

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 87 (1989)

Heft: 4

Artikel: La ménopause

Autor: Grand-Greub, Hélène

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951082>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 27.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La ménopause

Hélène Grand-Greub, sage-femme, Yverdon-les-Bains

Lorsque la Commission du journal a choisi de traiter ce sujet, elle ne pensait pas entrer dans les détails hyperscientifiques qui régissent les traitements hormonaux actuels de la ménopause mais bien l'aborder d'une manière plus générale, par rapport aux femmes que nous sommes toutes, jeunes ou plus âgées, et à celles que nous côtoyons journalièrement. C'est donc divers aspects de cette période de vie que j'ai essayé de traiter pour vous après avoir lu plusieurs textes et ouvrages que je citerai parfois. HG

Historique

Il faut attendre la révolution française pour trouver trace de malaises ménopausiques. La thèse selon laquelle les malaises de la ménopause seraient apparus avec l'augmentation de l'espérance de vie de la femme serait fautive car les classes aisées et privilégiées ayant toujours eu recours à une aide médicale ont généralement réussi à atteindre l'âge de la ménopause. Curieusement ces troubles apparaissent lorsque l'espérance de vie d'autres couches sociales se met à augmenter et qu'est ainsi mise en évidence l'influence des facteurs socio-culturels sur la ménopause et ses malaises. De nos jours, la femme n'est plus vieille à cinquante ans. Elle n'est plus que maman retraitée et a encore un tiers de sa vie (ou plus !) devant elle. Par l'indépendance qu'elle a acquise, la femme d'aujourd'hui ne devrait plus subir les modifications physiologiques dues à l'âge mais épanouir sa personnalité et trouver un nouveau souffle de vie. La médecine moderne ou les méthodes naturelles sont là pour l'aider à passer ce cap qui marque la fin de ses possibilités de maternité.

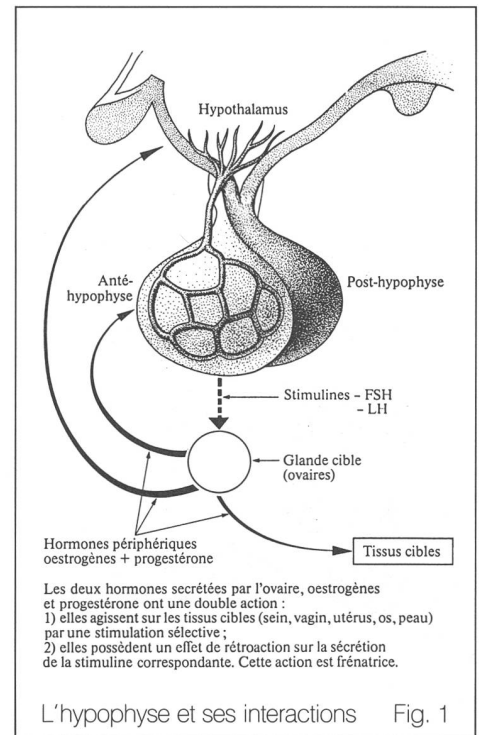
Rappel physiologique

Pour comprendre ce qui, à la ménopause, va se modifier chez une femme, il est nécessaire de revenir en arrière et de reprendre l'histoire à ses débuts. A sa naissance, une petite fille apporte avec elle son capital d'ovules, nichés dans ses ovaires, dont quelque quatre cents arriveront à maturité au cours de la vie et seront dépensés au fil des mois après la puberté, prêts alors pour une fécondation éventuelle. Tout ne se déroule pas au niveau des ovaires et de l'utérus mais les commandes passent par l'hypophyse qui transmet des ordres et déclenche toute une chaîne de processus. Les transmissions se font par les hormones déversées dans la circulation générale et

qui déclenchent des «relais» qui à leur tour vont sécréter d'autres hormones pour atteindre finalement l'organe cible qu'il s'agit de faire entrer en action. Le cycle ovarien est donc sous la dépendance de l'hypophyse, petite glande logée à la base du cerveau, grosse comme une noisette, mais d'une importance capitale car elle commande de très nombreuses fonctions endocriniennes. Dans le cas de la fonction ovarienne, l'hypophyse commande la sécrétion des hormones de l'ovaire :

1. **Les œstrogènes**, sécrétés par le follicule, sorte d'enveloppe qui entoure l'ovule, et qui ont pour rôle de faire proliférer chaque mois la muqueuse utérine, l'endomètre. Il y a deux œstrogènes principaux, l'œstradiol (plus exactement 17β œstradiol) et l'œstrone. (A noter que pendant longtemps, pensant qu'il n'y avait qu'une hormone œstrogène, on l'a appelée folliculine. Aujourd'hui, ce terme désigne plus spécifiquement l'œstrone.)
2. **La progestérone**, sécrétée par le corps jaune (corpus luteus) après l'ovulation, et qui a pour rôle de régulariser l'effet des œstrogènes en ralentissant la croissance de l'endomètre et en le rendant apte à la nidation de l'œuf.

Pour commander la sécrétion par l'ovaire des œstrogènes et de la progestérone, l'hypophyse met en œuvre deux autres hormones, que l'on nomme les gonadotrophines ou gonadostimulines (fig. 1). Ces deux hormones hypophysaires sont : FSH (Follicle Stimulating Hormone), LH (Luteinizing Hormone). FSH a pour rôle essentiel de stimuler la croissance du follicule, jusqu'au moment où celui-ci se rompt, vers le quatorzième jour du cycle, en expulsant l'ovule qu'il contenait. LH stimule la sécrétion d'hormones par le follicule, et il semble que se soit l'élévation brutale du taux de LH qui soit responsable de la rupture du follicule et de l'ovulation.



