

Impact de la ménopause sur le vécu psychologique de la femme dans l'est Algérien

Résumé

La ménopause est définie comme un simple phénomène physiologique, marquant la cessation des menstruations et de la procréation chez une femme normale. Notre étude a montré que celle-ci est également une construction sociale qui dépasse largement la survenue des « règles » et l'arrêt de la fonction reproductive féminine. Cette étape de la vie se caractérise par des modifications somatiques donnant une nouvelle apparence souvent mal acceptée, des transformations de valeurs et des rôles sociaux attribués et imposés aux femmes. C'est aussi l'âge à partir duquel émergent certaines maladies (diabète, hypertension artérielle, etc....) qui viennent compliquer un équilibre psychologique mis à mal par l'âge et la ménopause, marqué par ce qu'on appelle communément les troubles du climatère. Notre enquête, menée auprès de 38 femmes ménopausées de 48 à 60 ans, montre une représentation très variée de la ménopause. Pour certaines, il s'agit d'un sentiment de perte importante du fait de l'arrêt des règles et de la fécondité, d'une dégradation progressive de l'état de santé, de l'aspect esthétique et surtout la perte du capital symbolique. Pour d'autres, la ménopause est acceptée comme une étape de la vie, certes difficile, mais vécue comme une évolution physiologique sans conséquences particulières quant à leurs valeurs sociales notamment. Enfin une minorité exprime un soulagement et une profonde satisfaction.

Fatima Zohra SELLAHI

Faculté des Sciences Humaines
et des Sciences Sociales
Université Mentouri
Constantine (Algérie)

Introduction

ملخص

يعرف سن اليأس على أنه ظاهرة فيزيولوجية، تمثل انتهاء دورة العادة الشهرية ومرحلة الإنجاب لدى المرأة. أظهرت نتائج الدراسة أنه بناء اجتماعي يتعدى زمن حدوث العادة الشهرية وانتهاء وظيفة الإنجاب لأنه تصاحبه تغيرات جسدية تعطي مظهرا جديدا للمرأة يكون في أغلب الأحيان غير مقبول لديها مما يؤدي إلى تغيرات لقيم وأدوار اجتماعية جديدة تكون أحيانا مفروضة عليها.

La ménopause, évènement normal et physiologique dans la vie de chaque femme, signifie cessation des menstruations. Au XIX^e, les médecins de l'époque avait une vision obscure de la ménopause et la décrivait comme une période dangereuse qui bouleverse toute la vie de la femme. Aux maladies que génère la cessation des menstruations s'ajoute la blessure narcissique provoquée par la perte de la féminité. La femme entre dans une phase de décadence essentiellement par la perte de la capacité à procréer. Cette fonction noble a une

كما تعتبر هذه المرحلة العمرية سببا في ظهور عدة أمراض كالسكري، الضغط الدموي... الخ مما يؤدي إلى تعقيد التوازن النفسي والذي يتجلى في شكل تحول واضطراب في المزاج. شملت هذه الدراسة نساء بين 48-60 سنة، أظهرت نتائجها تباينات فكرية وسلوكية في كيفية التعامل مع هذه الظاهرة. الفئة الأولى والتي هي أقلية جد محدودة تعتبر هذه المرحلة من العمر، ضياع لقيمة اجتماعية وجسدية، وهي القدرة على الإنجاب وذلك بعد اختفاء العادة الشهرية، وتقهر في الحالة الصحية والمظهر الخارجي، وكذلك المكانة الاجتماعية بفعل عامل السن. الفئة الثانية، وهي الأغلبية من النساء تعتبر أن سن اليأس مرحلة من مراحل العمر، وهي بدون أي أثر نفسي أو اجتماعي عليهن. وأخيرا فئة محدودة العدد تعتبر هذه الفترة من العمر مرحلة مريحة جدا وتعتبر عنها بالرضى.

grande valeur sociale. Ne plus pouvoir concevoir est vécu comme une véritable mort sociale. Privée de sa capacité de séduction, fragilisée par le changement physiologique, physique et psychologique, la femme ménopausée se destinait à une vie sobre et vertueuse.

