



## **CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENT DES RELIGIEUSES FACE AUX TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE DANS LE DIOCESE DE TSHILOMBA**

Tshibangu Kazadi Jean Anatole<sup>1</sup>, Kaseba Numbi Mpoyo Florent<sup>2</sup>, Tshibangu Kadiata Celestin<sup>3</sup>, Musasa Tshibangu Jean Claude<sup>4</sup>, Tshibangu Kazadi Denis<sup>5</sup>, Kapemba Ntambue Jeannette<sup>6</sup>, Mulundu Kalenda Eric<sup>7</sup>, Mulaji Kazadi Franck<sup>8</sup>, Shimatu Kasongo Celestin<sup>9</sup>, Mukinayi Mayele Sylvie<sup>10</sup>, Tshibangu Mutombo Michael<sup>11</sup>, Ngoyi Bukasa Oscar<sup>12</sup>, Kabwe Matanda Pascal<sup>13</sup>.

**INSTITUT SUPÉRIEUR DES TECHNIQUES MÉDICALES DE KALENDA**

### **Résumé**

La ménopause est une étape cruciale dans la vie d'une femme, entraînant des changements à la fois physiologiques et psychologiques. Dans le diocèse de Tshilomba, les religieuses, une communauté souvent négligée dans les études sur la santé, sont confrontées à des défis spécifiques liés à cette transition. Cet article examine les connaissances, les attitudes et les comportements des religieuses concernant les troubles liés à la ménopause. Grâce à une approche méthodologique rigoureuse, nous avons exploré les ressources disponibles, les perceptions de la ménopause et l'impact de ces facteurs sur leur bien-être et leur qualité de vie. Les résultats de cette étude visent à sensibiliser tous les acteurs communautaires et de santé sur la nécessité d'une approche globale pour soutenir cette population vulnérable.

Mots-clés : Connaissances, attitudes, comportements, religieuses, troubles, ménopause, diocèse de Tshilomba, etc.

**Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.18163045>**

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>2</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>3</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>4</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>5</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>6</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

<sup>7</sup> Chercheur indépendant, République Démocratique du Congo

<sup>8</sup> Chercheur indépendant, République Démocratique du Congo

<sup>9</sup> Chercheur indépendant, République Démocratique du Congo

<sup>10</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales Morave/Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo

<sup>11</sup> Université Libre Protestante en Afrique/Luputa, République Démocratique du Congo

<sup>12</sup> Centre de Recherche de Sélection, d'Adaptation des Ruminants et Porcins, République Démocratique du Congo

<sup>13</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

## Introduction

La ménopause est un événement naturel et universel dans le cycle de vie des femmes. Elle est une conséquence inéluctable du vieillissement. Malgré son universalité, la ménopause demeure, encore aujourd'hui, un sujet confus à cause de la controverse qui entoure la nature de ses symptômes et leur traitement (Delanoë, D, 2016). Dans le monde, 11 millions de femmes ménopausées entament cette étape de leur vie, avec parfois des symptômes qui perdurer de 2 à 10 ans alors que ce qui est sûr est que la ménopause n'est pas glamour (OMS, 2020). Dans les pays occidentaux, la ménopause est bien souvent appréhendée et plus ou moins mal vécue, et cela s'explique en grande partie par le fait que cette nouvelle phase de vie des femmes est défavorisée dans nos sociétés. Une femme de 50 ans, aujourd'hui, va vivre aussi longtemps en état de ménopause que pendant sa période d'activité ovarienne, soit 1/3 de sa vie. Environ 400 000 nouvelles femmes entrent en période ménopausique tous les ans. (Terris, 2014 ; Terris, 2015).

En France, 10 millions de femmes sont ménopausées et 12% seulement reçoivent un traitement substitutif contre 18% en Allemagne et 76% aux USA. La majorité des traitements substitutifs sont prescrits par les spécialistes ; les médecins généralistes hésitent à prescrire et s'orientent surtout vers des traitements symptomatiques. En 2015, d'après le rapport « État de santé de la population en France » publié par la DREES, l'espérance de vie d'une femme à la naissance est de 85,4 ans. Il y a eu en France, en 2015, 13 millions de femmes de plus de 50 ans, soit 39% de la population féminine. L'espérance de vie d'une femme à 50 ans est d'environ 36 ans (Drees, 2015). Selon l'AFEM (L'association française pour l'étude de la ménopause, les principaux désagréments rencontrés par les femmes lors de la ménopause étaient bouffée de chaleur 67% , état dégressif 38,5%, transpiration excessive 31% , insomnie 26% , atrophie vaginale 20%, asthénie 18,5% , céphalée 11% , altération de chaleur 6,5% (Ruf.H,2010).

