Les poncifs ont la vie dure : enfin une ménopause heureuse

Autor(en): **Bourgeois, Christine**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 1

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950031

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

nuellement. Dès 30–35 ans, la masse osseuse diminue progressivement. Cette perte osseuse s'accélère dès l'apparition de la ménopause. Si un certain degré est atteint, le risque de fracture augmente fortement. Toutefois la masse osseuse varie considérablement d'un sujet à un autre. Le manque d'œstrogènes n'est de loin pas le seul des facteurs permettant d'expliquer l'apparition de l'ostéoporose. S'y ajoutent des facteurs génétiques, endocriniens, nutritionnels, ainsi que la prise de certains médicaments, telle la cortisone. L'absence d'exercice physique est aussi un facteur déterminant.

Le traitement

La ménopause constitue une occasion idéale pour réévaluer son mode de vie et apporter les changements nécessaires en vue d'améliorer sa qualité de vie (exercices réguliers, régime alimentaire adéquat, abandon du tabac, réduction de la consommation d'alcool, etc.). Le traitement hormonal substitutif (THS) perçu comme un «traitement de jouvence» n'est qu'une utopie. Le THS permet de surmonter certaines difficultés liées à la ménopause. Il a son utilité quand la qualité de vie est altérée. Son efficacité par exemple sur les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil est remarquable.

Toutefois, le THS présente aussi des risques. Il existe par exemple une augmentation des maladies thrombo-emboliques; et les dernières études montrent une augmentation, certes faible, des cancers du sein après quatre ans de traitement. Le risque augmente avec la durée de la prise et la dose. En Europe, le traitement hormonal peut être prescrit de plusieurs manières. Les hormones sont administrées par l'intermédiaire de comprimés, de patches, de crèmes, par voie transvaginale ou par spray nasal. La posologie varie suivant les produits et doit être réduite au minimum utile.

Les recommandations actuelles

D'après la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique et la Société suisse de ménopause.

- Le syndrome climatérique et l'amélioration de la qualité de vie manifestement affectée par un déficit d'œstrogènes représentent les principales indications à l'hormonothérapie.
- La seule prévention cardiovasculaire n'est plus une indication en faveur d'un THS.
- Il faut préférer des traitements courts (cinq ans ou moins). Toutefois, une thérapie à long terme est justifiée chez les femmes dont les symptômes ne peuvent être soulagés que par l'administration d'œstrogènes. Les traitements demi-doses doivent être proposés.
- Le THS requiert une indication claire, et les risques et bénéfices doivent être évalués pour chaque patiente qui doit de surcroît en être pleinement informée.

La prescription d'un traitement hormonal est le résultat d'une analyse des antécédents familiaux, de l'histoire médicale, du mode de vie et des symptômes présents chez la patiente venant consulter. La décision finale incombe à la patiente qui aura pu, après un entretien approfondi avec son médecin, évaluer les avantages et les risques liés à la prise du THS. Il faut réévaluer régulièrement l'opportunité de continuer le traitement hormonal.

Dr Daniel Wirthner

Femme ménopausée

Quelle thérapie de substitution hormonale?

La première piste, à court terme, consisterait à étudier les mérites respectifs de différents dosages de traitements de substitution ainsi que différentes formes d'administration d'œstrogène ou de progestérone actuellement à disposition.

L'action des œstrogènes, comme pour tout médicament, est extrêmement dépendante de la dose utilisée et de son mode d'administration. Or, les études publiées à ce jour n'ont utilisé qu'un type de dosage dans une seule combinaison. De plus, les hormones utilisées dans les études américaines diffèrent de celles auxquelles on a habituellement recours en Europe.

A noter que, dans le cas bien connu de la pilule contraceptive, la diminution du dosage des stéroïdes, ainsi que la modification de la nature des hormones utilisées ont permis au fil des ans de réduire considérablement les risques jusqu'à les rendre tout à fait acceptables, tant au point de vue individuel qu'au point de vue financier en santé publique.

