



HAL
open science

Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine sur la ménopause en 2009-2010

Caroline Valentin

► **To cite this version:**

Caroline Valentin. Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine sur la ménopause en 2009-2010. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733140

HAL Id: hal-01733140

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733140v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour l'obtention du diplôme d'État de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 29 septembre 2011

par

Caroline VALENTIN

**Analyse de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine
sur la ménopause en 2009-2010.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur JUDLIN

Président

M. le Professeur BENE

M. le Professeur KLEIN

M. le Docteur REMY

} Juges

Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques
BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-
Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre
DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri
LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE -
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN -
Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU –
Jacques POUREL Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel
SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeuse Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD

Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT -

Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Je vous suis particulièrement reconnaissante d'avoir accepté de suivre et soutenir ce travail.

Votre regard et vos conseils sur ce sujet de thèse m'ont été très précieux, ainsi que vos enseignements lors du DIU de Gynécologie-Obstétrique.

Je vous prie de voir dans ce modeste travail toute l'expression de mon profond respect et de mon immense gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Professeur Marie-Christine BENE

Chevalier des Palmes Académiques.
Professeur d'immunologie biologique

Je vous suis reconnaissante pour votre implication et votre disponibilité.

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver ici, le témoignage de mon profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Je garde un excellent souvenir de mon stage d'externat à vos côtés.

Votre participation à ce jury de thèse est pour moi un très grand honneur.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse et profonde gratitude.

À NOTRE DIRECTEUR ET JUGE

Monsieur le Docteur Philippe REMY

Médecin Généraliste.

A vous qui m'avez enseigné mon métier. Je souhaite vivement que ma pratique reste imprégnée de votre humanité et de votre engagement. Votre sérieux, vos sens des responsabilités et votre façon de pratiquer la médecine sont, pour moi, des modèles à suivre.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

Au **Docteur Cédric BERBÉ**, dont l'intérêt pour le thème de cette thèse m'a encouragé et qui a su me conseiller, m'orienter et m'épauler pour mener à bien ce travail.

Au **Docteur EMPEREUR** et son interne **Margaux CREUTZ** - qui, grâce à leurs précieuses compétences et leurs dévouements, ont rendu exploitables les données de cette étude.

Aux **Docteur Marie-José QUINTIN** et **Docteur Marc LESTRAT**, pour l'ambition qu'ils ont fait naître en moi et le modèle qu'ils ont représenté.

A mes parents.

Votre soutien et vos encouragements permanents ont été pour moi une force extraordinaire.
Vous m'avez permis d'être ce que je suis ; sans vous, rien n'aurait été possible.
Je vous dédie ce travail.

A Thibault,

Tu as su me soutenir et me supporter tout au long de ces études.
Merci pour ta patience, ta confiance et ton amour.

A ma sœur Hélène et à mon frère Simon, pour votre bienveillance et votre soutien.
J'espère pouvoir partager encore longtemps, Simon, ce goût pour la médecine.

A mes beaux-parents, beaux frères et belles sœurs,

avec un remerciement tout particulier à Anne pour ses conseils avisés et sa relecture.

A tous mes amis avec qui j'ai partagé cette aventure (et bien d'autres),

Nanou, O2, Maline, Popo, Marielle, J-B, Sarah, Martin, Thom, Marie, Joseph, Cécile, Guigui, Agathe et tous les autres...

A tous mes autres amis, pour leur soutien et leur tolérance,

Clairette, Marie, Ghislain, Sarah, Joséphine, Sophie, Pilou, Jo, J-P, Anaïs, Max, Chon, Frizou, Nath, Dom et tous les autres...

A mes amies « Erasmus », Hava, Béa et Alex.

A la bandablandan.

A mes collègues et mes maîtres, à toutes les équipes avec qui j'ai pris plaisir à travailler.

A ceux qui ne sont plus.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

ABRÉVIATIONS

AEPM : Audience et Étude de Presse Magazine
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAPI : Computer Assisted Personal Interviewing
DMO : Densité Minérale Osseuse
DS : Déviation Standard
E3N : Étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale
FDR : Facteur De Risque
FRAX : Fracture Risk Assessment Tool
FSH : Hormone Folliculo-Stimulante
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotein
HERS : Heart and Estrogen/progestin Replacement Therapy
HON : Health On the Net
IMC : Indice de Masse Corporel
JAMA : Journal of the American Medical Association
LH : Hormone Lutéïnisante
LDL : Low Density Lipoprotein
MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
MWS : Million Women Study
NHS : National Health Service
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SOFRES : SOciété FRançaisE par Sondage
SERM : Selective Estrogen Receptor Modulator
THM : Traitement Hormonal de la Ménopause
THS : Traitement Hormonal Substitutif
TSH : Thyroïd Stimulating Hormone
VLDL : Very Low Density Lipoprotein
WHI : Women Health Initiative
WHIMS : Women Health Initiative Memory Study

Table des matières

I. Introduction: mises au point	19
I.A. la ménopause et ses troubles	19
I.A.1. Épidémiologie	19
I.A.2. La périménopause	19
I.A.3. Diagnostic de ménopause.....	20
I.A.4. Conséquences à long terme	21
I.B. Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)	23
I.B.1. Principes du THM	23
I.B.1.a. Pré-requis	23
I.B.1.b. Les molécules et doses.....	24
I.B.1.c. Les schémas.....	25
I.B.2. Effets potentiels ou avérés des THM.....	26
I.B.3. Les alternatives thérapeutiques.....	29
I.B.3.a. Les bouffées de chaleur	29
I.B.3.b. L'ostéoporose.....	30
I.B.3.c. Autres.....	32
I.B.4. Les grandes études: historique.....	32
I.B.4.a. Avant la « <i>Women Health Initiative</i> »	32
I.B.4.b. « <i>Women Health Initiative</i> »	33
I.B.4.c. « <i>Million Women Study</i> »	34
I.B.4.d. « <i>Étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale</i> ».....	34
I.B.4.e. « <i>ESTHER</i> ».....	34
I.B.4.f. « <i>MISSION</i> »	35
I.B.4.g. AFSSAPS et recommandations actuelles.....	35
I.B.5. Sujet de controverse: partisans versus opposants	36
I.C Justification de l'étude.....	37
II. Objectifs et méthodes de l'étude	38
II.A. Objectifs	38
II.B. Méthodes	38
II.B. 1. Sélection des revues	38
II.B. 2. Sélection des articles	38
II.B.3. Interprétations des données	39
II.B.3.a. Aspect quantitatif: classements.....	39
II.B.3.b. Grille d'évaluation qualitative des articles.....	39
III. Résultats.....	44
III.A. Les revues et articles retrouvés.....	44
III.A.1. Revues et magazines inclus.....	44
III.A.2. Sélection d'articles	45
III.B. Aspect quantitatif	46
III.B.1. Formes d'articles.....	46
III.B.2. Dates de parution.....	47

III.B.3. Types de revues.....	48
III.B.4. Thèmes.....	48
III.C. Aspect qualitatif	49
III.D. Comparaisons d'articles	50
IV. Discussion	52
IV. A. Originalités de l'étude.....	52
IV.A.1. Débat sur le THM:.....	52
où en est-on dans la presse grand public ?.....	52
IV.A.2. Confusion des informations.....	53
IV.A.3. Biais de l'étude.....	54
IV.A.4. Qualités de l'étude.....	54
IV.B. Garanties de l'information médicale ?	55
IV.B.1. Cadre légal existant : HON code	55
IV.B.2. Subjectivité des articles	56
IV.B.3. Formes et sources d'informations	57
IV.C. Caractéristiques de la vulgarisation médicale	58
IV.C.1. Historique	58
IV.C.2. Les autres moyens de vulgarisation médicale	59
IV.C.3. Les dangers de la vulgarisation	59
IV.C.4. Impact sur la relation médecin/malade.....	61
V. Conclusion	62
Bibliographie.....	63
ANNEXES.....	67

I. Introduction: mises au point

I.A. la ménopause et ses troubles

I.A.1. Épidémiologie

L'espérance de vie de la femme française est actuellement de 84,8 ans et augmente d'année en année; même si depuis 2006, il existe une certaine tendance à son ralentissement ⁽²⁵⁾. Il y a, à ce jour en France, 11 500 000 femmes ménopausées. Une femme de 50 ans, aujourd'hui, va vivre aussi longtemps en état de ménopause que pendant sa période d'activité ovarienne ⁽²⁶⁾.

L'âge moyen de la ménopause est actuellement en Europe environ de 50 ans. Dans un certain nombre de cas, rares (1 à 4% de la population), les règles s'arrêtent avant 40 ans, on parle alors de ménopause précoce. Parfois, la ménopause ne s'installe qu'après 55 ans, il s'agit alors de ménopause tardive ⁽¹¹⁾.

I.A.2. La périménopause

La ménopause est la période qui suit la disparition définitive du cycle menstruel, secondaire à l'épuisement progressif du capital folliculaire ovarien. L'arrêt de sécrétion d'hormones n'est donc pas brutal, il est précédé d'une période de transition que l'on appelle la périménopause.

