

Age à la ménopause et santé perçue à Ouagadougou : Eclairage à partir des données de l'Observatoire de Population de Ouagadougou

Bruno Yempabou LANKOANDE^{1*}

Résumé

Introduction : Plusieurs travaux ont analysé les facteurs explicatifs de la santé subjective, reconnue comme un indicateur important du bien-être de la population. Cependant, peu de recherches se sont spécifiquement intéressées aux effets de la ménopause. L'objectif de cette recherche est d'explorer la relation entre la ménopause précoce et la santé perçue, chez les femmes de 35 ans et plus, à Ouagadougou.

Données et méthodes : Cette recherche mobilise les données d'une enquête santé réalisée auprès de 1344 femmes de 35 ans et plus dans trois quartiers de l'Observatoire de la Population de Ouagadougou en 2025. Des analyses bi-variées et multivariées ont permis de mettre en exergue l'effet de la précocité de la ménopause sur la santé perçue.

Résultats : Les résultats montrent que 96,5% des femmes déclarent être en bonne santé, contre 3,5% en mauvaise santé. Par ailleurs, les femmes ayant connu la ménopause entre 40-44 ans, et 45-49 ans présentent un risque significativement plus élevé de mauvaise santé perçue par rapport aux femmes non ménopausées. D'autres facteurs se sont révélés déterminants également dans l'évaluation de la santé subjective, notamment la durée de la vie reproductive, le niveau d'instruction, le niveau de vie, le type de zone, l'occupation et l'ethnie.

Conclusion : La transition vers la ménopause constitue une phase sensible sur le plan du bien-être et sa prise en charge doit être prise en compte dans les programmes nationaux de santé.

Mots clés : Santé perçue, ménopause précoce, Observatoire de Population, Ouagadougou.

Age at menopause and perceived health in Ouagadougou: Insights from the Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System

Abstract

¹ Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph Ki-Zerbo, 03 BP 7118 Ouagadougou 03. Burkina Faso.

*Auteur correspondant : Bruno Yempabou LANKOANDE : lankyem@yahoo.fr;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2399-2439>

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstss.v48i2.1903>

Introduction: Several studies have investigated the key determinants of self-reported health, recognized as an important indicator of well-being at population level. Yet, few studies have specifically focused on the effects of menopause. This study explores the relationship between early menopause and perceived health among women aged 35 and over in Ouagadougou.

Data and methods: This research uses data from a health survey conducted among 1344 women aged 35 and over in three districts of the Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System in 2025. Bivariate and multivariate analyses helped to test the effect of early menopause on perceived health.

Results: Findings show that only 3.5% of women reported poor perceived health. Furthermore, women who experienced menopause between the ages of 40-44 and 45-49 have a significantly higher risk of poor perceived health compared to premenopausal women. Furthermore, several factors have a significant effect on perceived health, including reproductive lifespan, education level, standard of living, type of settlement, occupation and ethnicity.

Conclusion: The transition to menopause is a sensitive phase in terms of well-being and its management should be taken into account in national health programs.

Keywords: Perceived health, early menopause, Health and Demographic Surveillance System, Ouagadougou

Introduction

La ménopause est un processus physiologique naturel qui marque la cessation définitive des menstruations, due à la perte d'activité folliculaire ovarienne (1) et, par conséquent, la fin de la période reproductive chez la femme. Elle passe par une phase connue sous le nom de transition ménopausique ou péri ménopause (2,3), caractérisée par d'importants changements hormonaux, biologiques et psychologiques (4). La ménopause survient généralement entre 47 et 55 ans chez la majorité des femmes (5) et peut avoir des répercussions sur la qualité de vie, la santé et le bien-être global (6). Au-delà de sa dimension purement physiologique, elle s'inscrit dans une expérience vécue où s'entremêlent symptômes physiques, changements émotionnels et adaptation sociale, lesquels affectent la perception globale que les femmes ont de leur propre santé (4).

Dans cette perspective, la santé subjective apparaît comme un cadre pertinent pour appréhender la manière dont les femmes évaluent leur santé et leur bien-être général, au-delà des seuls symptômes physiques durant cette période de transition. Également appelée santé perçue ou santé autodéclarée, elle constitue un indicateur important qui permet de mieux connaître l'état de santé de la population (7). Elle traduit l'appréciation globale qu'un individu porte sur sa propre santé, en

intégrant ses connaissances et ses expériences vis-à-vis de la santé ou de la maladie (8). Cet indicateur est reconnu pour sa validité et sa fiabilité, en raison de sa forte corrélation avec d'autres mesures objectives de la santé (9–11). Par ailleurs, la santé subjective est considérée comme un prédicteur majeur de la morbidité, de la mortalité et du recours aux soins (9,12,13).

