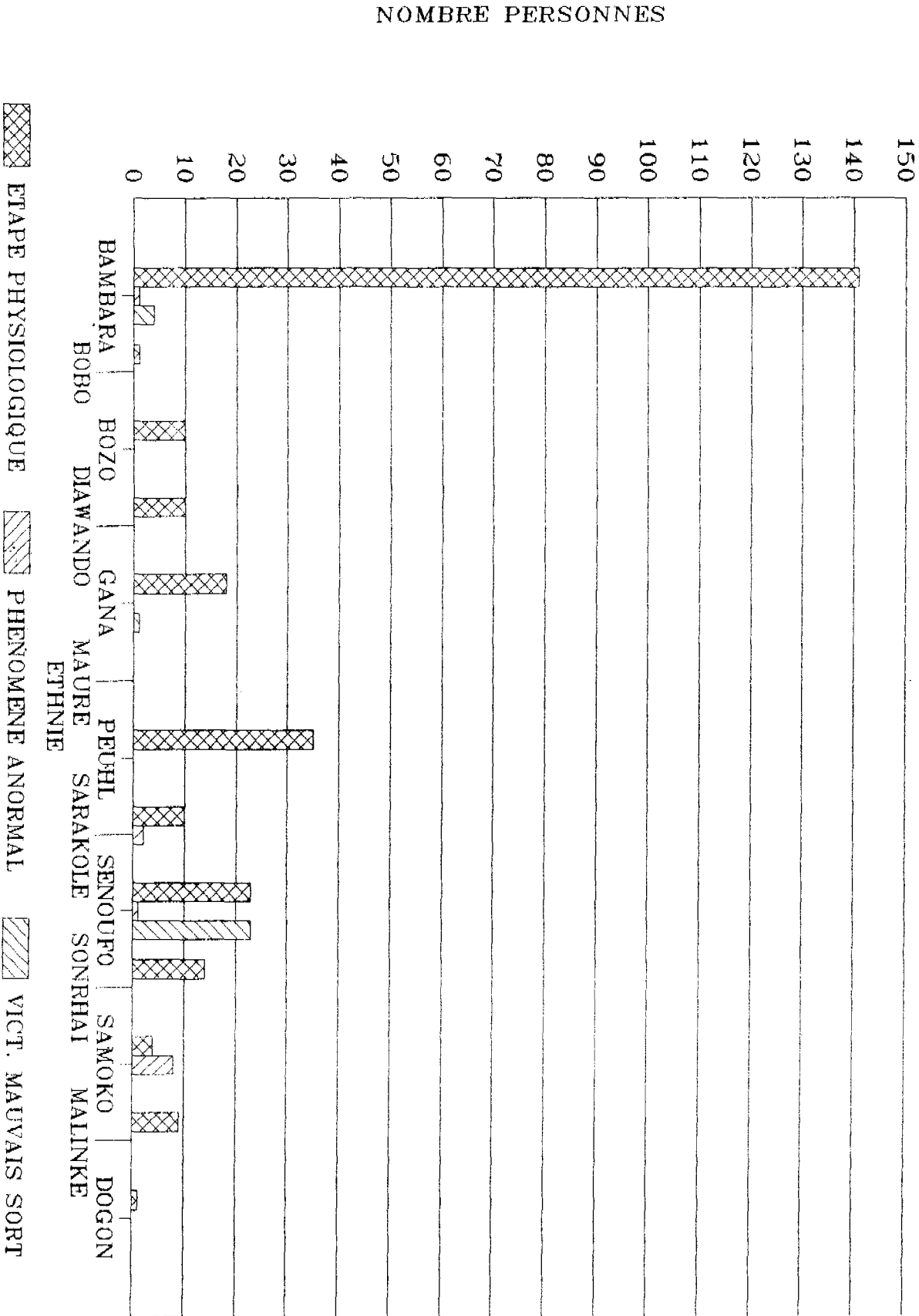
Menopause correspond	Etape Physiologique	Phénomène Anormal	Victime Mauvais sort	Autres	TOTAL
Nombre	277	4	36	0	317