La ménopause se définit comme la cessation de tout écoulement sanglant menstruel autrement dit, la disparition des « règles » depuis au moins douze mois. Ce délai est nécessaire pour confirmer cliniquement la ménopause définitive car son installation n'est pas brutale, mais s'étale sur plusieurs années. Cette période préliminaire de la ménopause est appelée pré-ménopause ou péri-ménopause. Elle se caractérise par une irrégularité du cycle menstruel avec très souvent des saignements abondants entre et au cours des règles appelés métrorragies ou ménorragies. Ce saignement, conséquence de la faillite de la réserve ovarienne c'est-à-dire l'appauvrissement en follicules au niveau des ovaires, et leur mauvaise qualité du fait de leur vieillissement physiologique, entraîne

des perturbations hormonales notamment une insuffisance lutéale avec hyperestrogénie, responsables de saignements. Ces saignements et cette irrégularité menstruelle « affolent » la femme, l'angoissent et la fragilise sur le plan psychologique puis sur le plan physique par la durée dans le temps d'autant plus que parfois, une intervention chirurgicale s'impose devant l'abondance du saignement.

La cessation des règles est le signe le plus évident de la ménopause. Mais cette aménorrhée secondaire (disparition des menstruations) est accompagnée progressivement par un cortège de signes fonctionnels, conséquence des modifications physiologiques, dont le point de départ est l'absence d'ovulation et de sécrétion d'estrogène. Cette défaillance ovarienne va entraîner une riche symptomatologie dont les plus précoces sont les troubles vaso-vasomoteurs dominés par les bouffées de chaleur, les sueurs, les céphalées, les palpitations et des troubles neuropsychiques responsables d'insomnie, d'anxiété, d'irritabilité, d'asthénie et de dépression. L'hypoestrogénie, c'est-à-dire un taux d'estrogène insuffisant dans le sang va entraîner également une diminution de la libido, une prise de poids, une altération de la peau et des muqueuses. Ces changements sont tous liés au processus de vieillissement des ovaires.

La vie physiologique de la femme se divise en trois périodes : la période pré pubertaire correspondant à l'enfance, la phase pubertaire durant laquelle la femme vit épanouie et jouit de toutes ses fonctions physiologiques dont la fonction de reproduction. La dernière phase, correspond à la ménopause, appelée en arabe « omr el yaes » et qui signe la fin de sa vie de reproduction par l'épuisement de son capital folliculaire.

La traversée de cette troisième phase de la vie est profondément influencée par un certain nombre de facteurs psychologiques et socioculturels, car nos pensées, nos croyances, nos représentations, notre regard sur nous même et les autres sont façonnés par nos sociétés et nos cultures d'origine. Notre corps et les rapports que nous entretenons avec lui le sont également. Les sociétés et les cultures modulent nos relations et notre perception de la santé et de la maladie, de la douleur et de la souffrance. Cela explique la grande variabilité des symptômes et des doléances au cours de la ménopause, qui diffèrent selon les femmes même à l'intérieur d'une même culture.

Mimoun S. (1992) gynécologue français, souligne l'importance de la reconstitution de l'histoire de la malade pour comprendre l'origine des symptômes. Ceci a conduit ~~laissé~~ plusieurs médecins à changer leur méthode classique de prise en charge des femmes, pour dépasser l'opposition entre « organique et psychologique » et utiliser le dialogue avec la patiente, parce que, dit-il « le trouble actuel ne vient pas de nulle part comme un accident, mais qu'il y a des points de repère tout au long de la vie ».

Contrairement à une idée reçue et largement partagée par les médecins, qui réduisent cette période de transition à un événement biologique, la ménopause est un processus à la fois biologique et social et représente une étape « délicate » pour la femme.