L'hypophyse et ses interactions Fig. 1

Mais si l'ovaire dépend de l'hypophyse, celle-ci reçoit des ordres d'un centre nerveux de petite taille, situé au-dessus d'elle, l'hypothalamus. On connaît encore très mal l'hypothalamus, mais on sait cependant qu'il est composé de différents noyaux (ou aires, ou zones) dont chacun est préposé à la régulation d'une grande fonction de la vie. L'hypothalamus est un véritable cerveau neurovégétatif, composé de cellules nerveuses interconnectées les unes avec les autres et qui se transmettent des messages ultra-rapides. La transmission des ordres se fait aussi par l'élaboration de substances actives qui se propagent sous forme de granules le long des fibres nerveuses et envoient ainsi des messages moins rapides mais plus durables. L'hypothalamus centralise (fig. 2) aussi bien les informations provenant du monde extérieur (bien-être, mal-être, faim, sommeil...) véhiculées par l'ensemble de notre trafic chimique et circulatoire. Il intègre toutes ces informations, les compare, les synthétise, pour arriver à une décision qui se traduira par un ordre d'exécution. C'est un cerveau neurovégétatif car les informations qu'il reçoit et les ordres qu'il émet sont inconscients. Parmi les éléments qu'il analyse l'hypothalamus, il y a la glycémie qui le renseigne sur la faim ou la satiété, la teneur du sang en gaz carbonique, qui lui permet de régler la respiration, la pression sanguine, le tonus musculaire, et nombre d'autres éléments connus ou inconnus. Ainsi, l'hypothalamus

Auf verletzte Haut Vita-Merfen® desinfizierende Wundsalbe

Desinfizierend

Phenylhydrargyri boras blockiert die Vermehrung gramnegativer und grampositiver Keime und pathogener Pilze. Dadurch werden Sekundärinfektionen vermieden.

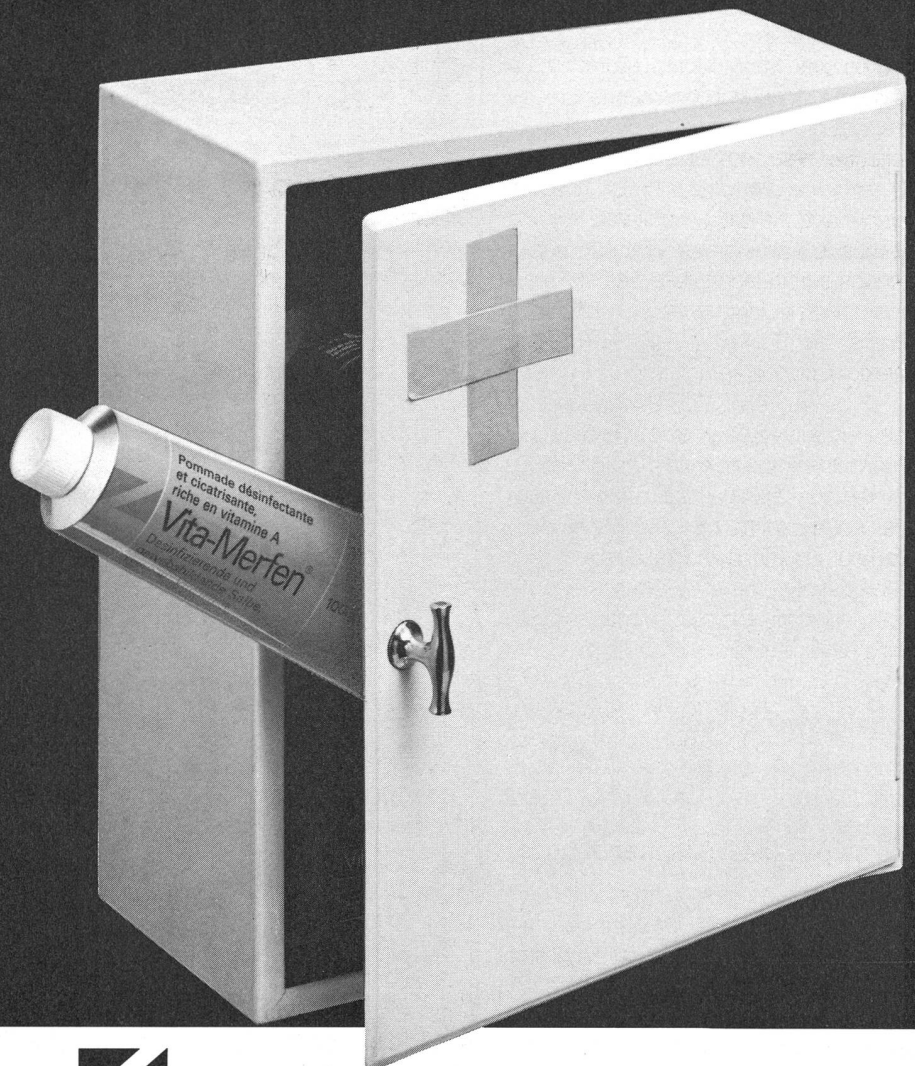
Vernarbend und lindernd

Vitamin A begünstigt die Vernarbung und Epithelisierung von Hautverletzungen.