La deuxième piste, pour le plus long terme, consiste à poursuivre les efforts de recherche fondamentale permettant de comprendre les mécanismes d'action des hormones stéroïdiennes dans les différents tissus cibles tels que l'endomètre, la muqueuse vaginale, la paroi des vaisseaux, le foie ou les os.

Prof. Bernard Rossier

Les poncifs ont la vi

Enfin une

La ménopause devrait être une étape normale dans la vie de toute femme. Elle est, à l'inverse de la puberté, le passage d'une vie hormonale sexuelle cyclique à une autre, linéaire, proche, dans son fonctionnement, de celle des hommes. La Nature a simplement bien fait les choses en limitant la possibilité de procréation à un âge où la mère pourra assurer le devenir de son enfant pour l'amener à l'âge adulte.

PAR ailleurs, il est frappant de constater que seules les femmes des pays développés semblent souffrir de troubles désagréables, et parfois graves, lors de la ménopause! Il y a plusieurs raisons à cela, mais deux semblent primer. La première est la manière dont nous concevons et vivons – «inconsciemment» – notre sexualité, à quoi s'ajoute notre «image» du vieillissement! La seconde, et non des moindres, concerne les perturbations hormonales féminines.

Les recherches scientifiques les plus récentes rendent compte et démontrent que les troubles de la ménopause ne sont que l'aboutissement de longues années de déséquilibre hormonal, déséquilibre causé, non pas par une carence en oestrogène, (à part 3% de la population ayant souffert d'une anorexie ou ayant exercé un sport de pointe) comme on l'avait pensé jusqu'il y a peu, mais bien par une carence en progestérone…

Fin de la vie sexuelle

La ménopause survenant, et la conception d'un enfant n'étant plus possible, l'idée s'impose insidieusement que la vie sexuelle est terminée! Il n'en est rien, bien sûr, et pourtant, nombre de femmes,

dure

ménopause heureuse

parvenues au seuil de la ménopause, acceptent facilement l'hormonothérapie substitutive afin de prolonger leur vie sexuelle, dans le but, comme le disent certaines, «de continuer à satisfaire leur mari!»… On y ajoute, généralement, toutes les «excuses» habituelles: ostéoporose, risque vasculaire, vieillissement accéléré… «Excuses», disons-nous? Oui, bien sûr! Car il est prouvé, d'une part, que l'hormonothérapie ne prévient pas réellement ces risques et que, la prise de ces médicaments présente des dangers qu'il serait bien imprudent de négliger. Une étude américaine montre que chez les femmes ayant pris des oestrogènes – seuls ou en association avec des progestatifs – pendant au moins cinq ans, le risque de développer un cancer du sein est 70% supérieur à celui des celles qui n'utilisent pas ce traitement. (Le Temps février 2002). On doit le dire et le redire: La ménopause n'est en rien un empêchement à la poursuite d'une vie sexuelle active et harmonieuse.

Christine Bourgeois pratique la contraception naturelle, dite symptothermique, depuis 25 ans et intègre les concepts du Dr Lee dans ses consultations pour femmes préménopausées et ménopausées. Pour en savoir plus www.symptotherm.ch

Vers une ménopause heureuse

Les troubles ressentis, vécus douloureusement par de nombreuses femmes lors de la ménopause, sont une réalité qu'on ne peut nier et encore moins minimiser. La souffrance existe, de même que certains risques graves pour la santé, voire pour la vie. L'affirmation d'une gynécologue: «Je suis bien obligée de constater que la ménopause est une pathologie», reflète moins le doute que la ménopause soit bien une étape naturelle dans la vie de la femme, que l'expérience des femmes ménopausées, rencontrées en consultations quotidiennement depuis plusieurs années.