Nul ne conteste l'impact des modifications hormonales sur les troubles psychiques, les fonctions cognitives et notamment la mémoire verbale. Les œstrogènes stabilisent l'humeur et améliorent la sensation de bien être. Certaines études affirment même, qu'il est possible de réduire l'incidence de la maladie d'Alzheimer par un traitement substitutif, c'est-à-dire donné par voie exogène, les estrogènes que l'organisme ne produit plus. Pour le médecin, et maintenant pour beaucoup de femmes, la ménopause est avant tout une crise hormonale, c'est-à-dire un trouble fonctionnel qui peut être corrigé médicalement et éviter ainsi tous les désordres aussi bien somatiques que psychologiques avec leur retentissement sur la personne elle même, sur sa famille et sur tout son entourage.

Il faut reconnaître que grâce au traitement médical substitutif et l'accompagnement psychologique, la ménopause n'est plus une fatalité impitoyable. Il n'en demeure pas moins que la variabilité des manifestations cliniques de la ménopause et son évolution, montrent nettement que les réalités psychologiques personnelles et sociales interfèrent grandement pour en dessiner des tableaux cliniques différents.

Tabet P. (1985) pense « que si le statut de femme est acquis à partir du premier enfantement, c'est aussi avec lui, que le corps féminin devient un enjeu de pouvoir considérable entre les univers sociaux masculins et féminins ». Le corps est un acquis

construit à travers un processus de socialisation infantile, un corps n'est pas simplement un objet. Au contraire c'est un moyen de communication, un ensemble de signes et d'indicateurs sociologiques et psychologiques potentiels ; il nous permet de comprendre les conflits sous jacents et les réactions. Le ressenti des symptômes, qui touchent au corps et à l'esprit, peut causer des perturbations et conduire à un changement d'état non seulement physique et psychique mais aussi de statut social.

En fait, pendant cette période de transition, plusieurs changements profonds se produisent dans la vie de la femme, mais ne sont pas tous directement liés au processus de vieillissement des ovaires. La ménopause est considérée comme un événement aussi bien biologique que socioculturel, elle est largement influencée par les convictions sociales, les attentes et les stéréotypes.

Pour Deutsch (1949), la ménopause est même un « désastre », la femme a terminé son existence en tant que créatrice d'une vie nouvelle, elle a atteint « sa fin naturelle, sa mort partielle, en tant que servante de l'espèce ».

Les changements du corps et d'humeur influent sur les relations de la femme avec son corps, avec sa famille et son environnement social. La femme est maintenant engagée dans une lutte active contre sa décadence. Deux attitudes s'offrent à elle : soit sombrer dans la dépression, ce qui accélérera son vieillissement et sa mort, soit se fixer un autre objectif, trouver une autre occupation, une activité pour surmonter l'éloignement des ses enfants et aussi s'affirmer par sa compétence, son savoir faire, sa culture, ses relations, par ses centres d'intérêts qui ne se limitent pas à la maternité, à la féminité, et à la jeunesse.

Tous ces facteurs réunis peuvent avoir une influence profonde sur le fonctionnement psychosocial et le bien-être général de la femme en période ménopausique. A ce niveau, l'activité de la vie de la femme est un mécanisme de défense, une échappatoire qui lui permettra de vivre une ménopause plus clémente, plus optimiste.

Benedek Th (1950) affirme que la capacité de la femme à réaliser cette réorganisation dépend de sa personnalité. L'idée que la personnalité antérieure joue un rôle important dans l'expérience de la ménopause, est reprise par Dolto F. (1989) et Gueydan M. (1991). Chaque femme vivra ce moment avec une différente intensité de sentiment et d'états d'âme, en raison de son caractère et de son histoire. Si elle est capable d'affronter les changements et si elle est suffisamment forte pour être optimiste et réaliste, elle fera cela d'une manière différente contrairement à une femme fragile et pessimiste. La ménopause est aussi un terme qui fait peur à plus d'une femme parce qu'il traduit la fin de quelque chose, la mort d'un organe qui fait de la femme une femme, la fin d'une fonction noble, celle de concevoir des enfants. Pour Deutsch H. « la perte des organes reproducteurs équivaut pour la femme à la castration ».