A ces manifestations secondaires aux profondes modifications hormonales s'ajoutent des conséquences liées à l'âge, qu'il est souvent difficile de dissocier des conséquences. De plus, le retentissement psychologique de la perte de la fertilité et du changement de l'image corporelle des femmes entre aussi pour une part importante dans les symptômes qu'elles ressentent au moment de cette étape importante de la vie. La survenue de la ménopause est variable aussi bien entre les femmes, cet âge est compris entre 43 et 50 ans. (Leridon, 2009). Dans une étude menée au Maroc sur un échantillon de 571 femmes âgées entre 39 et 61 ans, l'âge moyen à la ménopause naturelle estimé par la méthode du statu quo et déterminé par l'analyse des probités est 50,25 plus ou moins 6,5 ans (Bénis, 2014). Levasseur et al (2008) donnent un intervalle de l'âge normal de la ménopause encore plus large s'étalant de 42 à 55 ans et l'âge moyen à la ménopause était de 48,4 ans sur 299 femmes ménopausées.

Reynold et al (2016) tentent de classer la ménopause selon deux approches : L'une biomédicale, concernant surtout les pays industrialisés, selon laquelle la ménopause est vécue comme une maladie, liée à la carence oestrogénique, avec pour symptômes majeurs les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale plus ou moins associés à d'autres troubles physiques ou psychologiques; et l'autre socioculturelle, concernant surtout les pays non industrialisés, approche selon laquelle la ménopause correspond à un phénomène naturel dont l'évolution est liée au statut social de la femme. De nombreux sociologues avancent l'hypothèse que les symptômes survenant lors de la ménopause résultent essentiellement des difficultés d'acceptation de la ménopause dans nos sociétés industrialisées. Que cette dernière est vécue comme une punition et une injustice face à la société qui glorifie le culte de la femme jeune et sexuellement attirante. Au contraire, dans les sociétés traditionnelles où l'évolution du statut social de la femme s'élève avec la ménopause, les symptômes rapportés sont peu importants.

Une enquête a été menée à Varanasi (270.000 habitants) par Sharma, pour étudier la population de femmes de cette ville. Elle est constituée quasiment exclusivement de femmes citadines ayant un niveau d'éducation élevé et appartenant de façon homogène aux différentes castes citées ci-dessus. Sharma montre que, contrairement à ce qui a été décrit pour les populations rajputs et sikhs vivant de façon traditionnelle, ces citadines présentent des symptômes similaires aux descriptions des populations de femmes ménopausées occidentales mais en plus intenses et plus fréquents. Il montre également que cette période de vie est associée à un stress important chez ces femmes (Sharma, 2008). Mashona (2010), au sud du Zimbabwe, où la femme en devenant ménopausée, se voit perdre sa fertilité et encourt alors le risque de se faire répudier par son mari au profit d'une nouvelle épouse plus jeune et

donc fertile. Elle est alors menacée de perdre toute existence sociale jusqu'à ce qu'un de ses fils soit en âge de pouvoir la prendre sous sa protection. Ben Moore a étudié la symptomatologie survenant à la ménopause chez 50 femmes Mashowa. La prédominance des troubles psychologiques sur les troubles fonctionnels est frappante puisque 58 % de ces femmes sont touchées par des troubles psychiques à type d'anxiété, de symptômes dépressifs, d'insomnie et d'irritabilité, alors qu'elles sont 43% à souffrir de bouffées de chaleur.

En RDC, l'Organisation Mondiale de la Santé prône l'implication des nations pour limiter les incidents et les affections associées à la ménopause, la RDC semble trainer les pas quant à la sensibilisation et l'éducation de la femme congolaise sur la ménopause. Elle nécessite un diagnostic et une pharmacothérapie préventive, l'inefficacité conflictuelle de la nutrition du style de vie, de l'exercice physique, du tabagisme, de l'alcool et des médicaments doivent être reconnus, les fractures ostéoporotiques peuvent être cause de morbidité et mortalité. (Izizaw, R, 2008) La même source indique qu'en RDC avec ses 400 milles jeunes qui atteignent la ménopause chaque année, beaucoup d'entre elles ne consultent pas en occurrence un gynécologue, alors que la ménopause bien étant une période normale de vie de la femme peut conduire donc à de différentes complications voire des maladies comme le cancer du col et celui du sein.