TABLEAU 13: Perception de la ménopause en fonction de l'ethnie

Dep. Meno. ETHNIE	Etape Physiologique	Phénomène Anormal	Victime Mauvais sort	Autres	TOTAL
Bambara	141	1	4	-	146
Bobo	1	-	-	-	1
Bozo	10	-	-	-	10
Diawando	10	-	-	-	10
Gana	18	-	1	-	19
Maure	-	-	-	-	-
Peuhl	35	-	-	-	35
Sarakolé	10	2	-	-	12
Sénoufo	23	1	23	-	47
Sonrhäï	14	-	-	-	14
Samoko	4	8	-	-	4
Malinké	9	-	-	-	9
Dogon	1	-	-	-	1
TOTAL	276	12	28	-	308

PERCEPTION DE LA MENOPAUSE

EN FONCTION DE L'ETHNIE



VECU SOCIO-CULTUREL

Dans ce chapitre, nous relatons ce que nous avons recueillis au niveau de certaines femmes d'abord au niveau du cercle de Kati (arrondissements de Ouéléssébougou, Sanankoroba, Négala) ensuite au niveau de l'arrondissement central de Djénné et enfin au niveau de la région de Sikasso (arrondissements de Loulouni, Niéna et Zégoua) et du cercle de Kolokani.

I/ Cercle de Kati

La présentation portera successivement sur la description du phénomène, les attitudes des femmes ménopausées et les traitements évoqués.

1°) description du phénomène :

Dans les arrondissements de Ouéléssébougou - Sanankoroba la préménopause et la ménopause sont très différenciées.

Ainsi pour : - la préménopause :

Les signes évoqués par la population et qui sont annonciateurs d'une préménopause sont :

- interruption du cycle menstruel
- observation d'une période d'aménorrhée pouvant durer 2 mois ou plus ensuite saignement brusque au 3e ou 4e mois faisant croire à un avortement.

- la ménopause :

Les signes évoqués par les femmes en faveur d'une ménopause sont :

- l'aménorrhée persistante qui leur fait penser d'emblée à une grossesse, mais la persistance de cette aménorrhée au delà de 9 mois leur permet d'avoir la certitude de la ménopause.

Les symptômes associés sont :

- bouffées de chaleur avec picotement, sensation du feu au talon faisant croire à la lèpre ou à l'onchocercose, vertiges et tremblements.

- légère augmentation du poids avec nervosité
- changement de voix parfois, la voix ressemblant à celle d'un homme, palpitations fréquentes.

2°) attitudes des femmes ménopausées :

Une fois la ménopause installée, l'attitude des femmes au niveau de ces zones est la suivante :

- abandon des rapports sexuels : les vieilles conseillères du villages ordonnent aux femmes ménopausées l'arrêt systématique des rapports sexuels, car elles pensent que c'est le flux menstruel qui nettoie chaque mois l'appareil génital féminin en le débarrassant de tout le sperme reçu lors des rapports sexuels. Selon ces vieilles, avec l'installation de la ménopause, ce phénomène de nettoyage disparaît.

La femme n'a aucune raison de pratiquer des rapports sexuels dans la mesure où le sperme ne pourra plus s'évacuer.

Selon ces populations, lorsqu'une femme ménopausée s'obtient à faire des rapports sexuels, les menstruations n'existant plus, alors le sperme restera dans son ventre et ne s'évacuera plus ce qui entraîne un gonflement de ventre avec épanchement pouvant se traduire par un tableau d'ascite entraînant la mort.

- elles pensent également que l'hydrocèle s'installe chez l'homme lorsqu'il pratique des rapports sexuels avec une femme ménopausée.