La ménopause, délicate adaptation des régulations hormonales, demande un effort important à tout notre système glandulaire, et à l'hypophyse, qui en est le maître d'œuvre sous l'impulsion de l'hypothalamus, en particulier. Pas étonnant, dès lors, que certains bouleversements puissent se manifester, d'autant plus que tous les réajustements nécessaires se produisent alors que souvent l'organisme est affaibli par nos modes de vie:

- carences nombreuses en micronutriments essentiels (vitamines, minéraux, oligoéléments);
- carences en acides gras essentiels;
- carences enzymatiques;
- intoxication importante due à des modes d'alimentation inadaptés;
- perturbations hormonales graves liées à une «pollution œstrogénique» omniprésente;
- stress nombreux d'une vie difficile;
- manque d'exercice physique régulier;
- vie sexuelle fréquemment insatisfaisante depuis de longues années;
- troubles psychoémotionnels…

L'équilibre

Personne, donc, ne peut manifester d'étonnement face à une situation franchement pathologique. Mais personne, non plus, ne peut délibérément ignorer que notre mode de vie en est responsable, et non la Nature et les «effets pervers de l'âge». La Nature, elle, n'a pas attendu l'arrivée sur le marché des laboratoires pharmaceutiques. Elle a prévu tous les mécanismes d'adaptation, et ils sont très fins. Ils demandent seulement que notre psychisme, et nos métabolismes soient en équilibre! Et ça, c'est une vraie gageure dans l'état actuel de santé des populations occidentales…

Mais c'est possible, pour peu qu'on s'en donne les moyens par:

- le rééquilibrage de l'alimentation;
- la complémentation nutritionnelle;
- les traitements naturels (phytothérapie, aromathérapie);

La ménopause heureuse existe et chacune peut la vivre.

La date de la ménopause n'est pas facile à déterminer avec précision. Une période plus ou moins longue d'irrégularités menstruelles peut précéder l'arrêt définitif des règles.

Photo: Susanna Hufschmid

- la complémentation en progestérone naturelle;
- l'exercice physique régulier et l'hygiène de vie;
- l'exercice de la sexualité;
- une vision positive de soi et de sa vie...

Ce «programme» devra évidemment être adapté à chaque personne. Il ne dispense pas, le cas échéant et selon la nécessité, de consulter un praticien en médecines naturelles, un psychothérapeute ou tout autre praticien à même de répondre aux problèmes particuliers. La suite dépend des femmes seules! Et de leur réceptivité à un message sensiblement différent de celui qu'on entend souvent. La ménopause heureuse existe et chacune peut la vivre. Elle peut être l'apothéose de la vie dans un espace de grande liberté regagnée!

Information mensongère

L'ouvrage du Dr John Lee «Guérir la Ménopause: tout ce que votre médecin ne vous a probablement pas dit», éditions Santé pour tous, Lausanne 1999, éclaire impitoyablement le comportement des laboratoires pharmaceutiques (le triomphe de la publicité sur la science!) et des médecins (une sclérose invraisemblable face aux avancées de la recherche). Il apporte un nouvel espoir aux millions de femmes victimes, à la fois, du mode de vie artificiel de notre civilisation occidentale et d'une information mensongère de la part de ceux à qui elles confient leur santé.

Le Dr John Lee a mis fin à sa pratique médicale de trente ans et s'est consacré durant 25 ans à la recherche de l'utilisation de la progestérone naturelle, ce qui lui a valu des résultats de plus en plus positifs. La théorie, qui est propagée et largement médiatisée par les laboratoires pharmaceutiques et la médecine officielle, veut que les différents troubles liés à la ménopause proviennent d'une carence oestrogénique. C'est ce qui a conduit à la «thérapie oestrogénique de substitution» (prescription d'oestrogènes de synthèse), remplacée depuis quelques années par la «thérapie hormonale de substitution» (THS), alliant oestrogènes et progestatifs (molécules de synthèse à effet progestérone-like).