Durant ce temps, la sécrétion de progestérone diminue, ce qui crée une insuffisance lutéale aboutissant donc à une hyperœstrogénie relative. Celle-ci se manifeste par des perturbations du cycle menstruel (cycles courts ou spanioménorrhée), des métrorragies et/ou ménorragies (par hyperplasie endométriale) ou l'apparition ou aggravation d'un syndrome prémenstruel (prise de poids, mastodynies, troubles psychiques...). Cette période est particulièrement à risque carcinogénétique de part ces désordres hormonaux ⁽¹⁰⁾.

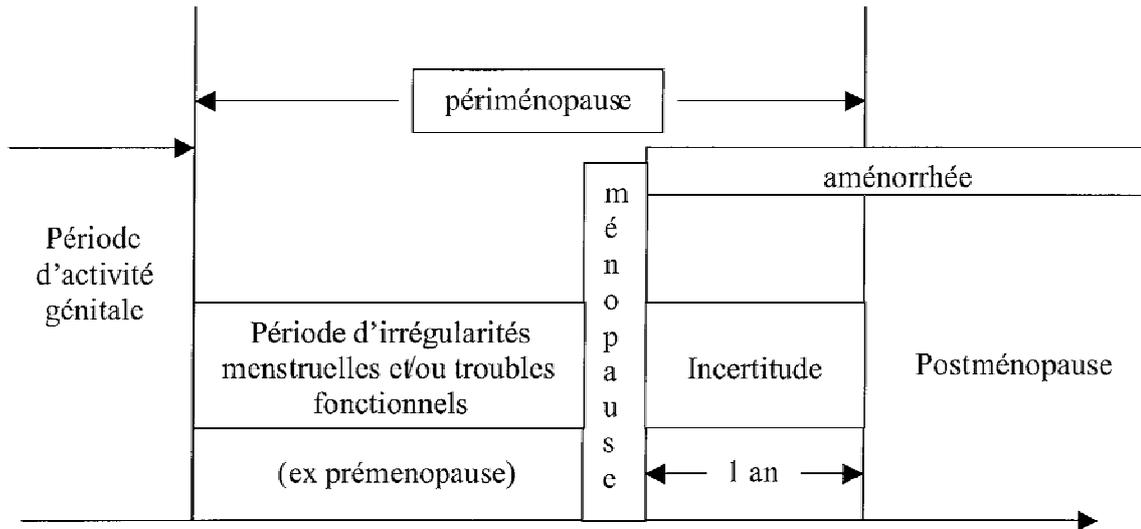


Tableau 1 : Chronologie schématique de la transition ménopausique (14).

I.A.3. Diagnostic de ménopause

Le diagnostic de la ménopause est clinique : elle est affirmée, par convention, après un an d'aménorrhée chez une femme d'âge compatible (11). Elle se manifeste cliniquement par un syndrome climatérique, du fait de la carence œstrogénique (effondrement de la sécrétion ovarienne en 17 β -estradiol).

C'est un phénomène physiologique, parfois chirurgical (ovariectomie bilatérale), iatrogène (radiothérapie, chimiothérapie), ou secondaire à une pathologie auto-immune (ovarite auto-immune).

Le syndrome climatérique peut se caractériser par des bouffées vasomotrices, des troubles neuropsychiques (troubles de l'humeur, irritabilité, dépression, anxiété, asthénie, insomnie), des troubles du sommeil, une prise de poids, des troubles sexuels.

Lorsqu'il n'est pas possible d'attendre un an d'aménorrhée pour porter le diagnostic, un dosage de FSH et estradiolémie peut être réalisé (élévation du taux de FSH et baisse du taux d'œstrogène).

On parle depuis peu, du test prédictif de la ménopause, par le dosage de l'hormone anti-müllérienne, reflet de la réserve en ovules. Il peut être utilisé lorsqu'on suspecte une ménopause précoce. Si le dosage est normal, le déclin ovarien n'a, a priori, pas commencé.

Symptômes	Fréquences(%)
Prise de poids	60
Bouffées de chaleur	55
Fatigue	43
Nervosité	41
Sueurs importantes	39
Céphalées	38
Insomnies	32
Dépressions	30

Tableau 2 : Fréquences des troubles climatériques (International Health Fondation)

I.A.4. Conséquences à long terme ⁽⁹⁾

L'absence de sécrétions des hormones sexuelles (estrogène et progestérone) va entraîner assez rapidement des modifications au niveau des organes qui étaient sous influence de ces hormones :

- La partie postérieure de la vessie et l'urètre étant normalement sous l'influence des estrogènes, ils ont tendance à s'atrophier après la ménopause, de même que le sphincter de l'urètre ; quelques troubles à type de dysurie, pollakiurie, infections urinaires à répétitions, voire incontinence d'effort peuvent être ressentis, éventuellement associés à des troubles de la statique pelvienne (prolapsus).
- Les sécrétions vaginales diminuent, la trophicité vulvo-vaginale est moins bonne et la flore de Döderlein disparaît ; ayant pour conséquences : dyspareunies, troubles de la libido et augmentation de la fréquence des vaginoses.
- On assiste à une involution adipeuse mammaire, avec diminution de la taille et de la pigmentation des mamelons.
- La peau s'amincit, se déshydrate et perd son élasticité.
- Les phanères se fragilisent devant le manque d'hormones et la pilosité tends à être de type androgénique avec une répartition accrue sur la lèvre supérieure et les joues.
- On note une prise de poids avec redistribution des graisses de type androïde.

- Des troubles psychiques, du sommeil et de la mémoire apparaissent; leurs intensités variant d'une femme à l'autre. Dans la majorité des cas, ces symptômes sont d'origine multifactorielle.

Pour d'autres organes qui étaient protégés par les estrogènes, des complications peuvent apparaître à plus long terme :

- Les estrogènes favorisent le HDL-cholestérol aux dépens du LDL-cholestérol, ils ralentissent donc la formation des plaques d'athérome et dilatent les artères. La «protection vasculaire» de la femme disparaît au fur et à mesure que diminue la concentration d'estrogènes. Progressivement, le risque vasculaire des femmes ménopausées rejoint celui des hommes du même âge : la fréquence des maladies coronariennes et des accidents vasculaires augmente.

Véritable problème de santé publique, l'ostéoporose est une complication redoutable de la ménopause. Elle est due à une accélération brutale du processus de déminéralisation osseuse : l'activité ostéoblastique, estrogénosensible, est diminuée, tout comme la synthèse de collagène de type 1 et l'absorption intestinale de calcium; la résorption ostéoclastique est stimulée. L'os trabéculaire (vertèbres, poignet) est touché en premier lieu puis c'est au tour de l'os cortical (fémur). Les risques fracturaires et d'ostéoporose sont majorés (43).

Ménopause : Points Clés

- Âge moyen= 50 ans
- **Un an d'aménorrhée**
- Syndrome climatérique : prise de poids, bouffées de chaleur, fatigue, nervosité, sueurs, céphalées, insomnies, dépression...
- Conséquences : atrophie vulvo-vaginale, prolapsus, incontinence urinaire, amincissement de la peau et des phanères, fréquence des accidents vasculaires augmentée et ostéoporose.
- THM...?

I.B. Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)

I.B.1. Principes du THM

I.B.1.a. Pré-requis

Les deux principales cibles du THM sont :

- À court terme : lutte contre le syndrome climatérique.
- À long terme : prévention de l'ostéoporose.

Le THM est proposé aux femmes pour lesquelles la ménopause provoque une gêne importante. Il est particulièrement indiqué chez les femmes ayant une ménopause précoce et/ou chirurgicale, ou ayant des risques d'ostéoporose ou des bouffées de chaleur gênantes. Il ne doit donc pas être prescrit de façon systématique. Le médecin se doit de donner une information objective à la patiente sur les conséquences de la ménopause, les possibilités thérapeutiques avec leurs risques et leurs avantages. Après avoir éliminé les contre-indications et fait un bilan préthérapeutique (exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun, mammographie), le traitement peut être mis en route, en maintenant une surveillance régulière gynécologique (par examen clinique et mammographies) et biologique. De plus, il paraît opportun de réévaluer annuellement l'intérêt du maintien du traitement, à l'aide d'une fenêtre thérapeutique :

- soit en réduisant progressivement la dose d'estrogène administrée,
- soit en suspendant quelques semaines le traitement ⁽¹¹⁾.

Le THM repose sur l'administration d'estrogènes. Chez la femme non hystérectomisée, cette administration d'estrogènes doit obligatoirement être associée à un traitement progestatif en raison du risque de cancer de l'endomètre induit par les traitements estrogéniques seuls.

Le traitement doit ensuite être adapté en fonction des signes de surdosage (tension mammaire, règles abondantes, nausées, prise de poids avec oedèmes) ou de sous-dosage en estrogène (réapparition du syndrome climatérique).

Le THS (Traitement Hormonal Substitutif) est un ancien terme, légèrement désuet, pour désigner le THM, puisque le traitement n'est plus une substitution simple mais plus justement, un traitement contre la ménopause mal supportée et ses symptômes.