A Mbuji-Mayi, Kapinga M., (2019) dans son étude a démontré qu'il existe la ménopause troublée et muette qu'en cas des complications, les femmes doivent recourir aux gynécologues. La prise des médicaments pour « harmoniser » les rapports sexuels ou autres difficultés pouvant survenir après la ménopause. Les apprenants en stages et pratiques professionnelles ont rapporté l'existence des problèmes gynécologiques chez les religieuses et aussi l'exacerbation des signes de la ménopause chez certaines. Fort de ce constat nous avons décidé d'initier cette recherche pour apprécier de façon objective l'ampleur du problème en termes de connaissance, attitude et comportement des religieuses sur les troubles de la ménopause en vue de disponibiliser les données nécessaires dans le domaine de la santé de religieuses. Eu égard à ce qui précède et dans l'intérêt de réactualiser les données statistiques autour du sujet : « **Connaissance, attitudes et comportement des Religieuses sur les troubles de la ménopause** » : cas des congrégations de la ville de Mwene Ditu et la cité de Luputa, ce qui a justifié le choix de ce sujet. Partant de ces constats, nous nous sommes posé la question de savoir : *quelles sont les connaissances, attitudes et comportements des religieuses sur les troubles de la ménopause ?*

Cette étude s'est assignée comme objectif général, celui d'analyser la perception et la gestion des troubles de la ménopause chez les religieuses, ainsi que d'évaluer leur niveau de connaissance sur cette phase de la vie.

## **I. Matériel et Méthode**

### **1. Type et période d'étude**

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'études descriptives transversales réalisée pendant deux mois, soit la période allant du 03/08 au 03/10/2025.

### **2. Milieu d'étude**

Les milieux retenus dans ce travail comme site d'enquête sont les congrégations des religieuses de la ville de Mwene-Ditu et la cité de Luputa.

### **3. Population d'étude, technique et méthode de collecte des données**

La population d'étude est constituée des Religieuses tandis que celle soumise à l'étude est par contre constituée de celles présentant les troubles de la ménopause rencontrées pendant notre période d'enquête. Nous avons

utilisé dans cette étude la méthode d'enquête par questionnaire appuyée par la technique d'interview structurée du type face à face.

**4. Echantillonnage :** nous avons procédé à la technique d'échantillonnage aléatoire stratifié. La taille de l'échantillon a été de 51 participantes.

#### **5. Critères de sélection**

Est incluse dans notre échantillon, toute religieuse vivant déjà la ménopause sous son toit, trouvée présente lors de notre passage et, ayant accepté volontairement de répondre à notre questionnaire. Par contre, dans cette étude, a été exclue de cet échantillon toute femme non religieuse et/ ou religieuse n'ayant pas répondu aux critères d'inclusion ci-haut cités.

#### **6. Collecte et analyse des données**

Après élaboration d'un questionnaire, le choix des milieux d'investigation et la justification de notre présence auprès des autorités des congrégations, nous avons collecté les données auprès des mères des congrégations sous plis fermés par le biais d'une étudiante finaliste de Bac3 Soins Généraux et religieuse de son état. Les données ainsi collectées, ont été traitées manuellement en dégagant les proportions sous forme de pourcentage.

#### **7. Paramètres d'étude**

- Age de la religieuse
- Niveau d'instruction
- Profession
- Antécédents médicaux et gynécologiques
- Connaissances
- Attitude
- Comportement

#### **8. Aspects éthiques**

Les participantes à l'étude ont reçu au préalable toute l'information et ont émis leur consentement éclairé libre et verbal avant de répondre aux questions. Les données ont requis l'anonymat et la confidentialité de sorte qu'il n'est pas possible de les lier aux enquêtes.

### **III. Résultats**

#### **1.1 Tableau 1 : Répartition des enquêtées selon l'âge**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
45-49	<b>28</b>	54,9
50-54	<b>10</b>	19,6
55-59	<b>9</b>	17,6
60-et plus	<b>4</b>	7,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Les résultats de ce tableau indiquent que dans l'échantillon, la population des religieuses est nettement plus concentrée dans la tranche d'âge de 45-49 et diminue fortement dans les tranches plus élevées.