De nombreux travaux ont montré que la santé perçue est influencée par un ensemble de facteurs physiques, psychologiques, sociaux et comportementaux. Les études montrent que la capacité fonctionnelle, les limitations d'activité et la présence de maladie chronique contribuent à une évaluation négative de la santé (14,15). Les troubles émotionnels tels que la dépression, l'anxiété ou le stress, de même que la satisfaction sociale et la perception du vieillissement, affectent également la santé subjective (11). Par ailleurs, les habitudes de vie comme le tabagisme, la sédentarité ou l'excès de poids sont associées à une mauvaise perception de la santé (16). Enfin, des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le niveau d'instruction, le revenu, la profession influencent également la santé subjective (7).

La perception de l'état de santé varie selon l'âge : la proportion de personnes s'estimant en bonne santé diminue généralement avec l'âge (8). En fonction de l'âge, une femme peut être en ménopause précoce ou tardive. Si de nombreux travaux ont examiné les relations entre la ménopause et la santé objective, peu d'études se sont spécifiquement penchées sur son effet sur la santé subjective. Les rares recherches disponibles ont toutefois montré que la ménopause est associée à une détérioration de la santé perçue et de la qualité de vie, bien que l'intensité de cet effet varie selon les contextes biologiques, psychologiques et socioculturels (17). Cette détérioration s'explique notamment par la survenue de symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes), de troubles du sommeil, de douleurs articulaires ou encore de changements corporels, qui affectent directement la qualité de vie et la perception du bien-être (4,6). À l'inverse, des facteurs comportementaux tels que l'activité physique régulière, une bonne qualité du sommeil, une alimentation équilibrée et la participation sociale sont associés à une meilleure santé subjective (18).

Sur le plan psychologique, plusieurs études ont mis en évidence une hausse des symptômes dépressifs et anxieux, ainsi qu'une perception négative du vieillissement au cours de la transition ménopausique,

influençant défavorablement la santé perçue (19). Ces résultats sont cohérents dans différents contextes culturels. En Europe, Hunter et Rendall (20) ont observé, en 2007, une corrélation négative entre la sévérité des symptômes ménopausiques et la santé perçue. En Afrique, bien que les études soient rares, les quelques recherches existantes ont souligné une prévalence élevée de symptômes physiques et psychologiques associés à une mauvaise perception de la santé (21,22).

Par ailleurs, les conditions socioéconomiques demeurent des facteurs essentiels modulant l'effet de la ménopause sur la santé subjective. Plusieurs études ont montré que le niveau d'éducation, le revenu et l'activité professionnelle, la parité et la religion influencent la manière dont les femmes vivent la ménopause et évaluent leur santé (18,23–25). Sur le plan culturel, la représentation sociale de la ménopause influence l'expérience vécue. Dans les sociétés occidentales, elle est souvent associée au vieillissement et à la perte de féminité (19), alors que dans les contextes africains, elle peut être perçue comme une période de libération sociale marquant l'accès à un statut de respect au sein de la communauté (21).

L'âge moyen de la ménopause varie selon les régions du monde, il est estimé à 51 ans aux Etats-Unis, 47,8 ans en Iran et 45,6 ans en Turquie (26). Globalement, l'âge moyen mondial de la ménopause oscille entre 42 et 58 ans, avec une médiane de 51,4 ans (27). Au Burkina Faso, selon les rapports des enquêtes démographiques et de santé, la proportion de femmes ménopausées âgées de 30 à 49 ans reste stable autour de 10% depuis 2003. Cependant, la ménopause précoce semble en légère augmentation, la proportion des femmes ménopausées avant 40 ans est passée de 0,81% en 2003 à 1,37% en 2021.

L'analyse de la santé subjective dans le contexte de la ménopause permet ainsi de mieux comprendre comment les femmes vivent et interprètent cette transition. L'objectif de cette recherche est d'explorer la relation entre la ménopause précoce et l'état de santé perçue (bonne ou mauvaise) chez les femmes âgées de 35 ans et plus, à Ouagadougou, à partir des données récentes de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO).

I. Données et méthodes

1.1 Données

L'OPO est une plateforme de recherche et d'interventions mise en place à la fin de l'année 2008 par l'Institut Supérieur des Sciences de la

Population (ISSP), dans le but de fournir des fondements scientifiques aux politiques de santé en milieu urbain africain (28). C'est un dispositif de suivi longitudinal démographique et de santé conçu pour mesurer les changements démographiques et leurs effets sur la santé des populations dans un contexte où la dynamique urbaine reste encore peu documentée. Les données sur les événements vitaux (naissances, décès, migrations, etc.) et les caractéristiques sociodémographiques des ménages sont collectées sur l'ensemble de la population des cinq quartiers, et mises régulièrement à jour à travers des passages répétés d'une périodicité annuelle dans les ménages (29). La zone sous surveillance est située à la périphérie nord de Ouagadougou et est composée de deux quartiers lotis (Kilwin et Tanghin) et de trois quartiers non-lotis (Nonghin, Polesgo et Nioko 2). En 2021, la plateforme comptait 94743 résidents, répartis dans 20390 ménages dont 60 % vivaient en zones non loties et 40 % en zones loties.