I.B.1.b. Les molécules et doses

Les estrogènes administrés par voie percutanée ou transdermique ont l'avantage théorique d'éviter le premier passage hépatique, ce qui limite l'augmentation des VLDL (Very Low Density Lipoprotein) et donc l'augmentation des triglycérides. Inversement, ces voies d'administration limitent l'augmentation du cholestérol-HDL, qui est surtout observée après administration par voie orale. De même, ces voies d'administration non orales limitent l'augmentation des facteurs de coagulation, ce qui explique peut-être l'absence de survenue d'accidents veineux thrombo-emboliques ⁽¹⁰⁾.

Le 17b-estradiol (molécule de référence en France), contrairement aux autres molécules, peut être administré par voie orale et parentérale (transdermique et percutanée). Il existe en 25, 37,5, 50, 75 et 100 mg. Le spray nasal à l'estradiol, qui était très peu prescrit, n'est plus commercialisé depuis avril 2007. À côté du 17b-estradiol, sont disponibles: son dérivé, le valérate d'estradiol, les estrogènes conjugués équins et l'oestriol ⁽¹⁹⁾.

Chez les femmes non hystérectomisées, il est obligatoire, pour prévenir le cancer de l'endomètre, d'associer un progestatif au moins 12 jours par mois. Leur dosage dépend des différentes molécules et les voies d'administrations sont orale et intra-vaginale.

Les différentes classes de progestatif sont :

- la progestérone ou isomère, la dydrogestérone (Duphaston®),
- les prégnanes et nor-prégnanes : acétate de médroxyprogestérone, acétate de chlormadinone, médrogestone, acétate de médrogestone, promégestone, acétate de cyprotérone,
- la progestérone naturelle (micronisée) (Utrogéstan®)
- les dérivés estranes inclus essentiellement dans des associations estroprogestatives prêtes à l'emploi.

D'autres types de progestatifs existent mais ne sont pas utilisés usuellement pour un THM.

La balance entre les signes d'hypoestrogénie et d'hyperoestrogénie est recherchée, ainsi que la plus faible dose efficace ⁽¹⁹⁾.

Oestrogènes	17-bêta-estradiol:	Gels: Estreva® gel, Oestrodose®, oestrogel®... Patches: Dermestril®, Estraderm®, Oesclim®, Femsept®... 25, 37,5, 50, 75 ou 100 ug patch Voie orale: Estreva®, Estrofem®, Oromone®... 1 ou 2mg cp.
	Œstrogènes conjugués:	Voie orale: Physiogine® 1mg cp.
Progestatifs	Didrogestérone:	Duphaston® 10mg cp. Utrogestan® 100 ou 200 mg caps.
	Progestérone micronisée:	Menaelle® 100mg caps.
	Progestérone:	Lutéran® 2, 5, 10 mg cp.
	Chlormadinone:	Colprone® 5mg cp.
	Médrogestone:	Lutényl® 5mg cp.
	Nomégestrol:	Surgestone® 0,125, 0,25, 0,5 mg cp.
Association oestroprogestative	Estradiol+lévonorgestrel:	Femseptcombi® patch
	17-bêta-estradiol +médroxyprogestérone:	Divina®, Duova® cp.
	17-bêta-estradiol+cyprotérone:	Climène® cp.
	17-bêta- estradiol+noréthistérone:	Trisequens®, Climaston®, Kliogest®...cp.
	17-bêta-estradiol+gestodène:	Climodiène®, Avadène® cp.
	17-bêta-estradiol+drosprénone:	Angeliq® cp.
17-bêta-estradiol+nomégestrol:	Naemis® cp.	

Tableau 3 : Molécules estroprogestatives proposées sur le marché dans le traitement de la ménopause (36).

I.B.1.c. Les schémas

- Protocole séquentiel discontinu, avec « règles » :

On prescrit un estrogène du 1er au 25ème jour du mois et un progestatif au moins 12 jours en 2ème partie de cycle, par exemple, du 14 au 25ème jour. Le THM est ensuite interrompu le reste du mois, c'est là que surviennent les « règles » (hémorragie de privation).

Jours	J1	J12	J25	J30
estrogènes	██			
progestatifs		██		
"Règles"			██	

- Protocole combiné continu, sans « règles » :

L'estrogène est associé à un progestatif à demi dose en continu, sans fenêtre thérapeutique. Ce protocole entraîne fréquemment des métrorragies et conduit à son abandon dans près de la moitié des cas et est plus facile à mettre en œuvre à distance du début de la ménopause.

Jours	J1	J30/31
Estrogènes	██	
Progestatifs	██	

I.B.2. Effets potentiels ou avérés des THM

- Cancer du sein ⁽¹⁸⁾:

Le risque de cancer du sein est corrélé à l'imprégnation estrogénique. Comme le résume la « mise au point du THM » de l'AFSSAPS ⁽¹⁾ de juin 2006, « le THS prolonge l'imprégnation estrogénique naturelle et place la femme traitée à un niveau supérieur à celui d'une femme du même âge non traitée. » L'ensemble des études, à la fois épidémiologiques d'observation ou randomisées, montre des résultats concordants concernant le risque de cancer du sein lié au THM : le Risque Relatif d'un cancer du sein invasif est de 1,24, ce qui signifie que le risque est augmenté d'environ 24% par rapport au risque de base en l'absence de THM, selon l'étude *WHI* ⁽³¹⁾. En revanche, l'effet de la voie d'administration et celui du type de progestatif associé ne sont pas encore clairement établis.

- Cancer de l'endomètre :

L'utilisation d'estrogènes seuls augmente l'hyperplasie de l'endomètre et le risque de cancer. Ce risque augmente avec la durée du traitement. L'association d'un progestatif à l'estrogène diminue le sur-risque en cas d'administration séquentielle et l'annule en cas de traitement continu. Le risque relatif de cancer de l'endomètre lié à la prise d'un THM (variation en fonction du type de produit utilisé et de la durée du traitement) est de 0,81 [0,49-1,36] ⁽⁵⁾.

- Cancer de l'ovaire :

Du fait de leurs discordances, les études ne permettent pas de conclure à une augmentation du risque de cancer des ovaires liée au THM.

- Risque thromboembolique veineux :

Il existe une élévation du risque de maladie veineuse thromboembolique sous THM estroprogestatif, surtout la première année du traitement. Ce risque augmente avec l'âge et pourrait dépendre de la voie d'administration des estrogènes et du type de progestatif : des études récentes confirment les résultats de l'étude ESTHER ⁽⁸⁾ et apportent de nouvelles preuves en faveur de la sécurité d'emploi des estrogènes transdermiques et de la progestérone (exceptés les dérivés norprégnanes). L'utilisation d'un THM chez des patientes présentant des antécédents d'accident thromboembolique veineux ou un état thrombotique connu nécessite une évaluation attentive du rapport bénéfice/risque. Le THM est alors contre-indiqué en cas d'accident thromboembolique veineux en évolution ou d'antécédents thrombo-emboliques récidivants ⁽²⁶⁾.

- Risque cardiovasculaire ⁽³⁸⁾:

Le THM estroprogestatif ou estrogénique seul ne protège pas du risque cérébrovasculaire. Selon l'ANAES ⁽⁵⁾ dans le « Rapport d'orientation » des « Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause » du 11 mai 2004, « il augmente même ce risque, sans que l'on observe de variation notable en fonction de la durée du traitement. » Le même niveau de risque est retrouvé quelque soit la nature du THM.

- Troubles cognitifs ⁽⁶⁾:

Plusieurs études ont pu laisser espérer des effets positifs du THM quant à la prévention des démences. D'ailleurs, des études récentes (Etude Framingham ⁽³⁸⁾ et étude prospective de la Mayo Clinic ⁽³⁹⁾) montrent pour la première fois qu'un arrêt prématuré de la fonction ovarienne est lié à un risque accru de démence et qu'une estrogénothérapie substitutive s'accompagne d'une annulation de ce sur-risque. Le moment de son administration apparaît fondamental: instauré trop tardivement, le THM n'a aucun effet neuro-protecteur et peut même être délétère ⁽¹⁰⁾. Il y a une tendance dans les études récentes, de type études épidémiologiques, à annoncer un facteur protecteur pour un traitement mis en place précocément. Ce sont des résultats qui méritent d'être confirmés par des études prospectives d'intervention. Ainsi, comme le

résume la dernière mise au point de l'AFSSAPS ⁽¹⁾: « il n'y a pas aujourd'hui de données mettant en évidence un effet protecteur des THM sur les troubles cognitifs ».

- Troubles climatériques :

L'efficacité du THM sur les troubles vasomoteurs du climatère est solidement établie par des essais randomisés : il est en effet prouvé que les bouffées de chaleur sont moins fréquentes et moins sévères sous THM. Il améliore aussi la sécheresse vaginale et les troubles de la sexualité. L'AFSSAPS a confirmé en décembre 2003 l'indication du THM dans les troubles du climatère. Tous les types d'estrogènes sont considérés d'efficacité équivalente dans le traitement des bouffées de chaleur. Pour la sécheresse vaginale, les traitements locaux, sous forme de crème, anneaux vaginaux et d'ovules sont également efficaces. Il existe un effet dose-dépendant.