**Tableau 2 : Répartition de cas selon le niveau d'instruction**

Occupation	Effectifs	Pourcentage
Sans niveau	8	15,7
Primaire	10	19,6
Secondaire	27	52,9
Supérieur	6	11,7
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

La répartition globale montre que la majorité des religieuses ont au moins un niveau d'instruction de base, puisque 43 religieuses sur 51 ont un niveau d'instruction (primaire, secondaire ou supérieur bien que le niveau d'instruction prédominant chez les religieuses soit celui secondaire).

**Tableau 3: Répartition de cas selon la profession**

Profession	Effectifs	Pourcentage
Etudiante	8	15,7
Enseignante	23	<b>45,1</b>
Fonctionnaire	8	<b>15,7</b>
Couturière	7	<b>13,7</b>
Chômeuse	5	<b>9,8</b>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Les résultats indiquent que, la majorité des religieuses (23 enseignantes), suivies par celles qui sont dans le système éducatif ou administratif (8 et 8 fonctionnaires). Les autres professions, telles que la couture, sont également représentées, tandis que le chômage concerne une minorité.

**Tableau 4: Avoir entendu parler de la ménopause**

Réponse	Effectif	%
Oui	50	98,1
Non	1	1,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Les résultats suggèrent que les religieuses jouent un rôle significatif dans la transmission des connaissances sur la ménopause, puisque 50 personnes sur 51 soit 98,1% ont déjà entendu parler du sujet par elles.

**Tableau 5 : Répartition de cas selon le canal par lequel on a été informé de la ménopause**

Canal	Effectif (n=51)	%
Hôpital	36	70,6
Ecole	26	50,9
Médias	8	15,7
Amies	18	35,3

Une analyse plus approfondie des données montre que l'hôpital et l'école sont les principales sources d'information, ce qui suggère que les religieuses ont eu accès à des informations sur la ménopause à travers des canaux formels d'éducation et soins de santé.

**Tableau 6. Répartition de cas selon les manifestations de la ménopause ressentis régulièrement**

Signes présentés	Effectifs (n=51)	Pourcentage
Bouffées de chaleur	42	82,4
Nervosité	15	29,4
Troubles vaginaux	36	70,6
Sueur froide	10	19,6
Sécheresse vaginale	9	17,6
Fatigue	6	11,7

Les religieuses dans cette étude ont principalement ressenti des bouffées de chaleur et des troubles vaginaux, ce qui est conforme aux symptômes le plus couramment associés à la ménopause. Les résultats soulignent l'importance de considérer les aspects physiques et psychologiques de la ménopause chez les femmes, y compris celles ayant un statut religieux.

**Tableau 7. Répartition de cas selon le moment de survenu de la ménopause**

Moment de survenu	Effectifs	Pourcentage
<45	10	19,6
>45	41	80,4
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

L'âge de survenu de la ménopause chez les religieuses est majoritairement supérieur à 45 ans soit 80,4%.

**Tableau 8: Répartition des cas selon l'attitude des enquêtées**

Caractéristique	Modalité	Effectif n=51	Pourcentage
Accepter de vivre avec la ménopause	Oui	51	100
	Non	0	0
Position de religieuse face à la ménopause	Favorable	51	100
	Défavorable	0	0

Les résultats indiquent que 51 religieuses soit 100% acceptent de vivre avec la ménopause et ont une attitude favorable à son égard. Cela suggère une corrélation entre l'acceptation de la ménopause et une attitude positive face à celle-ci.

**Tableau 9 : Répartition des cas selon le comportement des enquêtées**

Caractéristique	Modalité	Effectif n=51	%
Fréquentation de la consultation gynécologique	Régulière	33	64,7
	Irrégulière	18	35,3
Respect de rendez-vous à la consultation gynécologique	Ont respectée	41	80,4
	N'ont pas respecté	10	19,6
Raison de non-respect de rendez-vous de la consultation gynécologique (n=10)	Oubli	5	9,8
	Manque de temps	3	5,8
	Manque d'argent	2	3,9
Pratique des conseils donnés à la consultation gynécologique (n=51)	Celles qui pratiquent	41	80,4
	Celles qui ne pratiquent pas	10	19,6

Les données indiquent que les enquêtées sont majoritairement proactives dans la gestion de la ménopause, en cherchant un suivi médical régulier, en respectant leurs rendez-vous et en appliquant les conseils reçus. Les défis identifiés concernent principalement des facteurs externes comme l'oubli, le manque de temps ou de ressources financières pour une minorité.