Pour cette recherche spécifiquement, les données mobilisées proviennent d'une enquête « santé » greffée au treizième passage de collecte des données de routine de l'OPO. La collecte de routine s'est déroulée entre le 22 mars et le 29 août 2025 dans trois quartiers de l'OPO, à savoir Polesgo, Nioko2 et Tanghin. Elle a consisté à un recensement de tous les ménages dans la zone sous surveillance et à la collecte des événements vitaux. Parmi la liste des 9563 ménages visités, le module santé a été administré au répondant de l'enquête. Ainsi, l'échantillon faisant l'objet de la présente analyse a été obtenu de manière raisonnée. Les questions sur la ménopause ont été posées particulièrement aux femmes de 35 ans et plus. Pour garantir la qualité des données, ce module n'était administré que par les agents de terrain de sexe féminin.

1.2 Variables

La variable dépendante de cette recherche est l'auto-évaluation actuelle de l'état de santé. Il a été demandé à chaque femme enquêtée : « *En général, comment elle considère son état de santé aujourd'hui (jour de l'interview) ?* ». Les réponses possibles étaient réparties en cinq catégories (très bonne, bonne, moyenne, mauvaise et très mauvaise). Pour éviter les problèmes d'effectif, ces modalités ont été regroupées en deux catégories notamment bonne (très bonne, bonne, moyenne) ou mauvaise (mauvaise et très mauvaise). Elle est codée 1 si la santé est déclarée mauvaise et 0 si elle est déclarée bonne.

La variable indépendante principale est le fait que la femme soit en ménopause ou non. La ménopause est définie ici comme l'absence de règles sur les douze derniers mois précédant la date de l'enquête. La date d'apparition des dernières règles a été également collectée pour les femmes ménopausées. Cette information combinée avec la date de naissance, a permis ainsi de calculer l'âge à la ménopause. Par la suite, les femmes ménopausées sont catégorisées en fonction du groupe d'âge à la ménopause à savoir 35-39 ans ; 40-44 ans ; 45-49 ans et 50 ans et plus. Les autres variables de contrôle sont entre autres la religion (musulman, autres), l'occupation (occupé, non occupé), le niveau de vie construit à partir d'une analyse en composante principale des biens du ménage, la parité, l'ethnie (mossi, autre), le type de zone (loti ou non loti), l'éducation de la femme (aucun, primaire, secondaire et plus) et son statut matrimonial (union, non en union). L'analyse prend également en compte la durée de la vie reproductive qui représente l'âge de la ménopause moins l'âge des premières règles pour les femmes ménopausées et l'âge de la femme moins l'âge des premières règles pour les femmes n'ayant pas encore atteint la ménopause.

1.3 Méthodes

L'analyse s'appuie sur les techniques d'analyse descriptive bivariée et multivariée. Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée a été réalisée sur l'ensemble des variables afin de décrire l'échantillon d'analyse. Dans un second temps, une analyse descriptive bivariée a permis d'apprécier la distribution de la santé perçue en fonction des variables explicatives catégorielles. Pour les variables continues telles que la durée de la vie reproductive, une analyse de variance a été appliquée. Enfin, une régression logistique à effet brut et à effet net a été mise en œuvre, dans l'optique de saisir dans un premier temps l'effet brut de l'âge à la ménopause sur la santé perçue et dans un deuxième temps, de saisir l'effet net de chaque variable sur la santé perçue. Le choix de la régression logistique s'explique par la nature binaire de la variable dépendante (bonne santé=0 et mauvaise santé=1). En raison de la faible proportion des femmes en mauvaise santé, les écarts types du modèle logistique ont été estimés par la méthode du Bootstrap (500 réplifications) afin d'avoir des coefficients plus robustes. Les résultats sont présentés sous forme d'Odds Ratio (OR) assortis de leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%), indiquant les rapports de chance de déclarer une mauvaise santé par rapport à la catégorie de référence pour chaque variable explicative.

II. Résultats

2.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

L'échantillon d'analyse est composé de 1344 femmes âgées de 35 ans et plus, dont 60% ne sont pas encore ménopausées. Les femmes ayant connu une ménopause prématurée représentent 9,7%, tandis que celles ayant atteint la ménopause à 50 ans et plus constituent 15,8% de l'échantillon. Concernant la santé subjective, la grande majorité des femmes, soit 9 femmes sur 10 déclarent avoir un bon état de santé. En termes de répartition spatiale, 40,9% résident dans les zones loties, contre 59,1% dans les zones non loties.

Sur le plan socioculturel, plus de la moitié des femmes sont de religion musulmane (53,5%), et la quasi-totalité appartiennent au groupe ethnique mossi (près de 9 femmes sur 10). La majorité vivent en union (85,3%), exercent une activité génératrice de revenu (68,8%) et sont sans instruction (55,8%). Enfin, la parité montre que les femmes ayant au moins trois enfants sont majoritaires (60,6%).