- la femme ménopausée n'a plus le droit de faire la cuisine. Son devoir se limitera donc aux travaux champêtres et aux soins des petits enfants de la famille. Cette décision sera prise après une réunion familiale et le mari est averti à épouser une jeune femme.

Une autre attitude remarquable de cette population mérite d'être signalée : un enfant issu pendant la préménopause sera appelé "tatougou" ce qui signifie en bamanan "allume-feu". Sa maman est contrainte d'allumer le 1er feu de brousse avant le mois de septembre en son honneur. Elle doit allumer ce feu avant toute autre personne.

Si sa mère ne fait pas cette pratique, l'enfant ne vivra pas longtemps. Dans ce milieu, l'on pense que la vie de l'enfant "tatougou" est liée à ce 1er feu de brousse que sa mère allume. Lorsque cet enfant grandira et qu'il sera en mesure d'allumer du feu tout seul, il devra prendre la relève. Ainsi, sa mère lui expliquera la pratique et il allumera son feu chaque année qui sera le 1er feu de brousse du village.

3°) traitements disponibles évoqués :

Dans ce cadre, nous avons pu recenser :

* pour lutter contre le dessèchement vaginal :

- utilisation du beurre de karité cuit comme lubrifiant
- boisson de tisane à base d'une plante du pays appelée "Soukolan" disponible sur le marché
- sauce à base de feuille de haricot.

* pour lutter contre l'ostéoporose entraîné par la ménopause :

- croquer des graines de sésame ou des arachides non grillées
- boire du lait frais assez souvent.

* contre l'asthénie et les palpitations :

- diminuer les épices
- boire de la tisane de gingembre
- s'abstenir du taba et de la cola.

II/ Arrondissement central de Djenné

1°) description du phénomène :

Dans ce milieu dominé par les Peulhs, les Sonraï et les Bozos, la ménopause est perçue comme un phénomène physiologique, normal ayant un rapport avec l'âge de la femme.

Contrairement à d'autres milieux où les croyances animistes sont accentuées, les Peulhs, Sonraï et autres ethnies de Djenné pensent que les sorcelleries et les mauvais sorts ne sont que le produit d'une simple imagination humaine ne relevant d'aucune réalité.

Chez ces populations, "Dieu" est perçue comme étant à l'origine de tout ce qui se produit dans la vie d'un être humain.

Alors, devant une situation difficile ou douloureuse il est vain d'en rechercher une relation avec un maraboutage ou un mauvais sort.

2°) attitudes de la population de Djenné :

Dès la puberté, les jeunes filles doivent assister à des séances d'éducation sexuelle qui leur sont dispensées par des maîtres d'école coranique ou des personnes âgées ayant une connaissance assez approfondies de l'Islam.

Ces cours sont donnés sous formes de causerie-débat ayant pour but d'aider les futures mères de famille à mieux saisir les pratiques et les interdits de l'Islam et à les aider à devenir de ferventes musulmanes. Lors de ces cours, on leur explique comment la femme doit se comporter vis-à-vis de son mari, les périodes d'abstinence par rapport aux prières, aux menstruations.

Les femmes pensent que la ménopause est favorable pour la femme car elle est libre d'entretenir ses rapports sexuels avec son mari dans la mesure où elle n'observera plus une semaine d'abstinence sexuelle que lui exigeait auparavant ses menstruations.

Elle informera son mari de l'installation de ménopause et elle continuera de faire ses rapports sexuels.

III/ Région de Sikasso

La région de Sikasso est une région où cohabitent Sénoufo, Samoko qui sont les principales ethnies quelques Bamanan et Mossi ayant migré dans la zone.

Dans cette région, nous nous sommes intéressés au milieu Sénoufo, Samoko et au milieu GANA qui sont les habitants du Ganadougou dont Niéna fait partie.

Dans la région de Sikasso, notre étude s'est porté sur la description et l'attitude du phénomène au niveau d'un certain nombre d'arrondissements à savoir l'arrondissement de Niéna, celui de Ioulouni et l'arrondissement de Kouri (village de Zégoua).