Der geruchlose Lebertran hilft Wunden von nekrotischem Gewebe befreien und gibt der Salbe gut eindringende, mildernde und ausgezeichnete kosmetische Eigenschaften.

Vita-Merfen®

Tuben zu 20, 40 und 100 g



Für weitere Informationen
siehe Basisdokumentation.



Zyma

va commander l'état de veille ou de sommeil, les pulsions de faim et de soif, les sécrétions des glandes (sucs gastriques, bile, salive...), et beaucoup d'autres fonctions locales. Pour y parvenir, l'hypothalamus va agir sur la circulation sanguine : les artères, les veines, les capillaires. Il s'agit du système nerveux végétatif qui commande constriction ou dilatation, et par conséquent le débit sanguin au niveau d'un territoire. Il va également agir sur toute une série de relais nerveux qui commandent le sommeil, la faim, la soif, la douleur, la combustion des graisses, la répartition des liquides dans l'organisme, etc. et actionner certains de ses noyaux «neuro-endocriniens» qui stimulent la sécrétion de diverses substances hypophysaires qui, à leur tour, stimulent la sécrétion de glandes endocrines telles que les surrénales, la thyroïde et les ovaires.

Mais l'hypothalamus est également un carrefour émotionnel et affectif entre les messages de notre cerveau conscient et ceux de notre système neurovégétatif. Une émotion extérieure, peur par exemple, nous fera pâlir, rougir, transpirer, à cause de cette interconnexion étroite au niveau de l'hypothalamus. C'est à lui que vont parvenir les émotions agréables et désagréables résultant des événements de notre vie, de nos relations avec notre entourage, de notre contexte socioculturel...

Revenons au cycle ovarien : une des zones de l'hypothalamus agit sur l'hypophyse qui augmente sa sécrétion de FSH et de LH. Mais ces sécrétions de l'ovaire, outre leurs actions sur les organes-cibles comme l'utérus, vont à leur tour, par un effet de rétroaction (feed-back), agir sur l'hypothalamus et l'hypophyse, freiner leurs propres sécrétions... d'où, rapidement diminution des sécrétions de l'ovaire. Et le cycle recommencera, du moins jusqu'à la ménopause (fig. 2).

Que se passe-t-il à la ménopause ?

Quand l'ovaire, selon son programme héréditaire, arrive aux jours de son repos, vers cinquante ans, la sécrétion d'œstrogènes et de progestérone diminue, leur taux dans le sang s'abaisse, jusqu'à des chiffres très bas, quasi nuls. Et l'hypothalamus réagit en sécrétant des doses excessives du facteur déclenchant, comme s'il voulait fouetter les ovaires déficients... Le taux des gonadotrophines FSH et LH augmente, mais l'ovaire ménopausique ne répond plus... Pour FSH le taux est 10 à 15 fois plus élevé à la méno-

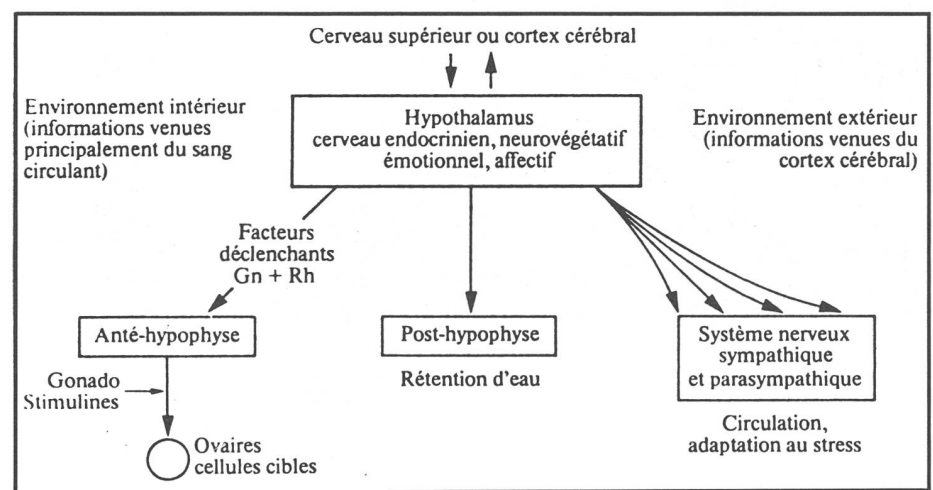
pause que le taux normal. Pour LH il est de 3 à 4 fois le taux habituel. Il y a déséquilibre, le système de régulation que nous avons décrit ne fonctionne plus, l'intégration des données ne se fait plus. Cet emballement de la production des gonadotrophines ne suffit pas à expliquer tous les symptômes de la ménopause mais la crise peut, selon les cas, toucher tous les centres hypothalamiques environnants comme en témoigne la variété des symptômes observés. Le mécanisme de ces bouleversements n'est pas connu dans le détail, mais les résultats sont là : toute une série de dérèglements neurovégétatifs, bouffées de chaleur, transpirations abondantes, vertiges, sensations étranges de lourdeur, de fatigue, tendance à l'embonpoint, boulimie, variations brusques de poids, rétention d'eau, gonflements et autres malaises... Mais l'hypothalamus n'est pas seulement un cerveau neurovégétatif, c'est aussi un carrefour émotionnel et affectif. Les émotions agréables et désagréables résultant des événements de la vie et des conditions socioculturelles, des relations avec l'entourage, y sont enregistrées et intégrées. Or, ces conditions sont souvent défavorables pour les femmes qui atteignent la cinquantaine. On peut se demander si cette conjonction entre crise socioculturelle et crise endocrinienne ne vient pas expliquer, dans les ménopauses les plus mal vécues, la sensation d'étrangeté, de tête vide ou trop pleine, la coloration noire de l'humeur, les tendances dépressives, les pertes de mémoire, le sentiment que tout est difficile, décourageant, insurmontable... Et à l'inverse, une situation affective favorable permettra de rééquilibrer cette instabilité... C'est cette connaissance d'une interaction complexe