#### IV. Discussion

Ce point est consacré essentiellement à l'interprétation et à la discussion des résultats obtenus en rapport avec la ménopause : Connaissances, attitudes et comportement des religieuses face aux troubles de ménopause. Les conclusions de l'UNFPA (2000) stipulent que la tranche d'âge entre 50 ans et plus a été plus représentée. Ceci ne corrobore pas les résultats de la présente étude qui indiquent que dans l'échantillon de la population des religieuses sont nettement plus concentrée dans la tranche d'âge de 45-49 et diminue fortement dans les tranches plus élevées. Cette tendance peut être expliquée par des facteurs liés au renouvellement des vocations, à la mortalité naturelle, à la retraite ou à une évolution des modes de vie et d'engagement religieux sur le long terme, reflétant des dynamiques similaires à celles observées dans d'autres études sur la sécularisation en France).

Dans l'étude de Nkongolo (2017), l'analyse du niveau d'instruction révèle que celui secondaire dominait le pavé. Dans notre étude, la répartition globale montre que la majorité des religieuses ont au moins un niveau d'instruction de base, puisque 43 religieuses sur 51 ont un niveau d'instruction (primaire, secondaire ou supérieur bien que le niveau d'instruction prédominant chez les religieuses soit celui secondaire). Sharma (2008) dans son étude, la conclusion était que, selon les femmes ménagères étaient représentées pour la série de son étude. Ces résultats ne corroborent pas ceux de notre étude où, il ressort que, la majorité des religieuses (23 enseignantes), suivies par celles qui sont dans le système éducatif ou administratif (8 et 8 fonctionnaires). Les autres professions, telles que la couture, sont également représentées, tandis que le chômage concerne une minorité.

En rapport avec les connaissances relatives à la ménopause, il a été trouvé que, à 98,1%, les résultats suggèrent que les religieuses jouent un rôle significatif dans la transmission des connaissances sur la ménopause, puisque 50 personnes sur 51 ont déjà entendu parler du sujet par elles. Une analyse plus approfondie des données montre que l'hôpital et l'école sont les principales sources d'information, ce qui suggère que les religieuses ont eu accès à des informations sur la ménopause travers des canaux formels d'éducation à 50,9% et à 70,6% soins de santé. Si, (Izizaw, R, 2008) indique qu'en RDC avec ses 400 milles jeunes qui atteignent la ménopause chaque année, beaucoup d'entre elles ne consultent pas en occurrence un gynécologue, alors que la ménopause bien étant une période normale de vie de la femme peut conduire donc à de différentes complications voire des maladies comme le cancer du col et celui du sein, ce résultat ne corrobore pas celui de notre étude où, il ressort que nos enquêtées sont majoritairement proactives dans la gestion de la ménopause, en cherchant un suivi médical régulier, en respectant leurs rendez-vous et en appliquant les conseils reçus.

En rapport avec les manifestations de la ménopause ressentis régulièrement, nous découvrons que sur 100% des religieuses, les bouffées de chaleur viennent en première position avec 82,4% suivi de troubles vaginaux à 70,6%. Ce résultat corrobore celui de l'AFEM cité par (Ruf, H, 2010) qui stipule que, parmi les principaux désagréments rencontrés par les femmes lors de la ménopause, les bouffées de chaleur viennent en première ligne représentant 67%. Dans cette étude, les religieuses ont principalement senti des bouffées de chaleur et des troubles vaginaux, ce qui est conforme aux symptômes les plus couramment associés à la ménopause. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les aspects physiques et psychologiques de la ménopause chez les femmes, y compris celles ayant un statut religieux. D'après Nkongolo K. (2017), les femmes victimes de la ménopause se trouvent confrontées aux problèmes sociaux.

Selon Mbarga, P. (2001), le moment de survenue de la ménopause est supérieur à l'âge de 45 ans dans la majorité des cas et que la ménopause prend plusieurs moments en tenant compte des causes essentiellement d'origine hormonale, démoniaque, pathologique. Ce résultat corrobore le nôtre car, pour la série de notre étude, l'âge de survenue de la ménopause chez les religieuses est majoritairement supérieur à 45 ans. Considérant l'attitude des enquêtées, les résultats indiquent que 51 religieuses soit 100% acceptent de vivre avec la ménopause et ont une attitude favorable à son égard. Cela suggère une corrélation entre l'acceptation de la ménopause et une attitude positive face à celle-ci. Ce résultat rejoint la déclaration du site web de l'université de l'Université canadienne sur ménopause et religieuses : étude exploratoire où, l'acceptation de la ménopause chez les religieuses peut être influencée par divers facteurs tels que leur foi, leur âge, leur expérience de vie et



leur compréhension de la ménopause. Une attitude favorable pourrait être liée à une meilleure adaptation à cette phase de la vie. Selon le comportement des enquêtées, les données indiquent que les enquêtées sont majoritairement proactives à 64,7% dans la gestion de la ménopause, en cherchant un suivi régulier, en respectant leurs rendez-vous et en appliquant les conseils reçus à 80,4%. Les défis identifiés concernent principalement des facteurs externes comme l'oubli, le manque de temps ou de ressources financières pour une minorité).