A/ Arrondissement de Loulouni

A Loulouni, prédominent 2 principales ethnies : Sénoufo et Samoko.

1°) description du phénomène :

Le milieu Sénoufo est un milieu purement traditionnaliste.

L'islam y a fait son entrée mais néanmoins une bonne partie de cette population continue encore à avoir des pratiques animistes.

Dans ces milieux Sénoufo et Samoko, la survenue de la ménopause est mal accueillie par les populations.

Beaucoup de femmes présentent des inquiétudes importantes face à ce phénomène dans la mesure où elles pensent qu'elles ont été victimes d'un mauvais sort.

Dans cette zone, la naissance d'un enfant n'est pas un phénomène naturel mais attribué à l'action de certains génies habitant dans les mares.

Pour ces populations, les génies de ces mares réclament des offrandes et des sacrifices et toute femme qui néglige ces sacrifices encoure une punition de la part des génies, punition dont la manifestation extrême est une perturbation de son cycle menstruel pouvant aller jusqu' à l'aménorrhée.

Dans ces milieux, avant le début de l'hivernage, on organise une grande fête dans le but de demander aux génies l'autorisation de semer.

Avant cette fête, nul ne pourra se permettre d'aller aux champs sous peine de recevoir la punition des génies. A l'occasion de cette manifestation, on joue des instruments traditionnels qui diffèrent selon les Sénoufos et Samoko.

Chez les Sénoufo, l'instrument principal est le "Ci Caara" qu'on prononce (tji tjaara) qui est une sorte de gourde contenant des grains qui font du bruit. Les femmes Sénoufo dansent en secouant et en agitant cette gourde au son de la chanson.

Cette fête est appelé "Dougou son" c'est-à-dire "offrande au village" qui est organisée par les 2 ethnies. Chez les Samoko, les principaux instruments sont la flûte et le tam-tam et les femmes chantent en claquant des morceaux de fer entre leurs doigts au son des tam-tams.

Pendant cette fête, chaque femme amène un plat et tout le monde se regroupe autour de certaines touffes d'herbes qui sont considérées comme étant les repères des génies. Elles mangent ces plats à côté de ces touffes et en même temps le grand chef coutumier fait des sacrifices d'animaux à côté de ces touffes d'herbes tout en demandant l'abondance et la prospérité aux génies pour la saison des pluies.

Chez les Samoko, cette fête est aussi l'occasion pour les jeunes gens d'apporter des cadeaux aux jeunes filles qui sont leurs fiancées dans le but de demander aux génies de leur accorder un heureux ménage.

2°) attitudes des femmes ménopausées :

Dans ces milieux Sénoufo et Samoko, la polygamie est très fréquente et dès que la première femme est ménopausée, le mari se retourne vers les autres épouses plus jeunes et le rôle de cette femme ménopausée se limitera aux travaux champêtres et domestiques.

3°) traitements évoqués :

Avec l'installation de la ménopause, les femmes s'adonnent à des traitements traditionnels intenses qui leur sont procurés par des tradipraticiens dans l'espoir de faire revenir leurs menstruations. Mais lorsqu'en dépit de tous ces traitements, l'aménorrhée persiste, elles pensent alors aux mauvais sorts.

C/ Milieu GANA de Niéna

Les GANA sont des habitants du Ganadougou, zone dont une partie couvre Niéna (région de Sikasso) et une partie s'étend sur la région de Koulikoro vers le cercle de Dioïla.

Ces populations appelés "GANA" résultent du métissage entre peulhs venus du Macina et bamanans qui sont venus de Ségou.

1°) attitudes des populations :

Chez ces populations comportant une grande partie de musulmans, l'installation de la ménopause n'a aucune répercussion sur la vie conjugale d'une manière générale. La femme ménopausée peut continuer à avoir des rapports normaux et la décision d'arrêt ou de continuer ces rapports dépend d'elle même sans aucune intervention du conjoint.