A la ménopause, plusieurs facteurs somatiques, liés à la baisse des œstrogènes et aux troubles trophiques locaux qui l'accompagnent, notamment la baisse de la lubrification du vagin et l'amincissement de la muqueuse vaginale entraînent une irritation de l'urètre et de la vessie contribuant ainsi à l'émergence de troubles urinaires et au déclin de la fonction sexuelle. Mais la "retraite sexuelle" puise surtout

sa source dans des motivations psychologiques souvent inconscientes liées en partie à l'aspect reproductif inexprimé de la sexualité. "Une fois que l'excuse de la procréation disparaît, une culpabilité sans justification peut envahir l'esprit de la femme" (Douki S.2001). Beaucoup de femmes ont, en effet, le sentiment que les rapports sexuels ne sont légitimés que par la procréation. Sullerot E. cité par Douki S. 2001 affirme que " la définition de la vie de la femme s'est toujours confondue avec sa période de fécondité et de maternité. Les autres périodes de sa vie étaient bien souvent présentées ou ressenties comme n'étant que la préparation ou la survie de cette apothéose justificatrice ". C'est dans ces cultures que la perte de la capacité à procréer reste un déclin de l'activité sexuelle et la vraie femme reste la mère. Dans ce sens Boucebc M., (1990) rapporte que « le premier devoir du couple étant la procréation, le couple va vivre ses premières années au rythme des grossesses successives. C'est-à-dire que le statut de la femme sera d'abord fonction de sa fécondité. »

Toutefois, la perte de la fonction capitale de procréation est souvent compensée par l'accession à un statut social privilégié. Si la femme se trouve dépossédée des privilèges liés à la maternité ou à la séduction physique, elle gagne en revanche une revalorisation sur d'autres plans et d'autres niveaux. Ammar S., (juin, 1988) rappelle ainsi que la femme musulmane acquiert généralement plus de dignité et de vie autonome avec l'âge et particulièrement lorsqu'elle atteint la ménopause. "En fin de compte, c'est souvent la période la plus agréable de sa vie, celle où elle est enfin plus indépendante, moins soumise aux caprices de l'homme et bénéficiant de plus d'autorité sur les autres femmes. C'est pour elle la nomination à une position honorable et la fin des tabous attachés à la fonction féminine, le droit de sortir dévoilée, l'accès aux cultes, aux rites et aux objets sacrés".

Cet aspect positif a été confirmé par Ghazali M. et *al.* (1998), à travers une enquête auprès de 1000 femmes Marocaines ménopausées. Il a relevé dans son étude, une incidence très faible des états dépressifs. Ce résultat favorable est dû très probablement au statut privilégié de la femme âgée au Maroc.

Même si la majorité des femmes redoutent cette période qui symbolise le début de la vieillesse, beaucoup d'entre elles accueillent cet événement comme un soulagement, du fait de l'arrêt de la période de fécondité et l'arrêt des menstruations. Mais derrière la diversité des mécanismes psychiques mis en jeu, il existe un fond fantasmatique commun qui est d'origine culturelle. Le vécu psychologique de la ménopause est ainsi indissociable du contexte socioculturel et du vécu subjectif de la ménopause qui varie selon les femmes et leur histoire personnelle. Autrement, comment expliquer que les japonaises ignorent les classiques «bouffées de chaleur » dont le terme n'existe même pas dans leur langue, ou la grande variabilité des manifestations psychiatriques ?