- Cancer colorectal :

Le THM estroprogestatif a un rôle protecteur vis-à-vis du cancer colorectal, qui semble plus marqué pour le cancer du colon que celui du rectum ; effet par ailleurs discuté en ce qui concerne les estrogènes seuls. En revanche, les cancers semblent être plus avancés au diagnostic.

- Ostéoporose :

La perte osseuse, qui est associée à un risque fracturaire, est rapide la première année de la ménopause. Le THM permet de prévenir cette perte osseuse et l'effet est dose-dépendant. En prévention primaire du risque fracturaire (vertèbres, poignets, hanches) chez la femme ménopausée, le THM est le seul traitement dont l'effet est démontré ; mais l'effet protecteur anti-fracturaire après l'arrêt du traitement ne semble pas persister plus de quelques années. Aucune étude de qualité suffisante n'existe concernant l'effet du THM dans l'ostéoporose avérée, fracturaire ou non.

Hypothèses : 30% de femmes exposées dont : 80% d'oestroprogestatifs 20% d'oestrogènes seuls	Nombre de cas attendu en l'absence de THS (pour 100 000 femmes/an)	Nombre de cas en excès ou évités (pour 100 000 femmes traitées par THS/an) <i>(E</i>stroprogestatifs	Nombre de cas en excès ou évités (pour 100 000 femmes traitées par THS/an) <i>(E</i>strogènes seuls
Cancers* :			
Cancer du sein	268 [251 ; 283]	+64 [3 ; 136]	0
Cancer de l'endomètre	23 [23 ; 24]	0	(+42) [31 ; 57] [§]
Cancer du côlon	57 [53 ; 60]	-22 [-35 ; -7]	0
Effets cardio-vasculaires :			
Infarctus du myocarde**	69 [65 ; 73]	+17 [0 ; 35]	0
Accident vasculaire cérébral**	83 [75 ; 90]	+26 [2 ; 51]	+32 [9 ; 58]
Maladie thrombo-embolique veineuse***	159 [138 ; 180]	+177 [104 ; 251]	+52 [-2 ; 109]
Effets sur les fractures*** :			
Fracture du col [†]	36 [33 ; 38]	-12 [-20 ; -1]	-14 [-23 ; -3]
Tassement des vertèbres	108 [98 ; 115]	-38 [-62 ; -8]	-41 [-67 ; -7]
Fracture des poignets [†]	480 [459 ; 500]	-139 [-205 ; -69]	-139 [-205 ; -69]

Tableau 4 : Effets potentiels ou avérés des traitements en fonction du type de THM (1).

I.B.3. Les alternatives thérapeutiques

I.B.3.a. Les bouffées de chaleur

La Tibolone (Livial®) est un stéroïde de la famille des dérivés 19-NORtestostérone et a des propriétés estrogéniques, progestatives et androgéniques. En France, ce médicament a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en mai 2000, exclusivement pour le traitement des troubles climatiques chez les femmes ménopausées depuis plus d'un an. A ce titre, elle n'a d'indication ni dans la prévention ni dans le traitement de l'ostéoporose. Toutefois, dans d'autres états de l'Europe, ce médicament dispose d'une indication dans la prévention de l'ostéoporose. L'essai clinique LIFT engagé en 2001 (2), destiné à évaluer l'efficacité de la tibolone dans la réduction de nouvelles fractures vertébrales, avait été arrêté. Il montrait une réduction de 50% du risque de fracture vertébrale mais mettait également en évidence une augmentation significative du risque d'accident vasculaire cérébral. Les données concernant le sein, encore expérimentales, ne permettent pas d'établir une preuve suffisante pour le proposer aux femmes atteintes de cancer du sein. Les contre-indications de ce médicament sont d'ailleurs superposables à celles du THM (2).

- La B-Alanine (Abufène®) est le seul produit non hormonal ayant l'AMM pour le traitement des bouffées de chaleur. C'est un acide aminé agissant sur les phénomènes de vasodilatation périphérique qui n'a ni contre-indications, ni effets secondaires et peut être employé sans limitation de durée. Cependant son efficacité est inconstante, très variable et imprévisible d'une femme à l'autre.
- Les phytoestrogènes sont des substances d'origine végétale à base de soja ou de trèfle, qui ont une très faible action estrogénique. Ils ont le statut de compléments alimentaires et sont mis sur le marché sans avoir à se soumettre à la très rigoureuse AMM des médicaments. Aucune étude de qualité satisfaisante n'a évalué l'effet de la prise régulière d'extraits de phytoestrogènes (isoflavones) sur les bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées. Selon un essai de bonne qualité méthodologique, les extraits de trèfle ne sont pas plus efficaces qu'un placebo. La consommation alimentaire de soja ne présente pas de danger identifié. Par contre, on ne sait pratiquement rien des risques que fait courir aux patientes la consommation au long cours de phytoestrogènes, notamment au niveau mammaire. Pour atténuer les bouffées de chaleur, le recours aux phytoestrogènes de soja est tentant, au cas par cas et pour une courte durée, lorsqu'une thérapeutique efficace est refusée ou contre-indiquée. Mais la réglementation actuelle ne permet pas d'avoir de garantie sur la composition et les conditions de fabrication des produits vendus ici ou là (27).
- Le Véralipride (Agréal®) n'a plus l'AMM et a été retiré du marché en 2007.

I.B.3.b. L'ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse conduisant à une augmentation du risque de fracture. Une fracture ostéoporotique est une fracture survenant spontanément ou pour un traumatisme de faible énergie, typiquement au niveau des vertèbres, de l'extrémité supérieure du fémur ou encore de l'extrémité distale de l'avant-bras. La définition densitométrique OMS de l'ostéoporose s'appuie sur le T-score : on parle d'ostéoporose lorsque le T-score est inférieur à -2,5 DS et d'ostéopénie lorsqu'il est inférieur à -1 DS (42).

Une stratégie de décision est proposée en fonction de l'âge, de l'existence de fracture par fragilité, de la densitométrie et des facteurs de risque de fracture comprenant:

- antécédent personnel de fracture par fragilité,
- âge supérieur à 60 ans,
- antécédent de corticothérapie systématique (>7,5 mg d'équivalent prednisone pendant au moins 3 mois),
- antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au 1er degré,

- IMC inférieur à 19,
- ménopause précoce (<40 ans),
- tabagisme,
- alcoolisme,
- troubles neuromusculaires et orthopédiques (41).

L'outil informatique FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) a été développé pour évaluer les risques de fracture : il donne immédiatement une probabilité de fracture ostéoporotique sur 10 ans. Le FRAX représente une aide à la décision thérapeutique mais celle-ci reste toujours individualisée (34).

D'un point de vue pratique, on peut considérer qu'il n'y a pas de véritable concurrence entre le THM et les traitements proposés dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique mais plutôt une complémentarité dans le temps. De plus, chaque classe a ses indications.

- Le Raloxifène (Evista®, Optruma®), modulateur sélectif des récepteurs aux estrogènes (SERM), est indiqué en prévention et en traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. Une réduction significative de l'incidence des fractures vertébrales, mais non de la hanche, a été démontrée (étude MORE). Il augmente le risque thromboembolique et n'a aucun effet sur le syndrome climatérique. Il est contre-indiqué chez les femmes en âge de procréer, en cas de saignements génitaux et évidemment de thromboses évolutives ou antécédent de thrombose.
- Les Biphosphonates (Actonel®, Fosamax®, Didronel®...) sont les traitements de choix en prévention et en traitement de l'ostéoporose chez les femmes plus âgées. Associé à un apport en calcium et vitamine D suffisant, le médicament doit être avalé à distance des repas, avec une grande quantité d'eau et en position assise pendant 30 minutes, pour réduire les risques d'effets indésirables bien connus d'ulcère gastrique ou intestinal, d'oesophagite, érosion et sténose. De plus, le risque d'ostéonécrose de la mâchoire n'est pas nul.
- Le Ranélate de strontium (Protelos®) n'a pas d'intérêt démontré en prévention primaire des fractures. Chez les femmes ménopausées qui ont une ostéoporose sévère, il a un effet modeste mais prouvé en prévention des récurrences des fractures vertébrales (41).
- La supplémentation vitamino-calcique n'a pas d'efficacité prouvée en prévention primaire des fractures chez les femmes ménopausées. Les essais ayant évalué les effets sur le risque de fracture, sont contradictoires. Un apport alimentaire en calcium adéquat et une exposition solaire adaptée sont des mesures non pharmacologiques de base pour la prévention de l'ostéoporose (34).

I.B.3.c. Autres

- L'homéopathie, de plus en plus couramment utilisée pour tous les symptômes de la ménopause, n'a toujours pas prouvé son efficacité.
- La mesure de prévention de l'ostéoporose ayant le plus grand niveau de preuve est l'activité physique. Son efficacité reste de très loin en première position en terme de prévention primaire comme secondaire. L'hygiène de vie devrait être le premier point à aborder avec toute femme ménopausée tant son importance est grande. On insistera sur les règles hygiéno-diététiques : sur le plan alimentaire en limitant les apports caloriques, en augmentant les apports d'anti-oxydants, en ayant une consommation en calcium et vitamine D et une exposition solaire suffisantes, ainsi que sur l'exclusion du tabac et de l'alcool⁽¹¹⁾.