B/ Arrondissement de Kouri (village de Zégoua)

Dans ce milieu, on retrouve également les mêmes ethnies que dans les autres zones de Sikasso notamment les Sénoufos.

Dans cette zone, la femme représente une main d'oeuvre assez importante surtout pour les travaux champêtres. La recherche de cette main d'œuvre féminine incite les hommes à adopter surtout le statut polygynique.

1°) attitudes de la population :

Dans cette contrée, très souvent, le mari pense que sa femme est ménopausée parce qu'elle a commis l'adultère.

Selon cette population, lorsqu'une femme commet l'adultère, l'esprit des ancêtres peut la punir en déclenchant à son niveau une aménorrhée. Cette aménorrhée ne sera corrigée que lorsque son amant se décide à demander pardon aux ancêtres en offrant un coq ou un mouton blanc au chef de la famille où habite la femme. Donc même une femme n'ayant rien à se reprocher car fidèle à son époux peut être atteinte dans sa dignité lorsqu'elle est ménopausée. Son mari peut croire qu'elle a commis l'adultère et la femme ne voyant plus ses règles aura peur d'être ridiculisée et cette peur peut même entraîner à son niveau des troubles mentaux graves car elle pensera qu'elle est victime de la malédiction des ancêtres.

V/ Arrondissement central de Kolokani (Bélédougou)

1°) attitudes des populations :

Le milieu Bamanan au niveau d'un village de l'arrondissement central de Kolokani est caractérisé par le poids des traditions. Une fois la ménopause installée, la femme est perçue comme étant l'égale de l'homme car les hommes Bamanan du Bélédougou pensent que ce sont les menstruations qui donnent à la femme sa féminité, donc toute femme qui ne voit plus ses règles, perd tous ses attributs de femme. Le mari lui refuse les rapports sexuels. Ce sont les hommes qui sont responsables de cette prise de décision.

Le devoir de la femme se résumera alors aux travaux champêtres et à la garde des petits enfants.

Dans ce milieu, on note également, l'existence de certaines croyances selon lesquelles les hémorragies observées lors de la préménopause sont dues à une continuité des rapports.

On pense aussi qu'une femme qui s'obstine à commettre l'adultère est sanctionnée par la survenue des hémorragies continuelles.

IV/ Milieu Bamanan de Négala (cercle de Kati)

1°) description du phénomène :

Devant l'aménorrhée, la femme pense d'abord à une grossesse surtout en phase de préménopause en face de certains signes constatés notamment l'irrégularité menstruel et l'installation progressive de l'aménorrhée.

2°) attitudes des femmes ménopausées :

Devant l'aménorrhée, la femme se précipite d'abord chez le charlatan qui pourra confirmer s'il s'agit ou pas d'une grossesse en cours. C'est seulement s'il n'y a pas de changements notables du tableau malgré les recommandation du tradipraticien que le femme se décidera à voir le chef de poste médical ou la matrone au niveau du centre de santé. Lorsqu'enfin ces derniers lui expliquent qu'elle a atteint l'âge de la ménopause, elle fera le compte rendu à son mari et par la même occasion décidera d'abandonner les rapports. Dans ce milieu, la décision d'arrêt des rapports sexuels vient des femmes.

Alors, ce sont elles-mêmes qui autorisent le mari à épouser une jeune femme.

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude a porté sur 340 cas de ménopause observés en milieu rural et urbain et s'est étendue de novembre 1989 à Août 1990.

Elle a intéressé d'abord le milieu urbain ensuite le milieu rural dans la région de Sikasso (arrondissements de Niéna, Loulouni) ; la région de Koulikoro (Négala, Ouéléssébougou, Sanankoroba) ; le cercle de Kouri (Zégoua) ; la région de Mopti (cercle de Djénné).