2.2 Distribution de l'âge à la ménopause

Dans cette étude, l'âge moyen à la ménopause est estimé à 45,4 ans, avec un écart type de 8,9 ans, traduisant une forte variabilité de l'âge à la ménopause. L'âge médian à la ménopause est de 46,5 ans, ce qui signifie que 50% des femmes ont connu la cessation définitive de leurs menstruations avant cet âge. Par ailleurs, plus de 25% des femmes ont un âge à la ménopause supérieur à 51,2 ans, ce qui correspond à des cas de ménopause tardive, tandis que 25% des femmes ont un âge à la ménopause inférieur à 40 ans, indiquant une ménopause précoce.

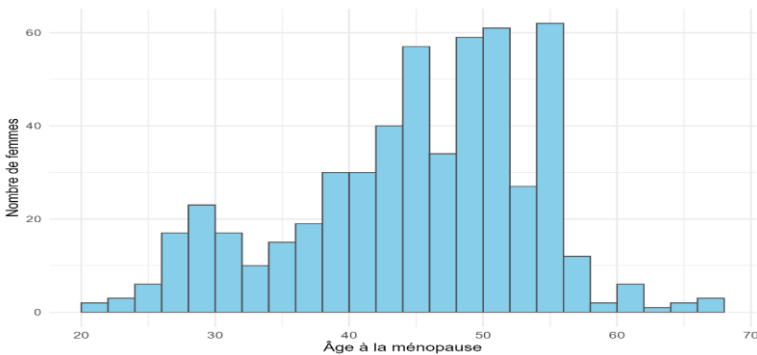


Figure 1: Distribution de l'âge à la ménopause

2.3 Santé perçue en fonction des caractéristiques socio démographiques

L'examen des associations entre la santé perçue et les caractéristiques sociodémographiques révèle que la prévalence de la mauvaise santé perçue demeure globalement faible au sein de la population étudiée. Au seuil de significativité de 5%, le test du Chi2 indique une association significative entre la santé perçue et le niveau de vie, entre la santé perçue et le statut ménopausique de la femme (ménopause ou non), et entre la santé perçue et l'occupation. De manière générale, plus de 9 femmes sur 10 déclarent être en bonne santé, indépendamment de leur statut ménopausique ou de leur âge à la ménopause. Cependant, on observe que les femmes non ménopausées représentent la majorité de celles qui s'autoévaluent positivement. Parmi les femmes ménopausées, celles ayant connu la ménopause entre 40 et 44 ans et entre 45 et 49 ans présentent une proportion légèrement plus élevée de mauvaise santé subjective.

S'agissant du niveau de vie particulièrement, la tendance reste similaire : plus de 9 femmes sur 10, tous groupes confondus, déclarent être en bonne santé. Toutefois, la mauvaise santé perçue est davantage rapportée parmi les femmes vivant dans des ménages pauvres (5,93%) comparativement à celles issues de ménages de niveau de vie moyen ou élevé.

Tableau 1: Santé perçue et caractéristiques socio démographiques des femmes enquêtées

Variables	Univariée	Bivariée		P-value
	(%)	Bonne (%)	Mauvaise (%)	
État de santé				
Bonne	96,5			
Mauvaise	3,5			
Age à la ménopause				0,004
Pas en ménopause	60,0	97,8	2,2	
Ménopause à <40	9,7	97,0	3,1	
Ménopause à 40-44	6,1	91,5	8,5	
Ménopause à 45-49	8,5	93,0	7,0	
Ménopause à 50 ou plus	15,8	95,3	4,7	
Durée de vie reproductive	27 ans	27,7 ans	28,4 ans	0,19
Education				0,3

Variables	Univariée		Bivariée		P-value
	(%)	Bonne (%)	Mauvaise (%)		
Aucun	55,9	96,0	4,0		
Ne sait pas	6,7	98,9	1,1		
Primaire	21,5	95,9	4,1		
Secondaire et plus	15,9	98,1	1,9		
Statut matrimonial					0,085
En union	85,3	96,9	3,1		
Pas en union	14,7	94,4	5,6		
Type de zone					0,06
Loti	40,9	97,6	2,4		
Non loti	59,1	95,7	4,3		
Niveau de vie					0,001
Pauvre	38,8	94,1	5,9		
Moyen	18,5	98,4	1,6		
Riche	42,8	97,9	2,1		
Occupation					0,019
Occupé	68,8	97,3	2,7		
Non occupé	31,2	94,8	5,2		
Ethnie					0,9
Mossi	90,3	96,5	3,5		
Autre	9,7	97,0	3,1		
Religion					0,4
Musulman	53,5	96,1	3,9		
Autres	46,5	97,0	3,0		
Parité					0,8
5+	27,4	95,9	4,1		
3 à 4	33,2	96,7	3,4		
0-2	39,4	96,8	3,2		