entre psychologie et physique qui permettra d'agir, selon les cas, sur le régime endocrinien, ou sur le moral, ou encore sur les deux à la fois.

Les étapes de la ménopause.

La ménopause survient à l'arrêt définitif des règles, en général autour de cinquante ans. Mais ce n'est que quelques mois plus tard que l'on peut confirmer l'arrêt définitif. L'on parlera tout d'abord de la préménopause, longue période avant l'arrêt des règles (elle peut durer plusieurs années) où la femme souffre de toutes sortes de petits malaises, qui prennent d'autant plus d'importance qu'elle n'est pas prévenue et se demande à tout instant où elle en est, ce qui va lui arriver, ce qu'elle devrait faire et qu'elle ne sait pas. Cette incertitude et ce manque de renseignements, d'informations peut la précipiter, la miner.

Sur le plan des règles, les signes avant-coureurs sont les irrégularités du cycle, les variations dans la quantité, les alternances entre des règles trop rapprochées et l'absence de règles pendant deux, trois, quatre mois. Parfois aussi des caillots dans le sang des règles. Sur le plan du corps, les seins sont souvent tendus, désagréablement sensibles au toucher, voire douloureux, le ventre est plus ballonné à l'approche des règles, il y a une fatigue nouvelle, dans la deuxième partie du cycle surtout, un état d'irritabilité, des troubles du sommeil ou de l'anxiété, des crises de diarrhée ou de constipation, un peu de mal à la gorge : tous ces signes varient d'une femme à l'autre et cette période peut s'étendre sur quelques années.



Hypothalamus et ses connexions

Il est évident que toutes les femmes ne sont pas perturbées de la même manière par cette révolution hormonale. Certaines ne ressentent aucun trouble, d'autres en souffrent plus durement, mais comme l'explication physiologique nous l'a démontré, il n'est pas étonnant qu'on en ressente quelque désagrément.

Cancer du sein: risque accru.

Le sein étant un organe-cible des œstrogènes et de la progestérone, tout déséquilibre hormonal important et persistant peut en modifier l'architecture et favoriser l'apparition de tumeurs bénignes. Cette pathologie est extrêmement fréquente puisqu'elle touchera, dans sa vie, près d'une femme sur trois. La pathologie bénigne est représentée essentiellement par la mastodynie (tension douloureuse observée surtout en phase prémenstruelle), les adénofibromes (petites masses solides, très dures, indolores, formées par du tissu conjonctif) et les kystes. Les kystes sont les tumeurs du sein les plus fréquentes en préménopause. Le kyste est constitué d'une poche de liquide sous tension et il est douloureux. Toute femme qui a présenté une tumeur du sein doit continuer à bénéficier d'une surveillance régulière !

Pourcentages respectifs des tumeurs bénignes et malignes du sein selon l'âge.

Tranches d'âge	Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
10 - 19	96%	4%
20 - 29	98%	2%
30 - 39	90%	10%
40 - 49	80%	20%
50 - 59	40%	60%
60 - 69	30%	70%
70 - 79	20%	80%

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, et il est encore malheureusement responsable de nombreux décès. Malgré les immenses progrès de la médecine, le taux de mortalité des femmes atteintes d'un cancer du sein n'a pas varié. Ceci est la triste conséquence du manque d'informations et des faux bruits qui courent au sujet du cancer. On croit encore très souvent le cancer du sein inguérissable et très nombreuses sont les femmes qui

éprouvent une panique à l'idée de subir une intervention au niveau d'un sein. Cependant le cancer du sein (voir le tableau ci-dessus) est bien moins fréquent que les tumeurs bénignes et ses chances de guérison sont très importantes s'il est traité au début. Souvent, dès le stade de départ, le cancer est palpable, et déjà découvert par la patiente qui attend pourtant des mois ou des années pour consulter.

Facteurs de risques du cancer du sein:

Antécédants personnels:

- Cancer de l'autre sein
- Maladies bénignes du sein
- Jamais de grossesse
- Première grossesse tardive, après 35 ans
- Puberté précoce – ménopause tardive

Antécédants familiaux:

- Mère avec cancer du sein
- Une ou plusieurs sœurs avec cancer du sein

Facteurs socio-économiques:

- Niveau socio-économique élevé
- Etudes supérieures
- Célibat
- Vie citadine

Nous ne parlerons pas ici des traitements du cancer du sein, mais dans une optique préventive, vous présentons, pour mémoire, l'auto-examen des seins.

L'auto-examen des seins

Vous pouvez pratiquer vous-même l'auto-examen des seins : il s'agit de quelques gestes qui ne vous prendront que quelques instants et qu'il faut réaliser juste après les règles, quand les seins sont souples, ou, le premier de chaque mois après la ménopause.