Nous avons constaté pour la plupart des femmes interrogées une ignorance du phénomène de la ménopause d'où certaines difficultés que nous avons eu à remplir nos questionnaires :

- l'invocation du sexe étant perçu comme un sujet tabou, les populations surtout rurales ont tendance à tisser toutes sortes de mythes autour de l'appareil génital à tel enseigne que les personnes aussi jeunes et surtout vieilles manifestent beaucoup de réticences à en parler.

Dans quelques cas, nous avons noté un refus catégorique de participation à l'interrogatoire sous prétexte qu'elles n'ont aucune idée à suggérer dans ce domaine ou encore que le sujet devait rester dans le cadres des interdits et tabous de notre société.

Une autre difficulté qui mérite d'être souligné est celle du refus que certaines populations manifestent lorsqu'on leur demande de relater leur vécu socio-culturel en ce sens que toutes les croyances liées aux génies ou certaines pratiques auxquelles se livrent ces populations sont considérées comme un domaine tout à fait "secret" par ces populations, qu'on ne doit en aucun cas confier à un étranger.

Cependant les principaux résultats que nous avons obtenu ont trait à :

- Attitudes avec le conjoint où on a relevé :

- * l'abandon des rapports : fréquent chez les bambara, Sénoufo et Samoko

- Attitudes avec la famille

- * d'une manière générale, le phénomène est bien toléré car 89% des femmes ont répondu qu'il n'y a eu aucun changement avec le reste de la famille. Seulement 5% des femmes ont souligné l'existence de mélancolie et 3% celle de mésentente.

- Attitudes en fonction de l'ethnie

D'une manière générale, chez les Bambara, 95% ont répondu qu'elles n'ont constaté aucun changement de caractère. Il en est de même chez les Gana (95%), les peulhs (100%) etc...

Les troubles de caractère se retrouvent surtout chez les Sénoufo (10%) et les Samoko (25%) et cela s'explique par l'importance de certaines croyances et tabous au niveau de ces populations.

Face à toutes ces difficultés, il convient de donner un certain nombre de recommandations afin d'améliorer la situation de nos braves populations féminines surtout rurales.

Pour atténuer les difficultés d'existence des femmes ménopausées, nous pensons qu'il faut une éducation pour la santé afin de réduire les mythes et tabous qui assujettissent nos populations féminines et les maintiennent dans un état défavorable à tout progrès.

Cette éducation doit faire apparaître par l'information et la sensibilisation au niveau des femmes comme au niveau de leur partenaire que la ménopause loin d'être une honte ou une tare est un étape physiologique dans la vie de toute femme.

Son installation ne devait plus altérer les rapports de la femme avec son milieu en particulier avec son conjoint et le reste de la population qui vit avec elle et cela pour éviter certaines situations bien pénibles de frustrations pouvant déboucher parfois sur des états psycho-pathologiques.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

TITRE : Etude de la ménopause en Milieu Rural et Urbain. Aspects sociaux, conception du phénomène.

I - IDENTITE

- 1.1 Nom
- 1.2 Prénom
- 1.3 Age
- 1.4 Ethnie
- 1.5 Fonction

≈
≈

1.6 Lieu de Provenance

- 1.6.1 Région
- 1.6.2 Cercle
- 1.6.3 Arrondissement
- 1.6.4 Village

1.7 Niveau d'Alphabétisation

- 1.7.1 Aucune alphabétisation
- 1.7.2 Alphabétisation fonctionnelle ≈ en langue nationale
- 1.7.3 Etudes fondamentales Premier cycle ≈
- 1.7.4 Etudes fondamentales Second cycle ≈
- 1.7.5 Etudes secondaires ≈
- 1.7.6 Etudes supérieures ≈

1.8 Statut matrimonial

- 1.8.1 Célibataire <
- 1.8.2 Mariée <
- 1.8.3 Divorcée <
- 1.8.4 Veuve <

1.9 Parité

- nullipare
- primipare
- multipare

1.10 Nombre de gestes

- primigeste <
- multigeste <

II - EXPLORATION DE LA MENOPAUSE

Installation : 2.1 Ménopause depuis :

- (-) de 6 mois
- 6 mois à 1 an
- plus d'1 an.