Des chiffres à la réalité

Or, les chiffres et la réalité clinique s'opposent formellement à cette théorie:

- A la ménopause, alors que la progestérone chute à un niveau proche de zéro, les oestrogènes ne perdent que de 40 à 60% de leur synthèse.
- Nombre des symptômes de la ménopause ressemble étrangement à ceux du syndrome prémenstruel, époque où les oestrogènes sont bien présents.
- Les «troubles» de la ménopause, l'ostéoporose notamment, débutent bien avant que celle-ci se manifeste par la cessation du cycle menstruel, dix à quinze ans plus tôt dans de nombreux cas.
- Les symptômes de la ménopause (hormis les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale) ne cèdent pas à la thérapie oestrogénique, voire, la plupart du temps, s'aggravent. Et d'autres, plus graves encore, surviennent à cause des effets secondaires produits par les hormones synthétiques.
- Enfin, tous les symptômes et les pathologies répondent admirablement (hormis, parfois, les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale) à la complémentation en progestérone naturelle, associée à un rééquilibre de l'alimentation et du mode de vie.

L'observation avant tout

Le grand mérite du Dr John Lee est l'observation et la nomination d'un nouveau phénomène pathologique: la dominance oestrogénique qui se manifeste comme suit:

- Rétention d'eau, oedème (gonflement, ballonnements).
- Fatigue, manque d'énergie.
- Seins gonflés, seins fibrokystiques.
- Sautes d'humeur prémenstruelles, dépression.
- Perte du désir sexuel.
- Règles douloureuses, abondantes ou irrégulières.
- Fibromes utérins.
- Envies irrépressibles de sucreries.
- Gain de poids, dépôts de graisse sur les hanches et les cuisses.
- Symptômes d'hypothyroïde, tels que mains et pieds froids...

Remise en question

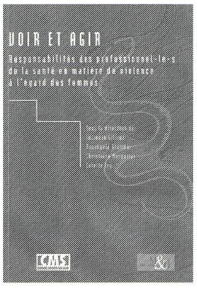
L'ouvrage du Dr John Lee est une solide remise en question de bien des choses sur le plan de l'équilibre hormonal. Mais il apporte un espoir immense pour toutes les femmes qui ont été trompées et méprisées par leur médecin qui finissent par leur prescrire des tranquillisants ou une psychanalyse pour se débarrasser des troubles qu'ils ne parviennent pas à traiter. Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire sur le peu de considération accordée aux souffrances féminines et sur les traitements ou mutilations (l'hystérectomie, notamment) qu'on leur propose, voire impose! Il est, enfin, totalement en phase avec le milieu naturo-hygiéniste concernant la nécessaire réforme des modes de vie et d'alimentation, avec une instance toute particulière pour les aliments complets et biologiques.

Christine Bourgeois

Sous la direction de Lucienne Gillioz, Rosangela Gramoni, Christiane Margairaz et Colette Fry

Voir et Agir

Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes.



Ed. Médecine et Hygiène, Genève 2003
ISBN: 2-88049-172-X

L'ouvrage rassemble les contributions du colloque du même nom, qui a eu lieu les 1er et 2 décembre 2000 à Genève. Son objectif, présenté par Ruth Dreifuss en préface, est de fournir aux professionnel-le-s un outil de travail scientifique, pour leur permettre de mieux agir et réagir aux situations de violence auxquelles ils/elles sont confronté(e)s dans leur travail.
L'ouvrage est divisé en quatre parties: la première dresse un état des lieux de la question, la seconde étudie les conséquences de la violence sur la santé mentale et physique des femmes, la troisième analyse comment le système de santé répond à la problématique de la violence, et la quatrième partie est consacrée à l'interaction entre la justice et le système de soins.
Les constats sont assez édifiants. Savons-nous qu'à l'échelle mondiale la violence constitue parmi les femmes en âge de procréer une cause de décès et d'invalidité aussi fréquente que le cancer? Que les rapports sexuels forcés sont fréquents dans les couples?
La violence à l'égard des femmes n'existe pas partout (sur 90 sociétés étudiées dans une étude comparative, on en a recensé 16 dans lesquelles la violence envers les femmes était pratiquement absente.) Alors quels sont les facteurs en cause dans la violence vis-à-vis des femmes?
Que pouvons-nous faire, personnel de santé et plus particulièrement sages-femmes lorsque nous sommes confronté(e)s à des cas de violence à l'égard des femmes dont nous avons la responsabilité?
L'ouvrage propose de nombreuses pistes, à commencer à l'intérieur du système de santé lui-même.
Un des chapitres aborde la question des croyances du personnel de santé, qui ne diffère pas fondamentalement des croyances de nos sociétés; un autre fait l'inventaire des réponses inappropriées auxquelles sont confrontées les femmes victimes de violence; un autre encore démontre l'importance du personnel de santé dans le dépistage précoce du harcèlement sexuel sur le lieu de travail.
Comment rendre justice à une telle somme de connaissance et de recommandations en quelques lignes résumées? Cet ouvrage peut constituer une contribution importante au problème de la violence à l'égard des femmes, du point de vue des femmes comme du point de vue des hommes. Sages-femmes et infirmiers/ères sont souvent en première ligne, et sont directement concerné(e)s. Mais ce livre peut aussi aider les soigné(e)s, les couples en consultation. Seule condition: un certain niveau d'étude, qui permette de comprendre une écriture faite d'une rigueur plus généralement commune aux articles scientifiques.