Une étude épidémiologique de la ménopause a été menée par plusieurs équipes de chercheurs étrangers. Nous n'avons retrouvé aucune publication Algérienne indexée dans une revue Algérienne ou étrangère sur le vécu psychologique de la femme ménopausée Algérienne. Ceci peut s'expliquer par la difficulté à mener ce genre d'étude d'abord par la réticence des femmes à répondre aux questions qu'elles estiment intimes, par pudeur ou par réserve, par exemple sur tout ce qui concerne la sexualité ou la vie dans le couple. Il faut souligner l'absence de prise en charge

psychologique des femmes ménopausées dans notre pays, contrairement aux pays occidentaux où la ménopause est prise en charge tant sur le plan psychologique que médical. La ménopause dans notre pays n'est pas encore un axe prioritaire dans le cadre de la santé publique, ni dans les pays à culture arabo-islamique de façon générale, malgré les complications qu'elle génère immédiatement (troubles vasomoteurs et psychologiques), à moyen terme (les complications cardiovasculaires) et à long terme (les troubles orthopédiques dont les fractures, liés à l'ostéoporose).

Dans notre pays, la ménopause n'est pas encore un sujet de préoccupation. Elle n'est ni un sujet de valorisation ni un sujet de dévalorisation. Elle passe en silence et demeure une préoccupation personnelle très privée, un problème de santé ou de société sans intérêt particulier. La ménopause n'est pas une maladie, elle sera vécue comme les femmes qui l'ont vécue avec ou sans ses déboires. Dans « l'imaginaire arabomusulman » Chebel M. (1984, p 323) évoque cette formule lapidaire : « le sort de la femme arabe est indissociablement lié à la fécondité de son utérus », ce qui revient à dire qu'avec la fin de son rôle de femme et de procréatrice, sa santé psychologique n'est pas une préoccupation sociale. Le manque flagrant de recherches dans ce domaine en Algérie, confirme cette opinion.

Vue l'importance de l'impact de ce phénomène sur la vie de la femme, nous avons effectué une étude en prenant en considération un certain nombre de paramètres psychologiques et sociaux dans le but de comprendre le mieux possible l'impact de la ménopause sur la femme algérienne, en apportant quelques éléments de réponse aux questions suivantes :

- Pourquoi la ménopause n'est elle pas pareille pour toutes les femmes ?
- Est ce que la ménopause est vécue comme une valorisation, une étape de maturation et de sérénité ?
- La ménopause est elle le début de la vieillesse pour la femme ?
- Le vécu de la ménopause est il différent chez la femme moderne et la femme traditionnelle ?
- La ménopause signifie-t- elle la fin la féminité et de la sexualité chez la femme?

Nous rapportons quelques points des résultats préliminaires de l'enquête, que nous avons réalisée auprès de 38 femmes ménopausées.

Notre étude a concerné des femmes ménopausées, dont l'âge varie entre 50 et 60 ans. Nous pensons que c'est l'âge où la femme vit pleinement sa « crise ménopausique ». Nous avons délibérément questionné des femmes mariées, des femmes veuves, des femmes divorcées et des femmes célibataires. Parmi les femmes mariées, veuves ou divorcées, certaines possèdent des enfants, d'autres sont stériles ou sans enfants. Nous pensons, qu'avec un tel échantillonnage, nous avons cerné les différentes catégories de femmes ménopausées.

Les premiers résultats ont démontré que même si la ménopause n'est pas vécue de la même manière par les femmes, elle reste une source de préoccupation pour leur santé, leur jeunesse et leur féminité. Nous exposons brièvement quelques points des principaux résultats de l'enquête.

- 80% des femmes trouvent l'arrêt des règles satisfaisant sur le plan pratique.