2.2 Pathologies apparues avec la ménopause

Affections (symptômes)

.....
.....
.....

- traitement appliqué
- traditionnel <
- moderne <

2.3 Pathologies antérieures à la ménopause ou aggravées par elle

Affectations (symptômes)

.....
.....
.....

- traitement institué
- traditionnel <
- moderne <

3. Attitudes devant la ménopause

3.1 Pathologies apparues avec la ménopause

3.1.1 Traitement traditionnel

3.1.2 Traitement moderne

3.2 Traitement des pathologies aggravées par la ménopause

3.2.1 Traitement traditionnel

3.2.2 Traitement moderne

III - SOCIOLOGIE

A quoi correspond la ménopause ?

- étape physiologique ≈
- phénomène anormal <
- victime d'un mauvais sort <
- autre <

Le phénomène a-t-il un rapport avec l'âge ?

- oui <
- non <

Est-ce qu'il existe un traitement qui puisse arrêter le phénomène

- oui <
- non <

Lesquels ?

.....
.....

Quels changements ce phénomène vous a amené ?

- pour vous-même
- aucun changement
- changements notables

Lesquels

- AVEC VOTRE CONJOINT

- désaccords fréquents
- abandon des rapports
- aucun changement

- AVEC LE RESTE DE LA FAMILLE

- dispute
- mésentente
- mélancolie
- aucun changement =

TABLEAUX N°	PAGES
A- TABLEAU 1	16
B- TABLEAU 2	19
C- TABLEAU 3	21
D- TABLEAU 4	23
E- TABLEAU 5	25
F- TABLEAU 6	29
G- TABLEAU 7	33
H- TABLEAU 8	34
I- TABLEAU 9	36
J- TABLEAU 10	37
K- TABLEAU 11	40
L- TABLEAU 12	26
M- TABLEAU 13	41
N- TABLEAU 14	30
O- TABLEAU 15	38
P- TABLEAU 16	35
Q- TABLEAU 17	42

Diagrammes	PAGES
1- Provenance de l'échantillonnage (Histogramme)	17
2- Provenance de l'échantillonnage (diagramme en secteur)	18
3- Répartition des femmes interrogées en fonction de l'âge (Histogrammes)	24
4- Attitude avec le conjoint en fonction de l'ethnie (Histogrammes)	27
5- Perception de la ménopause en fonction de l'ethnie (Histogramme)	43
6- Rapports avec la famille en fonction de l'ethnie (Histogramme)	31

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ADJIMAN M.
Contribution à l'étude des ménopauses précoces
Thèse Paris 1966 66 p dact.
- 2- AMUNDSEND. W, DIERS C. J./The age at
Menopause of urban women Science 1960
132 - 356 - 357
- 3- BAYARD F. : œstrogènes et cancer/Rev. Prat. 26, 1976, 2449 - 2455
- 4- BRAND P. G., LEHERT Ph./A new way of loocking at environmental
variables that may affect the age at menopause - Maturitas 1 1978
121 - 132
- 5- BLANQUET P, COLLIGNONG
L'ostéoporose post-ménopausique
Monographique du "Mur d'images des entretiens de Bichat 1976
pp 109 - 114
- 6- B. RUX J. DC
Lésions précancéreuses de l'endomètre et leur traitement progestatif
Rev. Fr. Gyn. obst. 70 1975, 89 - 99
- 7- DEQUEKER J. BURSSSENSA, CREYTENSG et BOUILLON R.
Le vieillissement de l'os : relations avec l'ostéoporose et l'ostéoarthrose
chez la femme à la Post ménopause.
Front. Rech. hormonale 1 vol 1975 pp 120 - 135
Van Keep et Lauritzen C direct
Karger Edit.