2.4 Age à la ménopause et état de santé perçue

Le tableau 2 présente les effets bruts et nets de l'âge à la ménopause de la femme sur la santé perçue. L'analyse des effets bruts montre qu'à l'exception des femmes ménopausées avant 40 ans, toutes les autres catégories d'âge à la ménopause présentent une probabilité plus élevée

de déclarer une mauvaise santé comparativement aux femmes non ménopausées. Les femmes ayant connu une ménopause précoce (avant 40 ans) ont 50% moins de risque de s'estimer en mauvaise santé par rapport aux non ménopausées. Après ajustement des effets, les femmes ayant connu une ménopause entre 40 et 44 ans et entre 45 et 49 ans présentent des risques nettement plus élevés de mauvaise santé perçue aussi bien dans le modèle brut que dans le modèle ajusté. Elles ont respectivement 2,4 et 1,8 fois plus de risque d'évaluer leur santé comme mauvaise comparativement à celles non ménopausées. Par contre, il n'existe aucune différence significative en termes de santé perçue entre les femmes ménopausées à plus de 50 ans et celles non ménopausées.

2.5 Autres déterminants de l'état de santé perçue

Les résultats du modèle complet montrent qu'en plus de l'âge à la ménopause, la durée de la vie reproductive, le niveau de vie, le type de zone, l'occupation, l'ethnie ont été significativement associés à la santé autodéclarée des femmes. En effet, la durée de vie reproductive apparaît positivement associée à la mauvaise santé perçue ($OR = 1,04 ; p < 0,05$). Chaque année supplémentaire de vie reproductive augmente légèrement le risque de déclarer une santé défavorable. Quant au niveau de vie, les résultats montrent que, comparativement aux femmes issues des ménages pauvres, celles issues des ménages de niveau de vie riche ont respectivement 44% ($OR = 0,56 ; p < 0,001$) moins de risque d'avoir une mauvaise santé perçue. L'occupation est également un déterminant significatif : les femmes non occupées ont 1,8 fois plus de risque de déclarer une mauvaise santé que celles exerçant une activité professionnelle ($OR = 1,80 ; p < 0,001$).

Les femmes Mossies sont moins exposées que les autres ethnies. Les femmes des autres ethnies ont plus de 1,6 fois plus de risque de déclarer une mauvaise santé que les femmes mossi. Par ailleurs, être dans une zone non lotie augmente la chance d'avoir une mauvaise perception de son état de santé. Les femmes vivant dans ces zones présentent 68 % plus de chance de déclarer un mauvais état de santé comparativement à celles résidant dans les zones loties ($OR = 1,68 ; p < 0,05$).

Tableau 2: Effet des co-variables sur la santé perçue

Caractéristiques	OR brut	IC 95 %	OR net	IC 95 %
Age à la ménopause				
Pas en ménopause	1		1	
Ménopausée à <40	0,50***	[0,27 – 0,82]	0,84	[0,45 – 1,52]
Ménopausée à 40-44	2,70***	[1,68 – 4,23]	2,39***	[1,41 – 3,99]
Ménopausée à 45-49	1,96***	[1,27 – 2,93]	1,82*	[1,11 – 2,94]
Ménopausée à 50 et plus	1,59**	[1,10 – 2,18]	1,14	[0,74 – 1,80]
Durée de vie reproductive			1,04*	[1,01 – 1,06]
Niveau d'instruction				
Aucun			1	
Primaire			0,92	[0,65 – 1,32]
Secondaire et plus			0,69	[0,43 – 1,03]
Ne sait pas			0,45*	[0,21 – 0,77]
Statut matrimonial				
En union			1	
Pas en union			1,39	[0,95 – 1,96]
Type de zone				
Loti			1	
Non loti			1,68**	[1,22 – 2,34]
Niveau de vie				
Pauvre			1	
Moyen			0,69	[0,46 – 1,02]
Riche			0,56**	[0,40 – 0,80]
Occupation				
Occupé			1	
Non occupé			1,80***	[1,41 – 2,39]
Ethnie				
Mossi			1	
Autres			1,57*	[1,01 – 2,44]
Religion				
Musulman			1	
Autres			0,98	[0,73 – 1,29]
Parité				
5+			1	
0-2			0,71	[0,51 – 1,02]
3-4			0,79	[0,55 – 1,12]
Nombre d'observations			1344	
Nombre d'évènements (mauvaise santé)			47	
Significativité statistique: ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05				

III. Discussion

Cette recherche a permis d'analyser l'effet de l'âge à la ménopause sur l'état de santé perçue dans un contexte urbain à Ouagadougou. Elle s'est appuyée sur des données récentes collectées dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) chez les femmes de 35 ans et plus.

A notre connaissance, cette étude est la première à évaluer l'effet de l'âge à la ménopause sur la santé perçue en utilisant les données d'un système de surveillance démographique en Afrique de l'Ouest.