• Sur le plan symbolique, 62% des femmes approuvent l'affirmation : « les règles sont un signe de féminité important ». Cette valeur positive des règles augmente, chez les femmes ayant un niveau d'études primaire et secondaire. Les femmes universitaires estiment que les années ne sont pas un obstacle pour bien vivre, mais plutôt « un capital » expérience qui permet l'épanouissement et un meilleur profit sur le plan relationnel et intellectuel. On remarque que cette perspective d'analyse ne paraît pas excessivement négative quant au vécu de la ménopause chez la femme algérienne. Le vécu diffère chez les femmes instruites ou modernes, par le fait que celles-ci ne renoncent pas à la vie active, se considèrent toujours jeunes, dynamiques et féminines. Contrairement aux femmes traditionnelles, 73% d'entre elles se voient vieilles ou vieillissantes, la ménopause ayant affecté leur pouvoir de séduction, ne se préoccupent plus ni de leur santé physique ni de leur aspect esthétique.

Dans le tableau ci-dessous, nous rapportons les réponses concernant l'impact de la ménopause sur la santé physique et psychique chez la femme ménopausée. 49% d'entre elles rapportent des symptômes fonctionnels comme les bouffées de chaleurs en premier lieu, ensuite des difficultés physiques représentées essentiellement par les maladies articulaires. 35% des femmes évoquent les symptômes psychiques, sous forme d'instabilité d'humeur, de trouble du sommeil et de tristesse. 3% seulement de toutes les personnes questionnées se sentent tout à fait normales et n'éprouvent aucune gêne psychique ou somatique.

Tableau 1-les troubles attribués à la ménopause

Quelles difficultés éprouvez vous pendant la ménopause ? si oui lesquelles ?	Nb=38	Symptômes rapportés
Syndromes physiques dont :	62%	
Bouffées de chaleur		49%
Maladies articulaires		13%
Syndromes psychiques dont :	35%	
Instabilité d'humeur		20%
Trouble du sommeil		12%
tristesse		3%
Aucun des symptômes	3	3%
Total	100%	100%

Ces résultats montrent que la ménopause est vécue comme un phénomène physiologique, connu de mère en fille, sans attribution de dimension pathologique. En d'autre terme, la ménopause n'est pas une maladie même si elle s'accompagne de difficultés qui sont plus ou moins surmontées en fonction du statut personnel de chaque femme. Les femmes instruites cernent mieux certains aspects de la ménopause, parce qu'elles ont accès à l'information, aux médias, sont plus incommodés par les signes fonctionnels parce qu'elles sont souvent actives sur le plan professionnel et savent qu'il existe un traitement hormonal substitutif avec les aléas du risque cancérigène sur le sein et l'endomètre. Ceci constitue une autre source d'angoisse : suivre un traitement médical et s'exposer un peu plus au risque de cancer ou

s'abstenir et supporter les désagréments, en premier lieu, des troubles fonctionnels. Il faut noter que les femmes instruites ont plus accès à la consultation médicale et sont plus sensibilisées à la notion de prévention en médecine. Les femmes, décrivent plus une gêne qu'une inquiétude. Elles trouvent normale que leur ménopause s'accompagne de troubles.

Tableau 2- L'attitude envers l'arrêt de la fécondité

A la ménopause, on ne peut plus avoir d'enfants, comment vivez-vous cette situation ?	Nombre de cas = 38
C'est surtout une libération, je ne risque plus d'être enceinte	42%
C'est surtout un regret, je n'ai plus aucun espoir d'être enceinte	15%
C'est à la fois une libération et un regret	10%
Ça m'est plutôt indifférent	33%
Total	100%

Les femmes expriment des sentiments très divers, face à l'arrêt des menstruations. Selon nos résultats, ils varient du regret à la satisfaction. Pour 42% des femmes questionnées, c'est une libération, 15% regrettent de ne plus pouvoir concevoir des enfants, 10% expriment une ambivalence associant un sentiment de libération et un sentiment de regret, enfin 33% sont plutôt indifférentes à l'arrêt de la fécondité.