- 8- FOURNIER C, CORRE - HURSTL ISORNI Ph.
Rôle de l'âge de la ménopause comme facteur favorisant de l'insuffisance coronaire.
Médecine et Hygiène 1976 N° 1219, 1917 - 29

- 9- GALLAGHERJ. C. RIGGS B - L DELUCA H. F.
Effets de l'administration d'œstrogènes et de progestatifs sur le métabolisme du calcium à la post-ménopause.
Front Rech. Hormonale, vol 3, pp 156 - 183
Karger edit Bâle 1975

- 10- Gillet J. Y. Fenichel P. Gabaude - B Sol. J. F.
Menopause - Encyclopédie, Medico-chirurgicale
(Paris - France) Gynécologie 38 A10 - 6, 1985

- 11- GAUTIER P
Aspects radiologiques de l'utérus après la ménopause.
Rev. Fr. Gyn. Obstet. 63, 1968, 377 - 83

- 12- HENRION - R
La fertilité de la femme après 40 ans
Contacept Fertil Sexual 7, 1979, 819 - 822

- 13- Nelter A. Physiologie Hormonale de la Ménopause
Revista Clinica de Instituto Maternal 15
1964, 23 - 37

- 14- Oliver M. F.
The Menopause and coronary heart disease in the management of the menopause and post menopause years 1975, 1 vol pp
175 - 184

- 15- Pelisse M.
Prurit vulvaire du 3e âge
GAS, Med de France 88, 1981, 327 - 337
- 16- ROZENBAUMH/La ménopause
1 vol. Générale graphique
Edit. Toraude - Paris 1971
- 17- Tisserant - Perrier M. /Recherches sur la ménopause
Etudes de statistique comparative
Gynec et obstet 52, 1953, 43 - 55
- 18- TOURNAIRE M./La grossesse à quartante ans et plus.
Rev. Médecine 29 - 30, 1980, 1453 - 1456
- 19- VOKAER R.
Contraception orale et cancer de l'utérus et du sein
J. Gyn. obst. Biol. Repr. 3, 1974, 379 - 400
- 20- WATCHEL E., G.
La cytologie vaginale à la post ménopause
Front. Reht. hormonale 3, 64 - 74
Karger edit, Bâle 1975
- 21- YANEVAH, ROZENBAUMH
Endomètre et inhibiteurs de l'ovulation et l'inhibition de l'ovulation.
1 vol. Masson Edit Pars 1970, 99 - 112

SOMMAIRE

Introduction	1
Rappel physiopathologique	5
Méthodologie et cadres d'étude	14
Justificatifs de l'échantillonnage	15
Résultats avec accent sur les principaux signes retrouvés	15
Vécu socio-culturel de la ménopause	44
Conclusion	55

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette facultés, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM : KONATE

PRENOMS : ALIMA

TITRE de la THESE : APPROCHES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES
DE LA MENOPAUSE EN MILIEU
RURAL ET URBAIN

ANNEE : 1989-1990

VILLE de SCUTENANCE : DAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU de DEPOT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de
Pharmacie
SANTÉ PUBLIQUE

SECTEUR D'INTERET : MILIEU URBAIN (District de BKO) et Rural

RESUME : Cette étude a porté sur 340 cas de ménopause observés en milieu rural et urbain et s'est étendue de Novembre 1989 à Août 1990. Elle a intéressé d'abord le milieu urbain ensuite le milieu rural. Il ressort de l'analyse de cette étude que la ménopause est un phénomène méconnue par nos différentes populations d'où certaines recommandations en vue d'une reconversion des mentalités.

(6) MOTS-CLES : MENOPAUSE - MILIEU - RURAL

URBAIN - APPROCHES SOCIOEPIDEMIOLOGIQUES