Comment examiner vos seins

Vous prendrez vite l'habitude de ces trois inspections simples:



1. Sous la douche

Les mains glissent facilement sur la peau mouillée. Les doigts bien à plat, palpez légèrement la surface du sein (le sein droit avec la main gauche, et le sein gauche avec la main droite) pour détecter toute grosseur ou induration.



2. Devant un miroir

Observez vos seins les bras le long du corps. Puis levez les bras, cherchez tout changement dans le contour de chaque sein, gonflement, flétrissure de la peau, modification du mamelon. Puis, mains sur les hanches, pressez fermement pour étirer les muscles de votre poitrine.

Il y a une petite dissymétrie entre les seins chez la plupart des femmes. Un examen régulier vous apprendra à connaître votre poitrine et être sûre dans votre dépistage.

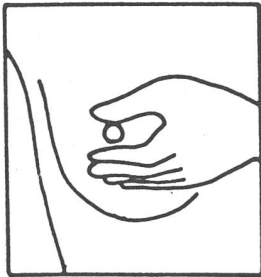


3. Sur votre lit

Pour examiner votre sein droit, placez un coussin, ou une serviette pliée, sous votre épaule droite, et votre main droite derrière la tête (cela répartit plus régulièrement les tissus de votre sein). La main gauche bien à plat, palpez votre sein dans le sens des aiguilles d'une montre en partant du haut (à midi) et de l'extérieur. Un cercle de tissu ferme à la base de chaque sein est normal. Votre main doit faire au moins quatre fois le tour du sein pour en explorer toute la surface, y compris le mamelon. Procédez de même pour le sein gauche avec la main droite. Notez la structure de votre sein.



Pour finir, pressez légèrement le mamelon de chaque sein entre le pouce et l'index. Si une goutte de liquide (clair ou teinté de sang) apparaît, consultez immédiatement votre médecin.



Si vous consultez régulièrement votre gynécologue, comme ce devrait toujours être le cas à partir de quarante ans, celui ou celle-ci vous examinera les seins. En cas de doute il peut avoir recours à des examens complémentaires: mammographie, analyse de cellules prélevées par ponction.

Les fibromes

Nous n'aborderons ce sujet que pour en dire la fréquence : environ une femme sur trois en est atteinte entre quarante et cinquante ans. Le fibrome (ou myome) est une tumeur bénigne développée à partir du tissu musculaire utérin. La taille des fibromes est très variable, leur localisation aussi. Le signe le plus fréquent des fibromes est l'augmentation de la durée et de l'abondance des règles. Le développement des fibromes est favorisé par le déséquilibre hormonal de la préménopause.

Les complications de la ménopause.

La carence hormonale ovarienne peut entraîner un certain nombre de complications qui, heureusement, n'atteindront pas toutes les femmes et qui, d'une certaine manière peuvent être prévenues. La carence en œstrogènes peut provoquer une multitude de troubles trophiques. Au niveau des organes génitaux, c'est essentiellement la vulve et le vagin qui sont touchés. La vulve peut être le siège de démangeaisons et l'humidité naturelle du vagin diminuer au point parfois de le fragiliser et

de rendre les rapports sexuels douloureux. Un traitement hormonal local peut être entrepris sous forme de crème ou d'ovules. Mais les troubles trophiques peuvent s'étendre au système urinaire (cystites à urine claire, incontinence etc.), à la peau qui deviendra plus sèche et sujette aux rides, et également aux muscles et à l'appareil ligamentaire ce qui entraînera un affaiblissement de ces systèmes (on ne soulignera jamais assez l'importance du maintien d'une activité physique voire sportive pour limiter ces dégâts-là).

Les hémorragies ne sont pas rares après la ménopause et doivent être prises au sérieux. Les causes bénignes sont heureusement les plus fréquentes : traitement hormonal mal adapté ou mal suivi, inflammation du col de l'utérus, vagin atrophique, polype de l'utérus. Le cancer de l'endomètre est lui signalé par de petites pertes de sang spontanées et indolores. Il est primordial d'identifier au plus vite la cause des hémorragies car un cancer de l'utérus pris à son début a toutes les chances de guérir.

L'ostéoporose

L'ostéoporose est une déminéralisation des os qui se traduit par une réduction de la masse osseuse par rapport au volume anatomique des os. L'os étant un tissu vivant, les phénomènes de construction ou de résorption osseuse sont permanents. Il est vraisemblable qu'une des causes de l'augmentation importante des cas d'ostéoporose après la ménopause soit la diminution des œstrogènes qui arrêtent la résorption osseuse. L'administration d'œstrogènes peut enrayer la fuite osseuse constatée. La calcitonine, hormone sécrétée par l'hypophyse, permet de fixer le calcium sur l'os. Elle peut être utilisée avec succès comme traitement.

Des exercices physiques réguliers, la gymnastique ou la pratique d'un sport sont d'excellents moyens de lutter contre la décalcification. L'immobilisme et la sédentarité favorisent la déminéralisation des os alors, qu'à l'inverse, le mouvement, la gymnastique constituent un traitement préventif de choix. Si l'on opte pour un traitement médical, un complément de calcium et éventuellement de vitamine D peut être prescrit. Mais il faut savoir que pour être durablement efficace, un traitement hormonal devrait être suivi pendant une dizaine d'années. Mais plus naturellement l'on peut imaginer qu'un régime alimentaire adapté à

cette situation peut déjà avoir une influence non négligeable sur ces problèmes.