Les incommodités évoquées en premier lieu par les femmes ménopausées sont les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les insomnies et les difficultés articulaires. Si les troubles vasomoteurs sont les plus évoquées (49%), ils sont rarement considérés comme ayant un impact négatif sur la santé, mais ils constituent les seuls signes visibles précoces de la ménopause. De ce fait, ils occupent une place importante dans les interactions avec l'entourage.

Quant à l'arrêt de la fécondité, nombreuses sont celles qui considèrent minime la perte de cette fonction de reproduction. La satisfaction d'avoir conçu les enfants qu'elles ont désirés les comble et leur suffit. Elles attendent la conception de leurs petits enfants comme une suite de l'histoire naturelle de la vie. L'arrêt de la fécondité n'est donc plus un sujet d'inquiétude. C'est plutôt l'aspect esthétique et la perte de la beauté qu'elles redoutent et la crainte de ne plus être désirable.

Nous concluons par le commentaire d'une femme, qui résumera l'avis de la majorité des femmes de notre enquête « la fin de la fécondité n'est pas le spectre, n'est pas la fin de la féminité, parce que ça n'empêchera pas d'être coquette, ça n'empêchera pas d'être ce que je suis sous prétexte que je n'ai plus mes règles. »

Bibliographie

- 1 Ammar. S., « La Ménopause », Médecine Méditerranée II, Marseille, 10 et 11 juin 1988.
- 2 -Arnaud. R., La ménopause à travers l'histoire, Edition laboratoires Ciba Geigy, 1995.
- 3 -Assoun. P.L , Le pervers de la femme, Anthropos diffusion : economica, Paris, 1989
- 4 -Benedek Th. Climacterium: "a developmental phase"1950 cité par «Delanoë D, Critique de l'âge critique, » thèse Doctorat , 2001, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales –Paris 6
- 5 - Boucebc. M., La psychiatrie tourmentée, Editions Bouchène, Alger, 1990.
- 6 -Bouhdiba. A., La sexualité en Islam, Edition P.U.F., Paris, 2001.
- 7-Beauvoir. S., Le deuxième sexe, Tome 2, Edition Gallimard, Paris, 1968.
- 8- Chaby. L. , La ménopause, Edition Domino/Flammarion, 1995.
- 9- Check. W.A., « La conception de la ménopause », Orgyn, n°3,1996.
- 10- Chebel. M., Le corps dans la tradition du Maghreb, Editions PUF, Paris, 1984.
- 11-Delanoë. D., « Variations transculturelles sur la ménopause », Gynécologie et psychosomatique, N° 9, trimestre 3, 1993. Edition laboratoire Searle Gynécologie.
- 12- Deutsch. H., La psychologie des femmes, Tome 2, Edition P.U.F., Paris, 1964
- 13- Dolto. F., Libido féminine, VDN-Ergo-Press, Paris, 1989.
- 14- Douki S., Nacef F., Bouzid R., Choubani R., Les conséquences psychologiques de la ménopause : Réalités, symboles et mythes, Les conférences d'actualités - Société tunisienne de médecine interne, Hôpital Razi Tunis, 2001
- 15- Gueydan. M., Femmes en ménopause, les transformations psychiques d'une étape de vie. Editions Ères, 1991.
- 16- Lacoste-Dujardin. C., Des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb, Editions la découverte, Paris, 1985.
- 17- Ghazali M., Hermas S., Abbassi H., Mikou F., Bouhya S., Bekkay M., « La ménopause en milieu Marocain; enquête auprès de 1000 femmes, Maternité lalla Meriem, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc », Maghreb Médical, n°325, mai 1998.
- 18- Mimoun. S., La consultation psychosomatique, Éditions Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1992.
- 19- Naamane Guessous. S., Printemps et automne sexuel : puberté, ménopause, andropause au Maroc, Editions autre temps, Marseille, 2000.
- 20- Tabet. P., « Fertilité naturelle, reproduction forcée, l'arrondissement des femmes. Essai en anthropologie des sexes », Cahiers de l'homme, Paris, 1985, pp 61-147.