Les résultats indiquent qu'une très forte proportion des femmes (96,5%) déclarent avoir une perception bonne de leur état de santé, contre seulement 3,5% qui déclarent une mauvaise santé perçue. Cette prévalence de mauvaise santé perçue est similaire à celle mise en évidence au Nigéria où seulement 2,3% des participants percevaient leur bien-être comme très mauvais (30). Même en présence de symptômes physiques liés à la ménopause, certaines femmes peuvent continuer à se percevoir en bonne santé lorsqu'elles considèrent ces changements comme naturels ou normaux dans leur parcours de vie (20). Dans de nombreux contextes africains, la ménopause est parfois perçue comme une étape valorisante, marquant la fin des contraintes reproductives et une plus grande liberté sociale, ce qui peut influencer positivement la perception du bien-être (31). Ces perceptions positives peuvent également découler d'un biais d'optimisme ou de comparaison sociale, les femmes évaluant leur santé en la rapportant à celle de leurs pairs ou à leur état antérieur (12). Dans certains contextes culturels, déclarer une mauvaise santé peut être perçu comme stigmatisant, incitant à une surestimation de la bonne santé déclarée (14).

L'analyse montre que la ménopause influence significativement la perception de la santé, confirmant les observations faites dans d'autres contextes (17). Tout d'abord, il est bien documenté que la ménopause s'accompagne d'un certain nombre de symptômes susceptibles d'influencer l'état de santé de la femme, donc la santé perçue. Cela est d'autant plus visible que la ménopause survient de façon précoce ou brusque (32). A titre d'illustration, la baisse hormonale qui accompagne la fin de la vie reproductive expose davantage les femmes ménopausées aux maladies cardio-vasculaires (33). Dans un deuxième temps, l'âge à la ménopause peut refléter le vieillissement biologique et les conditions de vie passées telles que la nutrition, le stress et les comportements de reproduction. Ainsi, l'effet délétère de la ménopause précoce sur la santé perçue pourrait traduire un désavantage cumulatif tout au long de la vie (34). Enfin, dans les contextes de fécondité élevée comme le Burkina Faso, une ménopause précoce peut être perçue comme une perte prématurée de féminité entraînant ainsi de l'anxiété et parfois des conflits conjugaux liés à la procréation (35).

Quant aux autres déterminants de la santé perçue, cette recherche a trouvé que le risque d'une mauvaise perception de santé augmente avec le nombre d'années de vie reproductive. Ce résultat, cohérent avec les observations de Pinquart en 2001 (14) et Byun et al en 2021 (15), pourrait refléter les effets cumulatifs des changements hormonaux, des grossesses répétées et des changements physiologiques supportés par les femmes tout au long de leur vie féconde. Une vie reproductive prolongée pourrait également accroître l'exposition à des affections chroniques liées au vieillissement hormonal (19). Les résultats confirment que la position socioéconomique est un déterminant essentiel de la santé subjective. Les femmes issues des ménages riches ont significativement moins de risques d'évaluer leur santé comme mauvaise. Ce constat rejoint les conclusions de Hamplová et al en 2022 (36) et Nazarpour et al en 2020 (25), qui ont montré que les conditions matérielles et la sécurité économique favorisent une meilleure perception du bien-être. De même, les femmes occupées présentent une meilleure santé perçue que les femmes non-occupées, soulignant l'importance du statut socioprofessionnel comme source d'autonomie et de valorisation personnelle. Plusieurs auteurs ont trouvé que le chômage diminue la santé autoévaluée, négativement corrélée à la santé auto-déclarée (37–39). Le type de zone de résidence apparaît également comme un déterminant clé. Les femmes vivant dans des zones non loties présentent une probabilité plus élevée de mauvaise santé perçue que celles des zones loties. Plusieurs auteurs (40,41) ont montré qu'il existe une différence entre milieux urbains et ruraux de la santé auto-déclarée. Ce résultat traduit les inégalités urbaines en matière de conditions de vie, d'assainissement, d'accès à l'eau, aux soins, déjà documentées dans le contexte de Ouagadougou par différents auteurs (42). Les environnements précaires peuvent renforcer le sentiment de vulnérabilité et altérer la perception du bien-être.

Comme tout travail scientifique, cette recherche présente certaines limites qu'il convient de souligner. La variable « santé perçue » repose sur l'autoévaluation de la santé des répondants. Bien qu'elle soit reconnue comme un indicateur fiable de la santé de la population, elle peut être influencée par des biais de perception (culturels, sociaux ou émotionnels). Certaines femmes peuvent sous-estimer ou surestimer leur état de santé en raison de la norme sociale ou du désir de présenter une image positive d'elles-mêmes. En outre, l'échantillon mobilisé dans le cadre de cette analyse a été obtenu de façon raisonnée dans trois quartiers périphériques de la ville de Ouagadougou, appartenant à la

zone de suivi de l'OPO. Les résultats ne sont donc pas forcément représentatifs de l'ensemble des femmes de Ouagadougou. Enfin, certaines variables susceptibles d'influencer la santé perçue telles que le soutien social, les habitudes alimentaires, l'activité physique etc. n'ont pas pu être intégrées en raison de l'indisponibilité des données, ce qui pourrait limiter la compréhension complète des déterminants de la santé subjective en lien avec la ménopause.