I.B.4. Les grandes études: historique

I.B.4.a. Avant la « *Women Health Initiative* » (29)

Les écrits des Hébreux, Grecs et Romains faisaient déjà mention de la ménopause comme la cessation des règles. Mais ce n'est qu'en 1923 que le terme de ménopause devint officiel en apparaissant dans le dictionnaire universel de la langue française pour désigner « la cessation des règles - temps critique des femmes ».

La première utilisation des hormones ovariennes pour guérir des troubles gynécologiques a eu lieu à Berlin en 1898 : des extraits d'ovaires frais de vache furent prescrits à des femmes qui, ayant subi une ovariectomie, souffraient de bouffées de chaleur. L'ère de l'organothérapie était ouverte : le XXème siècle fut rythmé par la découverte des hormones et de leurs fonctions et, sur les liens entre hormonothérapie, cancer, ostéoporose et maladies cardiaques.

À partir de 1963, le THM prit son essor. À l'origine de son succès, un livre : *Feminine for ever*, publié par un médecin américain, Robert Wilson, qui parlait alors du THM comme d'une véritable fontaine de jouvence : « au lieu d'être condamnées à être les spectatrices impuissantes de la mort de leur féminité, elles resteront femmes, physiquement et émotionnellement, tant qu'elles vivront », tout en affirmant que les estrogènes, loin de donner le cancer, le préviennent. Les ventes de THM quadruplent entre 1962 et 1975.

En 1975, deux articles distincts publiés dans le même journal, le *New England Journal of Medicine*, font état du risque significatif d'augmentation du cancer de l'endomètre. On découvre alors qu'en ajoutant de la progestérone dans le protocole de traitement, on parvient à protéger les femmes contre le cancer de l'endomètre.

Tout au long des années 1980, les prescriptions de THM n'ont cessé d'augmenter sous l'impulsion pharmaceutique qui multiplie les produits et les présentations. Mais aucun des effets que l'on conférait au THM n'était réellement prouvé.

Ce n'est qu'en 1990 qu'ont commencé à paraître les résultats des premières études d'envergure dont les questions étaient : le THM protège-t-il des maladies cardiovasculaires? Augmente-t-il le risque de cancer du sein ? Réduit-il durablement celui de fracture chez la femme ménopausée? Permet-il de lutter contre la maladie d'Alzheimer ? Améliore-t-il la qualité de la vie ? A-t-il un impact sur la mortalité ? Plus d'une dizaine de grandes études ont été publiées entre 1990 et 2000 sur le traitement hormonal. Au total, on peut dire qu'avant la publication de la *WHI* ⁽⁴⁴⁾, on sait déjà que le traitement hormonal augmente le risque de cancer du sein, de thrombose veineuse, peut-être d'AVC. En revanche, il y a des doutes sur les bénéfices cardiovasculaires, et un consensus sur l'effet protecteur vis-à-vis de l'ostéoporose émet l'idée que cet effet pourrait être suspensif quelques années après l'arrêt du traitement.

I.B.4.b. « *Women Health Initiative* » (44)

L'étude américaine intitulée *WHI (Women Health Initiative)*, lancée en 1997, regroupe plus de 60000 femmes ménopausées non hystérectomisées âgées de 50 à 79 ans. Plusieurs « bras » composent cette étude randomisée: le premier comprend plus de 16000 femmes et se base sur le traitement associant estrogène conjugué équin et acétate de médroxyprogestérone, versus placebo ; le second est estrogénique pur avec près de 11000 femmes. Un troisième bras vise à évaluer l'impact d'un régime alimentaire pauvre en graisse et riche en fibres sur l'incidence du cancer du sein et du colon. Puis, le quatrième évalue l'effet d'un apport en vitamine D et calcium sur la survenue des fractures.

Le 7 juillet 2002, la partie estroprogestative de l'étude est interrompue après une durée moyenne de 5,2 ans (au lieu de huit ans et demi) en raison d'une balance bénéfique/risque trop négative : les risques cardio-vasculaire, thromboembolique, et de cancer du sein sont augmentés dans le groupe de femmes traitées. De plus, l'étude suggère une augmentation du risque de démence. En revanche, pour la première fois, le bénéfice du THM dans la prévention du risque de fracture ostéoporotique, particulièrement celle du col fémoral, est confirmée de façon indiscutable. Cette étude est publiée le 17 juillet 2002 dans le *Journal of the Medical Association (JAMA)*.

En avril 2004, c'est au tour du bras estrogénique d'être brutalement arrêté : il conclut à une augmentation du risque d'AVC, sans sur-risque de maladies coronariennes ni de cancer du sein ⁽³¹⁾. Les résultats seront confirmés par la suite par les études *MWS* et *HERS*.

Du point de vue français, il est manifeste que cette étude comporte des biais, puisque l'étude incluait 30% de femmes obèses (IMC>30), que les femmes américaines ont un mode de vie différent du nôtre, que 26% d'entre elles avaient déjà pris un THM

antérieurement et que surtout, les molécules du THM utilisées dans l'étude *WHI* ne sont pas les mêmes que celles utilisées en France.

I.B.4.c. « *Million Women Study* » (45)

Quant à l'étude anglaise « *Million Women Study* » de 2003, ses résultats sont voisins de ceux de la *WHI*. Elle inclut 1 084 110 femmes anglaises entre 50 et 64 ans et conclut à un risque relatif égal à 2 concernant le cancer du sein pour une association estrogène-progestérone et un risque relatif à 1,3 pour la prise d'estrogène seul. De plus, elle démontre un risque augmenté avec la durée du traitement, risque qui disparaît à l'arrêt du traitement. Cependant, la méthodologie de cette étude est hasardeuse : les femmes ont été recrutées dans des centres de mammographies, il était donc probable que ces femmes soient plus à risque qu'une population moyenne, et devaient remplir des questionnaires de santé, faisant appel à leur souvenir quant à la prise de THM. Par ailleurs, les traitements utilisés au Royaume-Uni ne sont pas superposables à ceux utilisés en France, les progestatifs étant surtout androgéniques.

I.B.4.d. « *Étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale* » (17)

Les résultats d'une étude française nommée *E3N* (« *Étude Épidémiologique de l'Éducation Nationale* ») commencent à être publiés en 2004. Il s'agit d'une étude observationnelle débutée en 1990, menée auprès de 69 647 femmes françaises de la MGEN ménopausées, nées entre 1925 et 1950, n'ayant jamais reçu de THM jusqu'à un an avant leur inclusion dans la cohorte (étude prospective). Les résultats révèlent une augmentation du risque de cancer du sein pour les THM combinés avec progestatif de synthèse, qui semble moins marquée pour l'utilisation de dydrogestérone. En revanche, il n'y a pas d'augmentation de cancer du sein pour l'utilisation d'estrogène transdermique et de progestérone naturelle micronisée, et une augmentation minime du risque pour les estrogènes seuls. L'étude *E3N* suggère pour la première fois le rôle des progestatifs dans le sur-risque de cancer du sein alors que, jusqu'ici, les estrogènes utilisés seuls étaient incriminés et que les progestatifs étaient utilisés comme protecteur de la glande mammaire.

I.B.4.e. « *ESTHER* » (8)

L'étude *ESTHER* est une étude cas-témoin qui évalue le risque thromboembolique veineux en fonction de la voie d'administration des estrogènes et du type de progestatif en incluant des femmes françaises de 45 à 70 ans ayant déjà eu un épisode d'accident thromboembolique veineux idiopathique. Elle conclut à une absence d'augmentation de

ce risque pour l'utilisation d'estrogène par voie cutanée seul ou en association avec une progestérone micronisée ou dérivé pregnane. Elle confirme par ailleurs l'augmentation du risque thromboembolique veineux chez les femmes recevant un THM avec un estrogène par voie orale.

I.B.4.f. "MISSION" (12)

La grande étude nationale *MISSION* (Ménopause: rISque de cancer du Sein, mOrbidité et prévaleNce) conduite par la FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale) est menée chez plus de 6600 femmes ménopausées françaises. L'objectif principal est de déterminer la prévalence puis l'incidence du cancer du sein chez des femmes suivies par un gynécologue, selon qu'elles reçoivent ou non un THM à la française. À l'issu du suivi prospectif de cette cohorte de janvier 2004 à juin 2006, il n'existe pas de sur-risque de cancer du sein chez les femmes exposées au "THM à la française" (8,31 ans en moyenne) par rapport aux femmes non exposées.

I.B.4.g. AFSSAPS (1) et recommandations actuelles

Depuis, l'AFSSAPS a publié en juin 2006 son « *Point d'étape* » et conclut qu'aucune donnée issue d'essais randomisés ne permet de savoir si les risques associés au THM sont influencés ou non par : le type d'estrogène, le type de progestatif, la voie d'administration de l'estrogène ou les modalités d'utilisation du progestatif (séquentielle ou continue). Elle réaccorde néanmoins une place au THM dans la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées de 50 à 60 ans présentant des troubles climatériques, un risque d'ostéoporose, mais non fracturées.