La diététique de la ménopause

Les besoins alimentaires de la femme de cinquante ans environ diminuent considérablement en quantité. Il n'est pas rare à cette époque de prendre quelques kilos si l'on y prend garde. C'est pourquoi, paradoxalement, il faudra diminuer l'apport calorique (plus particulièrement les graisses et les sucres) et augmenter la consommation de calcium. Préventivement cette augmentation de la consommation de calcium peut être effectuée bien plus tôt dans la vie d'une femme afin de constituer un solide capital osseux. Il est plus facile de maintenir que de compenser. La femme devrait consommer 1000 mg de calcium par jour avant la ménopause et 1500 mg après. Tous les produits laitiers sont riches en calcium. Les yoghourts, les fromages (surtout les pâtes dures), le serré sont riches en calcium. Leurs versions maigres présentent l'avantage d'être moins riches en calories. Les sardines, les choux, les brocolis, le tofu, sont également de bonnes sources de calcium. Il y a deux minéraux dont la consommation doit être équilibrée avec l'absorption de calcium. La consommation de magnésium devrait être de la moitié de celle du calcium et celle du phosphore ne devrait pas dépasser celle du calcium ou lui être inférieure. La vitamine D est essentielle. Elle a pour effet de stimuler l'assimilation du calcium. La conjonction d'une alimentation contenant du beurre, de l'huile de foie de morue (par exemple), ou du poisson avec une exposition suffisante au soleil devrait couvrir nos besoins. En hiver un appoint peut être souhaitable mais il faut veiller à ne pas dépasser 1000 U.I. par jour car un excès de vitamine D peut avoir l'effet inverse sur l'assimilation du calcium et même être toxique pour l'organisme. La vitamine K, que l'on trouve dans le yoghourt, les légumes verts, le chou-fleur et les pommes de terre est aussi considérée comme essentielle à l'assimilation du calcium par les os. Les aliments trop riches en protéines (la viande rouge) sont cependant à éviter ainsi que les excès d'alcool, de café, de sel et de tabac. La ration calorique doit être notablement diminuée pour éviter une prise excessive de poids mais une augmentation de l'activité sportive, en plus de ses effets positifs sur l'ostéoporose, a l'avantage de nous faire brûler plus de calories et ainsi de nous permettre de jouir encore de certains plaisirs de la table. Il est évident que les

fameuses fringales et divers dérèglements de l'appétit qui accompagnent parfois les dérèglements hormonaux ne facilitent pas la gestion de nos apports alimentaires. La meilleure solution à ce problème serait peut-être de ne pas avoir dans la maison ce qu'il ne faudrait pas consommer.

Les traitements hormonaux

Le principe du traitement hormonal est de compenser la chute de production naturelle par un apport médicamenteux de substitution. Les doses sont infinitésimales. Il peut s'agir de progestérone, d'œstrogènes ou d'une combinaison des deux. Il semblerait que ce traitement ralentirait notablement le processus de vieillissement dû à la chute hormonale et préviendrait partiellement l'installation de l'ostéoporose. L'usage ou le non usage de ces traitements étant une affaire strictement personnelle, chaque femme, avec les conseils de son médecin, doit faire son choix librement. D'autres aides, non hormonales pouvant également lui être proposées.

Les traitements par les plantes et les oligo-éléments

De nombreuses publications proposent différentes formules de traitement par les plantes. Elles présentent l'avantage de ne pas nécessiter (en principe) de prescription médicale et de ne pas avoir d'effets secondaires désagréables. Ici aussi, chaque femme jugera de ce qui lui convient le mieux et, ne désirant pas recopier des formules dont j'ignore l'efficacité et qui sont fort diverses, je vous invite, si cela vous intéresse, à lire les livres qui traitent de ce sujet.

Philosophie et psychologie de la ménopause

Le cap de la ménopause est souvent difficile à franchir pour la femme, non seulement par les bouleversements hormonaux qu'elle entraîne mais aussi parce que, tout simplement, le vieillissement est un cap à franchir. Dans la société actuelle, la maturité n'est plus une valeur sûre. Pour trouver un emploi, il faut être jeune et de préférence belle. La cinquantaine, c'est l'époque où les enfants quittent la famille et où la femme doit retrouver l'identité qu'elle a souvent mise en veilleuse pendant des années. C'est alors qu'intervient l'importance d'une

bonne philosophie de vie pour profiter pleinement de ce tiers d'existence qui s'offre encore à soi. La femme n'est pas vieille à cinquante ans. Elle a seulement perdu la faculté de faire des enfants mais aurait-elle encore envie de se lancer dans cette aventure ? Le meilleur conseil que l'on pourrait suivre c'est d'éviter de se replier sur soi-même, cultiver les échanges humains et l'amitié, diversifier sa vie culturelle (souvent mise en veilleuse par la maternité pendant des années) retravailler, se sentir utile, être utile tout en évitant l'hyper-activité.