Pascale Chipp, sage-femme

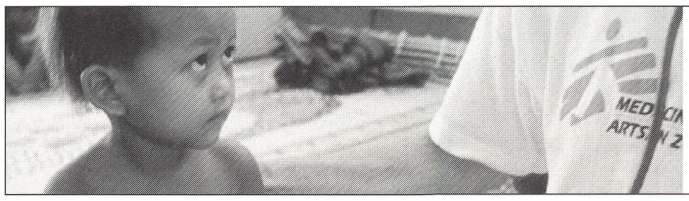
Dr Marie Thirion:

Les compétences du nouveau-né

Ed. Albin Michel, 2002, 250 p.
ISBN: 2-226- 13410- 7

La lecture de cet ouvrage est un vrai bonheur qui nous emmène à la découverte (en tant que futurs parents) et à la redécouverte (pour la sage femme hospitalière que je suis!) du nouveau-né à terme et sain. Les compétences du petit de l'Homme nous sont expliquées clairement et simplement, par des exemples concrets. L'auteur s'adresse autant à des professionnels du milieu médical, qu'à de futurs parents curieux d'en savoir plus sur ce petit qu'ils attendent et qu'ils ont hâte de connaître. Le langage est parfaitement adapté au public visé.
Le souci du Dr Thirion est de mettre continuellement les compétences du bébé en avant. Les mots confiance, relation, interaction, patience et observation prennent tout leur sens dans ce livre.
Tous les systèmes sont abordés et expliqués en terme d'adaptation du nouveau-né à sa nouvelle vie extra-utérine. Pour certains chapitres plus pointus, notamment celui intitulé «les mécanismes exceptionnels de sécurité dans la période néonatale» un avertissement est introduit et nous donne rendez-vous plus loin dans la lecture.
Les complications et pathologies sont systématiquement exclus du contenu des chapitres.
Plusieurs pistes sont soulevées quant à une prise en charge plus douce, moins invasive, donc plus respectueuse du nouveau-né à terme et sain en milieu hospitalier. J'ai particulièrement aimé le sujet concernant l'utérus, un lieu mobile en perpétuel mouvement et le lien qui est fait avec l'immobilisme plus au moins imposé des bébés dans leur berceau. Je regrette juste le manque de références aux hypothèses émises.
Bref on referme ce livre avec un œil tout neuf sur le bébé qui est quand même une merveilleuse œuvre d'art, complexe et simple à la fois. Complexe car le petit de l'Homme a toute une palette de ressources à sa disposition pour s'adapter rapidement (le temps d'un accouchement) à un milieu différent de celui où il a été créé. Simple pour qui prend le temps de l'observer, de respecter ses propres rythmes, de lui faire confiance et de l'accompagner dans les étapes de la vie qu'il a à franchir pour grandir.

Patricia Sala, sage-femme


Soigner les populations en danger.
Dans le monde entier.
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN
Case postale 116, 1211 Genève 21
Tél 022 849 84 84, fax 022 849 84 88
www.msf.ch, CCP 12-100-2