Les recommandations actuelles peuvent être exprimées de façon pratique en 8 points :

1. Le THM ne doit pas être prescrit ou renouvelé de façon systématique.
2. Le THM n'est pas recommandé chez les femmes qui n'ont pas de symptômes.
3. Le THM peut être prescrit en cas de troubles climatériques gênants, en particulier les bouffées de chaleur retentissant sur la qualité de vie.
4. La patiente traitée doit être informée et volontaire.
5. Le THM doit être prescrit ou renouvelé à la dose minimale efficace.
6. La durée du traitement doit être la plus courte possible et limitée à la durée des troubles gênants.
7. Il faut réévaluer régulièrement, au moins chaque année, l'intérêt de la poursuite du traitement.

8. Chez la femme ménopausée entre 50 et 60 ans, sans fracture et présentant des troubles climatériques, le THM peut être indiqué en prévention de la perte osseuse post-ménopausique quand l'ostéodensitométrie témoigne d'une ostéopénie ou d'une ostéoporose.

I.B.5. Sujet de controverse: partisans versus opposants

Les partisans du THM soulignent les limites de l'étude prospective *WHI*. L'âge moyen des femmes incluses était de 63 ans, donc trop élevé, avec une pathologie médicale présente trop fréquente. Le progestatif utilisé, l'acétate de medroxyprogestérone, est connu comme le moins favorable pour la prévention de l'athérosclérose. La voie orale du THM augmente le risque thromboembolique. Les partisans ont donc rappelé que la *WHI* avait été présentée dans la presse, essentiellement avec ses risques sans rappeler les bénéfiques (prévention primaire de l'ostéoporose, prévention des fractures, diminution de cancer du colon) et que l'intérêt du THM à la « Française » fondé sur l'administration transdermique ou percutanée du 17B-estradiol associé à la progestérone ou à son isomère n'a pas été assez souligné (étude *E3N*). De plus, les études post-hoc issues de la *WHI* (40), analyses plus poussées de la *WHI* avec notamment l'évaluation des risques par tranche d'âge, soulignent l'intérêt du THM en début de ménopause pour les femmes de 50 à 60 ans: ils mettent en exergue le concept de « fenêtre d'intervention ». La ré-analyse de l'étude *WHI* fait alors pencher la balance de façon évidente du côté des bénéfiques.

Les opposants rappellent que seules les études prospectives, randomisées en double aveugle contre placebo sont dignes d'être retenues pour l'analyse scientifique. De plus, les effets délétères (risque de cancer du sein, risque thromboembolique, d'AVC et de démence) ne sont pas contrebalancés par les effets bénéfiques pour une population de femmes ménopausées en bonne santé. D'autre part, les leaders d'opinion intervenant sur le sujet sont presque tous experts auprès de l'industrie pharmaceutique et, à ce titre, ils ont des conflits d'intérêt pas toujours rappelés dans leurs publications (28).

Certains limitent les conclusions pour l'utilisation des THM à partir des seules études *WHI* et *MWS*. Pourtant, les études françaises (cas-témoins et de cohortes) ont souligné l'intérêt de l'administration non orale de l'estradiol mais ces études n'étant pas prospectives randomisées, il est difficile de les intégrer, au même titre, dans le calcul du risque du THM (37).

I.C Justification de l'étude

Les huit dernières années ont été marquées par la polémique concernant le THM. Longtemps encensé, aujourd'hui décrié, le THM reste le traitement le plus efficace pour corriger les troubles fonctionnels de la ménopause, mais il expose à des effets adverses. Depuis la publication des résultats des grands essais randomisés montrant une balance bénéfice/risque du THM peu favorable à long terme, de nombreuses questions se posent sur la possibilité d'extrapolation de ces résultats à d'autres populations et à d'autres types de thérapeutiques hormonales. La publication des études *WHI* et *MWS* créa un véritable séisme dans le monde de la médecine générale, de la gynécologie et surtout des patientes qui ne savaient plus à qui faire confiance. D'après une enquête réalisée par la Sofres en avril 2004, 25,5% des femmes ménopausées âgées de 45 à 70 ans prenaient un THM en décembre 2003. Entre février 2004 et février 2005, les ventes de THM ont chuté de 35%⁽²²⁾.

Une déferlante médiatique a suivi la publication de ces études. La presse féminine critiquait le "tout-hormone", si longtemps vanté par l'univers médical ⁽⁴¹⁾. Par la suite, la publication des études françaises plonge les femmes dans un profond désarroi: permettent-elles donc d'exclure un quelconque risque?

À ce jour, nous avons eu le ressenti, en consultations à la maternité régionale ou en cabinet de médecine générale, que beaucoup de femmes exposent de fausses idées ou des idées reçues concernant les traitements hormonaux et la ménopause en général. Il nous a paru alors important d'explorer l'information que reçoit une femme à l'heure actuelle sur la ménopause et les THM. L'information donnée à travers la presse magazine nous a semblé être un des meilleurs moyens représentatifs puisque 48,2 millions de français, soit 96,2 % de la population française, lisent au moins un magazine chaque mois et plus d'un français sur deux (54% de la population âgée de 15 ans et plus) la lit quotidiennement ⁽⁷⁾. L'étude évaluant la qualité de l'information donnée aux femmes à travers la presse magazine, en 2009-2010, concernant la ménopause, est lancée.

II. Objectifs et méthodes de l'étude

II.A. Objectifs

L'objectif principal est de recenser, dans la presse magazine grand public francophone, les articles traitant de la ménopause.

L'objectif secondaire est d'analyser, de façon qualitative, les articles récoltés de presse magazine traitant de la ménopause destinées aux femmes.

II.B. Méthodes

Il s'agissait donc d'analyser l'information donnée aux femmes sur la ménopause et ses traitements à travers la presse magazine à destination du grand public.

II.B. 1. Sélection des revues

Les revues retenues pour l'analyse sont celles comptant plus de 500 000 lectrices et étant parues de janvier 2009 à décembre 2010.

Les statistiques (audience) utilisées pour répondre à ces critères de sélection sont ceux d'Audipresse.

Audipresse, est une société chargée de la mesure d'audience de la presse. C'est la société d'étude interprofessionnelle de la presse créée en 2007 par toutes les grandes familles de presse (presse magazine, presse quotidienne nationale, presse quotidienne régionale, presse quotidienne urbaine gratuite, presse gratuite d'information, presse hebdomadaire régionale). L'AEPM (Audiences Études sur la Presse Magazine) est réalisée en face à face avec double CAPI (23 933 interviews) et mesure l'audience de 158 titres grands publics de la presse magazine (hebdomadaires, bimensuels, mensuels, bimestriels et trimestriels) (Annexes 1, 2 et 3) (7).

II.B. 2. Sélection des articles

Les rédactions des revues sélectionnées sont contactées à la recherche d'articles répondant à la définition : « articles publiés entre janvier 2009 et décembre 2010 inclus sur le sujet de la ménopause », quelque soit la façon dont le sujet est traité dans un premier temps.

Par ailleurs, une recherche directe via les sommaires/index des revues concernées et via la consultation directe des archives (notamment grâce aux bibliothèques et médiathèques) complète la recherche.

Enfin, une recherche à travers les sites internet des revues est également entreprise.

II.B.3. Interprétations des données

II.B.3.a. Aspect quantitatif: classements.

Tout d'abord une étude descriptive des revues sélectionnées et des articles retrouvés a été envisagée. Les critères descriptifs sélectionnés ont été les suivants: la date de parution, le type de revue, la forme de l'article, le thème et les sous-thèmes.

Les différents types de revues définis ont été: presse féminine, presse d'actualité, presse santé et autres.

Les différentes formes d'articles définies ont été :

- les dossiers, composés d'un ensemble d'articles différents et parfois même d'auteurs différents, présentés sur plusieurs pages et faisant l'objet d'un titre spécial en couverture.

- des articles de fond, exposant sur, au minimum, une demi page, un thème particulier.

- des informations ponctuelles, occupant moins d'une demi page et s'intéressant ou faisant un rappel sur un point en particulier.

- des courriers, de lectrice en général.

La méthode d'analyse a été validée par le Service d'Épidémiologie de l'Ecole de Santé publique de la faculté de médecine de Nancy.

II.B.3.b. Grille d'évaluation qualitative des articles

Après l'analyse descriptive, une analyse qualitative a été envisagée. Il a été décidé d'analyser chaque article à l'aide d'un même outil: une grille de lecture. Aucune grille d'évaluation n'existait encore pour l'information de la presse grand public. En revanche,

de multiples travaux existent à propos de l'analyse de la qualité des informations données par les sites internet de santé ⁽¹⁵⁾ ⁽²⁰⁾.

En particulier, l'HAS publie en mai 2007 un document intitulé: "Évaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur internet."⁽²³⁾ Il s'agit d'une revue de littérature des outils d'évaluation. Un modèle cohérent avec l'analyse de la presse papier est retenu parmi les différentes grilles de lecture existantes: il s'agit de la grille *Discern*.