Conclusion sous forme de citation

«Il faut réapprendre à perdre son temps pour mieux savoir l'économiser collectivement. Dans notre civilisation de la hâte et du gaspillage, la contemplation d'un paysage, la conversation avec un enfant, la pratique d'un sport ou simplement la méditation semblent une perte de temps. Mais combien d'idées fécondes, de réflexions créatrices et d'hypothèses nouvelles sont nées de tels instants (...). C'est l'action créatrice individuelle qui permet de compenser l'écoulement du temps, car toute œuvre originale est analogue à une réserve de temps.» (a)
La cinquantaine est l'âge d'or de la prise de conscience de l'avenir. C'est le moment idéal pour peser sur ce qui peut en déterminer l'orientation ultérieure:

- Préservation du capital santé. On sait où porter ses soins et sa prudence.
- Connaissance de nos limites, mais aussi de nos aptitudes. Découverte de l'émergence de dons jusqu'ici négligés ou méconnus.

C'est le moment de choisir sa juste mesure, et à la fois de consentir et de lutter face à son vieillissement, sans s'y anéantir. C'est le temps de faire le point et de réajuster ses choix philosophiques et politiques en évitant de se laisser prendre par un scepticisme paralysant ou par une répétition obtuse des choix passés. Il n'y a pas de projet d'avenir sans utopie...

C'est l'âge de penser à notre mort: cela ne nous fera pas mourir, elle est de toute façon inscrite dans nos gènes. Une vision globale de notre vie peut maintenant nous être accessible, le passé dessine l'avenir et nous voyons mieux le déroulement cohérent de notre existence. Nous pouvons chercher à orienter notre fin vers un terme digne et humain, qu'il soit rapproché ou très lointain, sans laisser la médecine ou les superstitions s'approprier notre approche

de la mort: c'est lorsqu'on possède toutes ses facultés qu'on peut signifier ses souhaits et convictions à son entourage.

Cette vision réaliste de notre ultime destin n'est pas contradictoire avec une invite à savoir vivre au présent. Bien mieux que lors de l'enfance ou de la jeunesse, nous pouvons apprécier le prix de l'instant s'il est heureux et serein.

Si les lendemains nous préoccupent et nous menacent, du moins nous pouvons apprendre à nous dire avec conviction qu'«à chaque jour suffit sa peine». Il est toujours des temps d'attente et de pause où nous ne pouvons plus modifier ce qui doit advenir, alors «rompons»... Ce n'est pas une démission mais une façon de se libérer de l'impuissance ou de l'angoisse pour prendre ce que le présent offre de répit, de paix ou de plaisir... Et, à notre âge, pourquoi gâcher le bien-être ou le plaisir quand il s'offre? Nous en connaissons le caractère fragile et éphémère, et nous savons aussi mieux le reconnaître. Il est déjà là, très simple, très immédiat, lorsqu'après une journée fatigante, nous nous glissons dans nos draps, libérées de nos vêtements et de nos travaux. C'est le moment où revient à nous notre corps de jouissance, celui de la détente, du contact frais et douillet avec le lit, le corps chaud d'un partenaire, celui du choix entre lecture et sommeil... Ce peut être aussi celui où le corps s'absente dans une apesanteur. Nous pouvons planer alors, hors du temps et hors d'âge, pensées et fantaisies libres de parcourir tous les espaces... Plaisir d'instant de transition qui glissent doucement dans le sommeil...

Et aussi jouissances du bain, de l'orgasme, du soleil un moment sur la peau ou dans le regard. Sont plaisirs simples un mets apprécié, le baiser au vol ou appuyé sur la peau d'un enfant. Plaisir de pétrir la terre, semer, cueillir, flâner au jardin. S'étonner heureusement devant un être, un art, une idée, des événements. Se surprendre à créer et en jouir. Déguster un silence attendu, une solitude souhaitée. Et bien d'autres choses que nous savons...

Tout sans doute n'est pas bonheur, comme d'aucunes le prétendent (b). Nous n'avons pas toutes cette aptitude au même degré et pour les mêmes raisons... Mais il est bon, pour nous et pour les autres, de savoir saisir au passage le simple sentiment de vivre, subtil ou intense, selon, à grande ou modeste mesure dans ses variations.


C'est un art d'exister qui peut être un des privilèges de notre âge. Malgré les rudes réalités des temps et les lointains incertains,

entretenons comme les biens les plus précieux notre liberté et notre goût de la vie. Puissent les femmes en évolution permanente que nous sommes, mieux que nous n'avons su le réaliser dans notre passé, nous approprier notre avenir(2).

- a) Joël de Rosnay, *Le Macroscop*, op. cit.
 b) Comtesse de Paris, *Tout m'est bonheur*, Laffont, Paris, 1978.

Bibliographie

1. B. Lullien, M. Dufaud, Les aspects psychosociaux de la préménopause, revue *Soins Gyn.Obs.Puér.* Péd. No 63/64 août-septembre 1986, pp 45-57.
2. Michèle Thiriet, Suzanne Képès, *Femmes à 50 ans*, Seuil, Paris, 1981.
3. Alain Tamborini, *La ménopause, guide médical*, collection Marabout service, Alleur (Belgique), 1987.
4. Rina Nissim, Mamamélis Manuel de gynécologie naturopathique à l'usage des femmes, Dispensaire des femmes, Genève, 1984.
5. Franz Alexander, *La médecine psychosomatique*, petite bibliothèque Payot, Paris, 1977.
6. Jane Fonda, *Le bel âge de la femme*, Laffont, Paris, 1985.



LE COIN
DES LIVRES

«Gym-Câline», de Jean-Michel Lehmans

Payot, Lausanne 1988, 123 pages.