## CONCLUSION

La présente étude, menée auprès des religieuses du diocèse de Tshilomba, révèle une acceptation universelle de la ménopause (100%) et une attitude favorable à son égard. Les participantes démontrent une pro activité significative dans la gestion de la ménopause, caractérisée par la recherche d'un suivi médical régulier, le respect des rendez-vous et l'application diligente des conseils reçus. Ces résultats suggèrent une forte résilience et une approche éclairée face à cette étape physiologique, potentiellement influencées par des facteurs socio-culturels et religieux spécifiques au groupe étudié. Donc, les religieuses du diocèse de Tshilomba présentent un modèle exemplaire de gestion de la ménopause, marqué par une connaissance adéquate, une attitude positive et des comportements proactifs.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Benedek, T (2001) le guide d'une femme à ménopause et théorique du remplacez de l'hormone. Wshington, DC, presse psychiatrique ;
2. Daniel Delanoë. ; (2016), Attitude vers ménopause et vieillissement à travers éthique, groupes raciaux société psychosomatique américaine, Tome I, canada, Amérique ;
3. Delanoë D., 2016 : La ménopause: Comprendre et bien vivre cette étape de la vie) d'édition : Odile Jaco, Paris, France ;
4. Drees, 2015 : (Ménopause : Les nouvelles approches pour une vie épanouie), édition : Albin Michel, Paris, France ;
5. Izizaw, R, 2008 : (Comprendre la ménopause : un guide pour les femmes africaines), édition : Collectif des Livres Africains, Oxford, Royaume-Uni ;
6. Kapinga M., 2019 : (La ménopause en Afrique subsaharienne : perspectives culturelles et implications sanitaires), édition : Palgrave Macmillan, Cham, Suisse ;
7. Leridon, 2009 : La démographie de la ménopause), édition : Presses Universitaires de France, Paris, France ;
8. Levasseur et al., 2008 : ( Ménopause et qualité de vie: Une approche multidisciplinaire ), édition : Springer, Paris, France ;
9. Mashona. (2010). « La ménopause, une expérience à considérer dans son contexte sociaux culturel ». Le médecin du Québec. Vol. 35, no 3 (mars), p.47-50 ;

10. Mbarga, A. (2001) les facteurs associés avec les symptômes ménopausiques qui rapportent chez les femmes de cinquantaine chinoises ;
11. Mboloko (2009) : une enquête épidémiologique sur la ménopause Nkongolo, Perception de la ménopause par les couples, ISTM/MBM. Mémoire de fin de cycle 2016-2017 inédit ;
12. OMS, (2010) Ménopause et les femmes après la ménopause ;
13. OMS, 2020 : (Ménopause et vieillissement : Guide pour les professionnels de la santé), édition : Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse ;
14. Reynolds et al., 2016 : (La ménopause : un guide complet pour les femmes et leurs partenaires), édition : Johns Hopkins University Press, Baltimore, États-Unis ;
15. Ruf H., 2010 : (Ménopause : Le guide complet pour comprendre et agir), édition : Marabout, Vanves, France ;
16. Site Web : (la diversité religieuse en France : transmissions intergénérationnelles et pratiques, » insee.fr »). Demographic Trends in Religious Life (National Catholic Reporter) ;
17. Site Web : (Trajectoires et Origines2-Enquête sur la diversité des populations en France. « iness.fr » “Aging and Religious Life: Challenges and Opportunities” « Religions Journal” ;
18. Terris, 2014 : (La ménopause : Une approche globale de la santé féminine), édition : Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, France ;
19. Terris, 2015 : La démographie de la ménopause), édition : Presses Universitaires de France, Paris, France ;
20. UNFPA, 2000 : (Population et santé reproductive : une perspective mondiale), édition : Fonds des Nations Unies pour la population, New York, États-Unis.