Discern a été développé par un groupe multidisciplinaire comportant des cliniciens spécialistes, des représentants de groupe de soutien, des médecins généralistes, des experts en information en santé destinée à l'utilisateur, des professionnels de l'édition scientifique, des journalistes spécialisés dans le domaine de la santé, des usagers du système de santé, des représentants du Community Health Council, du Plain English Campaign, du NHS Center for Reviews et dissemination Representative. Son objectif est d'aider les usagers et les fournisseurs d'informations en santé à évaluer la qualité de l'information écrite dans le domaine de la santé concernant les traitements et les alternatives thérapeutiques.

Elle est divisée en trois parties. La première partie concerne la crédibilité de la publication (clarté des objectifs, référencement des sources, datation des informations...). La deuxième a trait à l'information donnée concernant les traitements et les alternatives thérapeutiques (bénéfices et risques des traitements décrits ? outils d'aide à la décision donnés ? explication concernant évolution naturelle ?...). Enfin, la dernière partie évalue globalement la publication en la notant.

Les patients et les fournisseurs d'information en santé sont les utilisateurs cibles. Les professionnels de santé peuvent toutefois l'utiliser pour améliorer la communication avec le patient et la prise de décision ⁽²³⁾.

Quelques transformations sont toutefois nécessaires afin d'adapter cette grille à notre objectif. Chaque article sera coté sur 30 points, remplissant 6 items, chacun noté sur 5 points. Elle prendra en compte particulièrement les objectifs de l'article, sa pertinence, les sources de l'information donnée et leurs dates ainsi que la lisibilité globale de l'article.

Grille d'évaluation de la qualité des articles de presse concernant la ménopause,
sur 30 points.

1. Les objectifs sont-ils clairs ?

Non	Partiellement			oui
1	2	3	4	5

Conseil : regardez si les indications situées au début de l'article sont claires concernant les points suivants :

– Quel est le sujet ?

– Quelles en sont les limites et quels sont les sujets exclus ?

– Qui pourrait trouver ce sujet utile ?

Si la réponse à la question 1 est non, passez directement à la question 3

2. La publication est-elle pertinente ?

Non	Partiellement			oui
1	2	3	4	5

Conseil : évaluez si :

– la publication traite d'une question susceptible d'être posée par le lecteur

– les recommandations ou suggestions concernant le choix d'un traitement sont réalistes et appropriées

3. Est-ce que les sources de l'information utilisées pour rédiger la publication sont clairement précisées? (pas simplement l'auteur et l'éditeur)

Non	Partiellement			oui
1	2	3	4	5

Conseil :

– Vérifiez si l'option thérapeutique recommandée est accompagnée de références ou avis d'experts

– Vérifiez les sources utilisées : bibliographie, adresses des experts ou d'une organisation.

Cotation : une cotation de 5 signifie que la publication satisfait à tous les conseils. Une liste de sources additionnelles ou de supports d'information ne constitue pas nécessairement une preuve étayant la publication.

4. Est-ce que l'information est clairement datée ? (information utilisée ou rapportée)

Non	Partiellement			oui
1	2	3	4	5

Conseil :

- Dates des sources les plus importantes utilisées pour réaliser la publication
- Date d'une mise à jour de la publication (différent de date de réédition)
- Date de publication (date du copyright).

Cotation : les conseils sont donnés par ordre d'importance. Pour coter 5, il faut que le premier conseil soit trouvé.

5. La publication est-elle lisible ?

Non	Partiellement			oui
1	2	3	4	5

Conseils : évaluez :

- le design global et la forme rédactionnelle de l'article.
- la logique de l'organisation des informations.
- la présence de fautes d'orthographe (médicaments ou autres)
- la présence et la pertinence des illustrations.

6. À partir des réponses précédentes, notez la qualité globale de la publication comme source d'information.

1 : faible (défauts sérieux et importants)

3 : moyen (pas de défauts majeurs mais potentiellement quelques imperfections ou manques nécessitant des sources d'informations complémentaires)

5 : élevé (défauts minimales)

Note: .../30

L'analyse de la qualité de l'information des articles de presse grand public et les comparaisons statistiques seront réalisées à l'aide du test du χ^2 pour les variables qualitatives et *Student* pour les variables quantitatives (le risque α étant de 5 %).

La saisie des données est réalisée à l'aide du logiciel *Excel* et l'analyse statistique grâce au logiciel SAS. La conception du questionnaire, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats seront effectuées avec l'aide de Madame Margaux Creutz du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy.

III. Résultats

III.A. Les revues et articles retrouvés

III.A.1. Revues et magazines inclus

Nous incluons 110 magazines dans notre étude puisque 110 magazines français sont lus par plus de 500 000 femmes en 2009-2010 (Annexe 1).

92% des revues sélectionnées ont été contactées : sur ces 110 magazines sélectionnés, la collecte des articles a été possible pour 101.

Neuf magazines n'ont pas pu être inclus :

- la rédaction de quatre magazines n'a pas pu être contactée (pas de moteur de recherche ni rédacteur ni aucun service ne répondant au téléphone, ni même de mail): *Closer, TéléTNT Programmes, CanalSat Magazine, Télé Loisirs* ;
- deux magazines fonctionnant avec différents pigistes pour les articles de santé, sans système d'archivage: *Télé 2 semaines* et *TV grandes chaînes* ;
- un magazine dont la personne responsable de la rubrique santé aurait perdu tous ses fichiers archivés mais nous informe qu'elle aurait « tout au plus écrit un article à ce sujet pour la période donnée »: *Ici Paris* ;
- deux magazines n'ayant pas souhaité répondre à notre demande, malgré plusieurs contacts divers: *Maxi* et *Marie-France*.

La majorité des magazines appartient à un groupe de presse réunissant plusieurs titres, parfois même des chaînes de télévisions ou encore des lignes de vêtements...Quatre principaux groupes de presse sont à la tête des magazines concernés: Mondadori France, Lagardère, Marie-Claire et Prisma presse.

III.A.2. Sélection d'articles

64 articles ont été inclus, issus de 24 magazines différents.

	N	%/moy
Top santé	10	15,6
Santé Magazine	8	12,5
L'express	5	7,8
Alternative Santé	4	6,3
Bien-être et Santé	4	6,3
Le Point	4	6,3
Femme Actuelle	3	4,7
Le Monde	3	4,7
TV Magazine	3	4,7
Version femina	3	4,7
Féminin santé	2	3,1
France Dimanche	2	3,1
Pleine Vie	2	3,1
Avantages	1	1,6
Dossier Familial	1	1,6
Elle	1	1,6
Famili	1	1,6
Le Figaro madame	1	1,6
Le Nouvel Observateur	1	1,6
Notre Temps	1	1,6
Psychologie Magazine	1	1,6
Réponse à tout	1	1,6
Sciences et Vie	1	1,6
Votre Beauté	1	1,6

Tableau 5 : Répartition des articles recueillis par magazine.

Les cinq magazines publiant le plus d'articles à ce sujet pour la période donnée sont *Top Santé*, *Santé Magazine*, *L'express*, *Alternative Santé* et *Bien-être et Santé*, comme nous le montre le tableau.

III.B. Aspect quantitatif

III.B.1. Formes d'articles

On décèle plusieurs formes d'articles :

- des dossiers : on compte huit dossiers parmi les 64 articles dont quatre exclusivement pour la revue *Santé Magazine* (Annexes 4 et 5), un pour *Psychologie Magazine*, un pour *Féminin Santé*, un pour *L'express* et un pour *Top Santé*. Les deux derniers sont mis à part puisqu'ils sont présentés sous forme de dossier mais n'ayant pas pour thème la ménopause; l'un présente un sujet sur les médicaments et l'autre sur le thermalisme.

- des articles de fond : ils représentent la majorité des articles parus à ce sujet puisqu'ils sont 32, c'est-à-dire la moitié des articles publiés.

- des informations ponctuelles: elles sont au nombre de vingt-deux, comprenant majoritairement des magazines d'actualité tels que *Le Point*, *Le Monde*, *L'express* ou encore *le Figaro*.

- des courriers, de lectrice à chaque fois : nous n'en dénombrons que deux.

Notre étude nous montre que la moitié des articles publiés sur la ménopause sont des articles de fond. Plusieurs formes d'articles, souvent très plaisantes du fait d'une facilité de lecture, sont utilisées. On note par exemple que *Version Femina* fait appel, de façon quasiment systématique, à une présentation sous forme de grands points numérotés, rappelant un listing. D'autres, telles que *Santé Magazine*, *Top Santé* ou encore *Femme actuelle*, reprennent un style par questions/réponses ou Vrai/Faux pour attirer l'attention. Un des principaux atouts de *Santé Magazine* est incontestablement la présentation: il sait séduire ses lecteurs par sa forme. On trouve aisément pour un seul et même article trois aspects différents, alliant des questions/réponses, des témoignages et une grille; rompant ainsi à chaque page la monotonie des lignes et amenant ainsi une note significativement supérieure pour la forme des articles longs (dossiers et articles de fond) comparée aux articles classés « informations ponctuelles et courriers » (3,9 versus 3,4 ; $p= 0,0108$).