Le sous-titre «127 exercices pour la jeune mère et son bébé» l'indique: il s'agit de gymnastique post-natale. L'auteur, kinésithérapeute et psychomotricien, présente un programme original qui allie l'utile à l'agréable: une méthode efficace dont les bases sont expliquées clairement, des exercices simples décrits de façon précise et l'incitation à faire de la «corvée» un moment de contact privilégié entre la mère et son bébé.

Le livre commence par l'exposé de la méthode: rééducation à l'aide de «constrictions statiques intermittentes expiratoires périnéo-abdomino-thoraciques forcées»; importance de remuscler d'abord le périnée; inconvénients des exercices abdominaux classiques;

travail de tout le corps, utilisant le lien entre la respiration et l'ensemble de la musculature thoraco-abdomino-périnéale; avantages de la collaboration mère-enfant.

La deuxième partie du livre est constituée par les 127 exercices, expliqués brièvement, la plupart d'entre eux illustrés par un dessin.

Dans une troisième partie intitulée «Pour en savoir plus...», l'auteur reprend en les approfondissant les thèses exposées au début, s'appuyant sur l'anatomo-physiologie de l'abdomen et du périnée.

Dans la conclusion, il explique les effets de la Gym-Câline sur l'ensemble de l'organisme.

A la fin du volume on trouve encore un lexique, de même qu'un tableau analytique où les exercices sont classés en fonction des indications et objectifs.

Le langage employé est simple, imagé, mais jamais bêtifiant. Les exercices, variés, simples, sont présentés de façon attrayante. «Gym-Câline» vous donne envie de faire votre gymnastique post-natale. Mais, et c'est capital, le propos de l'auteur ne s'arrête pas là: en lisant les explications, puis en constatant l'efficacité de la méthode, vous êtes vite persuadée que la Gym-Câline sert non seulement à la rééducation post-natale, mais aussi à la prévention de bien des troubles gynécologiques.

Bref, je ne saurais assez recommander à toutes les sages-femmes la lecture... et la diffusion de «Gym-Câline».

mb

Sage-femme indépendante dans un centre Femmes et Santé

Christiane Dufey, 1345 Séchey (VD)

Complément relatif à l'article paru dans le numéro de février, sur le rôle de la sage-femme indépendante dans un centre de santé. Le texte en question n'était pas destiné à être publié d'où la nécessité d'apporter les quelques précisions suivantes:

Le centre Femmes et Santé répond dans la région de Neuchâtel, à une forte demande de soins alternatifs et sert également de lieu d'échange où se donnent les cours, conférences et formations sur des sujets aussi divers que: préparation à la naissance, alimentation, vaccination, homéopathie familiale, haptonomie, réflexologie, massage métamorphique, eutonnie, géobiologie... Une femme médecin généraliste, spécialisée en homéopathie et acupuncture, y a installé son cabinet. Parmi les animatrices du centre, plusieurs participent de manière directe ou indirecte à ce qui touche le domaine de la femme enceinte: suivis de grossesses, eutonnie et chant pour les cours de préparation à l'accouchement, guidance prénatale haptonomique pour les couples qui en manifestent la demande.

Les familles, les couples et les femmes enceintes fréquentant le centre ont une recherche bien particulière: ils demandent une qualité relationnelle et une médecine

holistique. Le rôle de la sage-femme doit, dès lors, aller dans ce sens et ce sont les diverses demandes qui le déterminent. Elles concernent la préconception, la grossesse, l'accouchement, le suivi post-partum, l'allaitement, les fausses couches répétitives, la contraception, les troubles du cycle, la stérilité, la rééducation uro-génitale, les massages pré et postnatals ainsi que ceux du bébé, l'autopalpation des seins.

Dans un premier temps, les questions des usagers du centre tournaient autour de solutions alternatives, que faire si... que prendre si... et comment les appliquer. Petit à petit, je me suis rendu compte que la réponse à la fatigue n'est pas uniquement: hygiène de vie, fortifiant, vitamines, repos; contractions ne signifient pas uniquement: risque d'accouchement prématuré..., mais qu'au travers des divers symptômes, le corps utilise un langage pour exprimer quelque chose de beaucoup plus complexe

et subtil. D'où vient ce message, quel est-il, comment le décoder? Perplexité...

La grande difficulté reste de remettre en question mon rôle traditionnel de sage-femme, comme je l'ai vécu pendant ma formation et jusqu'alors, en milieu institutionnel, avec sa valise de renseignements, de moyens à proposer, de remèdes, pour enfin rencontrer ces femmes et ces couples avec toute mon AUTHENTICITE.

Il me semble qu'en ce qui concerne le rôle de la sage-femme dans un centre d'information et d'encadrement pour couples enceints, les points suivants mériteraient d'être débattus:

- importance et richesse de la présence d'une sage-femme dans une équipe pluridisciplinaire,
- importance du facteur temps; il faut pouvoir observer le rythme de ces personnes, les aider à DECODER le message,
- importance du besoin relationnel pendant cette période privilégiée de la vie, dans une société qui au nom d'un mieux-vivre et pour mieux rentabiliser son temps, a préféré accroître sa consommation de biens (la technique en milieu hospitalier en est un bon exemple), pour délaisser le mieux-être et souvent créer un vide relationnel,
- enfin et surtout, toute la difficulté pour la sage-femme d'être avant tout congruente, pour être avant de paraître.

Mais la sage-femme est-elle la seule concernée?