Conclusion

En s'appuyant sur les données collectées dans les zones couvertes par l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO), cette recherche a mis en évidence une perception globalement favorable de la santé des femmes à Ouagadougou. La ménopause précoce influence négativement la santé subjective. Au-delà de l'âge à la ménopause, la santé perçue reste tributaire d'un certain nombre de facteurs notamment la durée de la vie reproductive, le niveau d'instruction, le niveau de vie, le type de zone, l'occupation et l'ethnie comme le souligne nos résultats. La période de transition ménopausique constitue une phase sensible sur le plan du bien-être, surtout quand elle est précoce. Dans l'ensemble, les résultats de cette recherche suggèrent d'accorder plus d'importance à la ménopause de façon générale comme un enjeu de santé publique. Des interventions ciblées de santé pourraient être mises en œuvre pour un meilleur diagnostic de la ménopause précoce et la prise en charge de ses conséquences sanitaires et sociales chez les femmes en fin de vie reproductive.

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Approbation éthique et consentement

Les données mobilisées dans le cadre de cette recherche ont été greffées à la collecte des données de routine de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) qui bénéficie de l'approbation du comité d'éthique en santé pour sa mise en œuvre depuis la fin de l'année 2008. Par ailleurs, la signature d'une fiche de consentement éclairé par chaque répondant de l'enquête a permis de garantir la participation libre et informée.

Références bibliographiques

1. Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Langan E, Kapoor S, et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *Menopause*. 2005;12(2):128-35.
2. Hill K. The demography of menopause. *Maturitas*. 1996;23(2):113-27.
3. Nisha Singh NS, Mohan Shinde MS, Herschel Dafal HD, Anshuli Trivedi AT, Yogendra Chouhan YC. Age at natural menopause and factors affecting menopausal age: a cross-sectional study among postmenopausal female attendees of obstetrics and gynecology outpatient department. 2018 [cité 29 avr 2025]; Disponible sur: <https://www.cabidigitalibrary.org/doi/full/10.5555/20193270694>
4. Mueller SC, De Franceschi M, Brzozowska J, Herman AM, Ninghetto M, Burnat K, et al. An influence of menopausal symptoms on mental health, emotion perception, and quality of life: a multi-faceted approach. *Qual Life Res*. juill 2024;33(7):1925-35.
5. Sharami SH, Rafiei Sorouri Z, Farzadi S, Hosseinzadeh F, Etezadi A, Bab Eghbal S, et al. The association of sociodemographic factors and history of chronic diseases on menopausal symptoms: A cross-sectional study. *Health Science Reports*. mai 2024;7(5):e2103.
6. Hess R, Thurston RC, Hays RD, Chang CCH, Dillon SN, Ness RB, et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Qual Life Res*. avr 2012;21(3):535-44.
7. Daveluy C. Enquête sociale et de santé 1998. 2e éd. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2001.
8. Daveluy C, Québec I de la statistique du. Enquête sociale et de santé 1998. Institut de la statistique du Québec; 2001.
9. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health*. juin 1997;87(6):951-6.
10. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective [Internet]. Vol. 1, *Frontiers in public health*. Frontiers Media SA; 2013 [cité 21 oct 2025]. p. 15. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2013.00015/full>
11. Lachytova M, Katreniakova Z, Mikula P, Jendrichovsky M, Nagyova I. Associations between self-rated health, mental health problems and physical inactivity among urban adolescents. *The European Journal of Public Health*. 2017;27(6):984-9.
12. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*. 2009;69(3):307-16.

13. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Scientific reports*. 2020;10(1):4886.
14. Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and aging*. 2001;16(3):414.
15. Byun M, Kim E, Ahn H. Factors contributing to poor self-rated health in older adults with lower income. In: *Healthcare* [Internet]. MDPI; 2021 [cité 21 oct 2025]. p. 1515. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/11/1515>
16. Zhang T, Lu G, Wu XY. Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. déc 2020;20(1):1343.
17. Zmuda K, Leszko M, Karasiewicz K. Perceptions and attitudes towards menopause and perceived satisfaction with life. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny* [Internet]. [cité 21 oct 2025];24(1). Disponible sur: <https://www.termedia.pl/Perceptions-and-attitudes-towards-menopause-and-perceived-satisfaction-with-life,4,56008,0,1.html>
18. Liang Y, Ke Y, Liu Y. The associations of physical activity and sedentary behavior with self-rated health in Chinese children and adolescents. *Plos one*. 2024;19(5):e0304693.
19. Gao L, Wang J, Zhang Y, Zhao X, Fu H. Psychological and cultural correlates of illness conception and menopausal symptoms: a cross-sectional and longitudinal comparative study of Mosuo, Yi, and Han women. *Front Psychiatry*. 2025;16:1496889.
20. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2007;21(2):261-74.
21. Mohamad Ishak NN, Jamani NA, Mohd Arifin SR, Abdul Hadi A, Abd Aziz KH. Exploring women's perceptions and experiences of menopause among East Coast Malaysian women. *Malays Fam Physician*. 25 mars 2021;16(1):84-92.
22. Panay N, Briggs P, Kovacs G. *Managing the menopause*. Second edition. Cambridge, United Kingdom ; Cambridge University Press; 2020.
23. Ahrenfeldt LJ, Hvidt NC, Kjølner ST, Möller S, Lindahl-Jacobsen R. Religiousness and Diseases in Europe: Findings from SHARE. *J Relig Health*. déc 2019;58(6):1925-37.
24. Čvorović J. The Differential Impact of Religion on Self-Reported Health Among Serbian Roma Women. *J Relig Health*. déc 2019;58(6):2047-64.

25. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, Majd HA. The Relationship between Sexual Function and Body Mass Index in Postmenopausal Women. *Acta Scientific Women's Health* (ISSN: 2582-3205) [Internet]. 2020 [cité 21 oct 2025];2(3). Disponible sur: <https://www.academia.edu/download/83173022/aswh.2020.02.pdf>
26. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, Cyranowski JM, Brown C, Matthews KA. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychological medicine*. 2011;41(9):1879-88.
27. Ensiyeh N, Firoozeh M, Akbar H, Mitra M, Gholamreza S. FACTORS RELATED WITH QUALITY OF LIFE AMONG POSTMENOPAUSAL WOMEN IN ISFAHAN, IRAN, BASED ON BEHAVIORAL ANALYSIS PHASE OF PRECEDE MODEL. 1 janv 2011;7(3):267-77.
28. Rossier C, Soura A, Baya B, Compaoré G, Dabiré B, Dos Santos S, et al. Profile: the Ouagadougou health and demographic surveillance system. *International journal of epidemiology*. 2012;41(3):658-66.
29. Soura AB, Lankoande YB, Sanogo S, Compaore Y, Senderowicz L. Understanding premarital pregnancies among adolescents and young women in Ouagadougou, Burkina Faso. *Cogent social sciences*. 2018;4(1):1514688.
30. M Afolabi DB, N Ezedinachi PE, Arikpo DI, Igri Okon PB, Meremikwu PM, Oparah DS, et al. Self-reported Well-being and Perceived Health Status of Women in Child-Producing Age Living in Rural Communities on the Atlantic Ocean Coast in Southwest Nigeria. *Divers Equal Health Care* [Internet]. 2018 [cité 23 sept 2025];15(2). Disponible sur: <http://diversityhealthcare.imedpub.com/selfreported-wellbeing-and-perceived-health-status-of-women-in-childproducing-age-living-in-rural-communities-on-the-atlantic-ocea.php?aid=22098>
31. Matina SS, Cohen E, Mokwena K, Mendenhall E. Menopause and aging in sub-Saharan Africa: a narrative review. *Climacteric*. 4 mai 2025;28(3):230-41.
32. Madanhire T, Hawley S, Dauya E, Bandason T, Rukuni R, Ferrand RA, et al. Menopausal symptoms by HIV status and association with health-related quality of life among women in Zimbabwe: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 29 juin 2023;23(1):343.
33. Shen TY, Strong C, Yu T. Age at menopause and mortality in Taiwan: A cohort analysis. *Maturitas*. juin 2020;136:42-8.
34. Kojima G, Taniguchi Y, Ogawa K, Aoyama R, Urano T. Age at menopause is negatively associated with frailty: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. nov 2022;165:94-9.

35. Osman YM, El-Kest HRA, Awad Alanazi M, Shaban M. I'm still quite young: women's lived experience of precocious or premature menopause: a qualitative study among Egyptian women. *BMC Nurs* [Internet]. 28 mai 2025 [cité 8 janv 2026];24(1):612. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03133-6>
36. Hamplová D, Klusáček J, Mráček T. Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *PLoS One*. 2022;17(4):e0267115.
37. Luo J, Qu Z, Rockett I, Zhang X. Employment status and self-rated health in north-western China. *Public Health*. 1 mars 2010;124(3):174-9.
38. Popham F, Gray L, Bamba C. Employment status and the prevalence of poor self-rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004. *BMJ Open*. 2012;2(6):e001342.
39. Sulemana I, Anarfo EB, Doabil L. Unemployment and self-rated health in Ghana: are there gender differences? *International Journal of Social Economics*. 25 sept 2019;46(9):1155-70.
40. Duboz P, Boëtsch G, Gueye L, Macia E. Self-rated health in Senegal: A comparison between urban and rural areas. Van Wouwe JP, éditeur. *PLoS ONE*. 8 sept 2017;12(9):e0184416.
41. Sloka B, Angena A. Do Health Self-Evaluations in Urban and Rural Areas in Latvia Differ? *HSSL*. 20 déc 2022;30(1, 2):143-9.
42. Soura AB, Mberu B, Elungata P, Lankoande B, Millogo R, Beguy D, et al. Understanding Inequities in Child Vaccination Rates among the Urban Poor: Evidence from Nairobi and Ouagadougou Health and Demographic Surveillance Systems. *J Urban Health*. févr 2015;92(1):39-54.