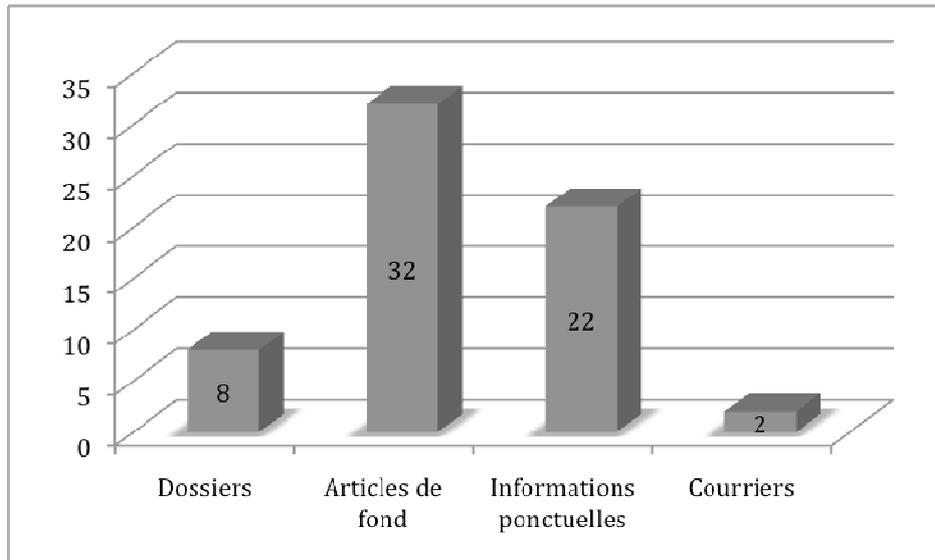


Tableau 6 : Répartition des articles recueillis par leurs formes.

III.B.2.Dates de parution

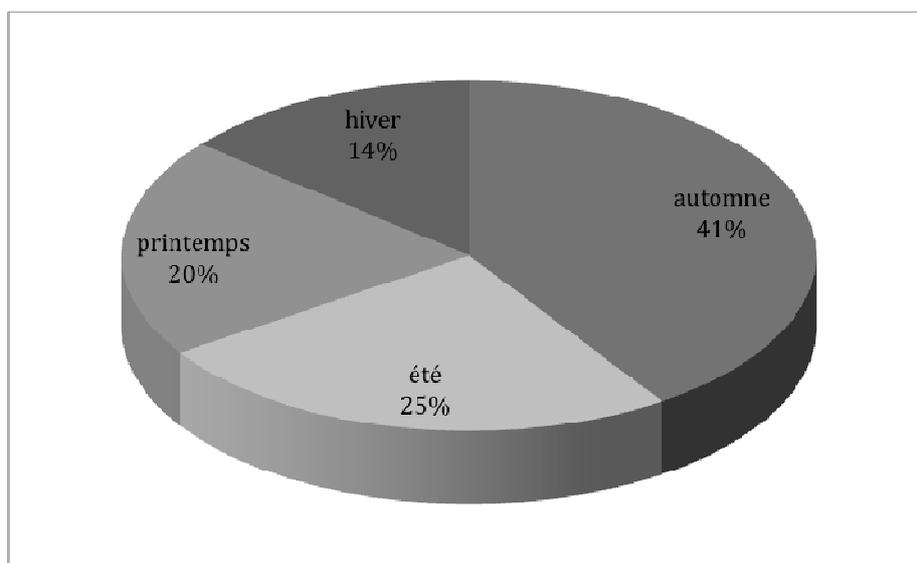


Tableau 7 : Répartition des articles recueillis par saison de parution.

L'automne semble être, au contraire des articles sur les régimes alimentaires qui fleurissent au printemps, la période consacrée aux articles sur la ménopause.

III.B.3. Types de revues

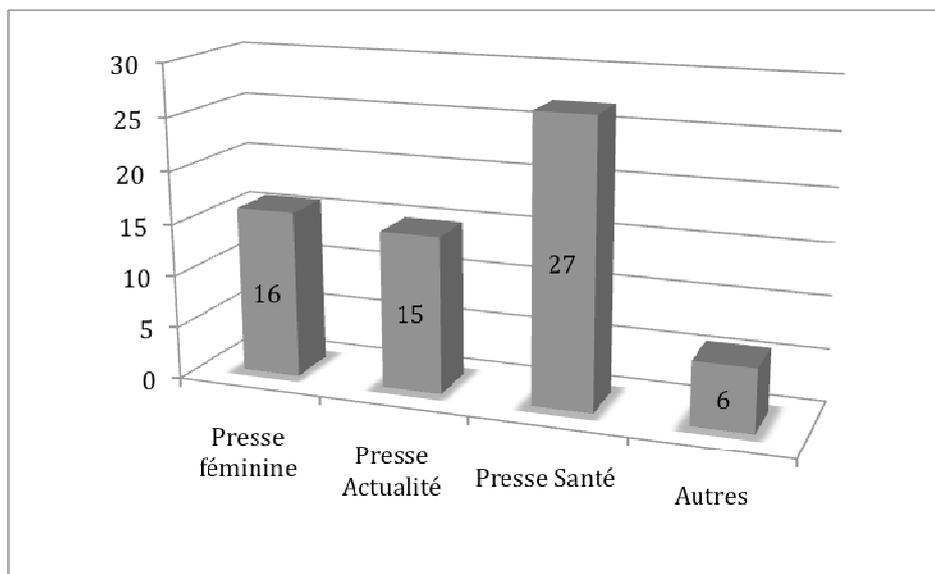


Tableau 8: Répartition des articles recueillis par type de revues.

Quatre types de revue se dessinent:

- la presse santé (*Top Santé, Santé Magazine, Bien-être et Santé...*),
- la presse féminine (*Elle, Femme Actuelle, Version Femina...*),
- la presse d'actualité (*L'express, Le Point, Le Monde...*)

et une rubrique que nous nommerons « autres » comprenant les revues ne correspondant à aucune de ces catégories (*Dossier Familial, TV magazine, Réponse à tout...*).

Nous regrouperons, dans un second temps, la catégorie « presse d'actualité » et « autres » pour mieux appréhender les différences entre les revues, tout comme les types d'articles d'ailleurs.

III.B.4. Thèmes

Les articles sont regroupés en 4 thèmes différents :

- Les traitements de la ménopause, comprenant le rapport THM et cancer du sein, les solutions alternatives et les informations pures concernant les THM. Ils sont largement majoritaires puisque 48% des articles parlent de traitement de la ménopause.
- Les sujets d'actualité. Le sujet du test prédictif de la ménopause représente à lui tout seul 10 articles sur les 21 répertoriés « articles d'actualité ».

- Les explications à propos de la ménopause, comprenant les informations pures sur la ménopause, les hormones et le suivi gynécologique. Seulement 10% des articles en font partis.
- Les conséquences de la ménopause, représentant à lui seul un thème, incluant les sujets sur la prise de poids, les bouffées de chaleur et l'aspect psychologique.

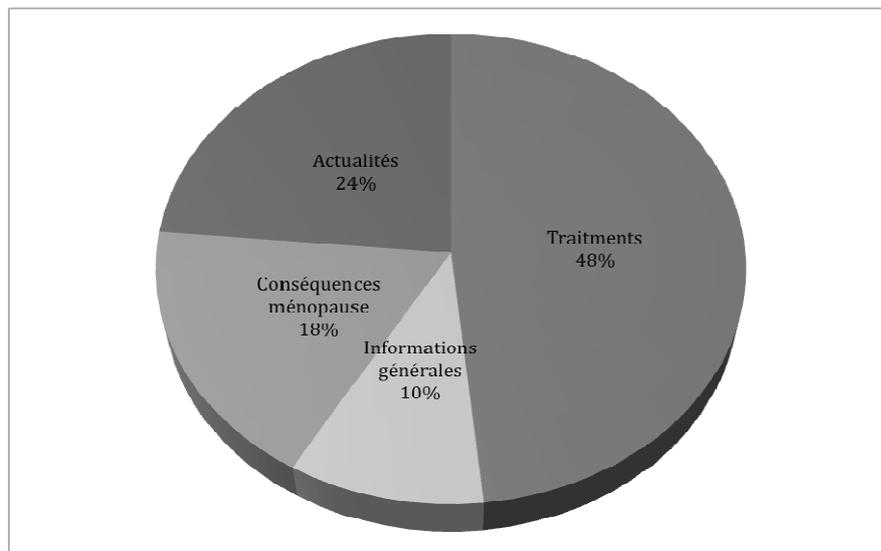


Tableau 9 : Répartition des articles recueillis par thèmes abordés.

III.C. Aspect qualitatif

	<i>N</i>	<i>%/moy</i>	<i>ET*</i>
Objectifs	64	3,8	0,8
pertinence	64	3,2	1
sources	64	2,7	1,2
dates	64	2,6	1,2
forme	64	3,7	0,7
note	64	3,1	0,8

*écart-type

Tableau 10 : Moyennes et écart-types notés pour chaque item de la grille de lecture.

Les notes attribuées le sont sur 5 points pour chaque item de la grille de lecture, comme vu précédemment.

Les objectifs des articles s'avèrent souvent bien présentés, au contraire des sources et leurs dates, énoncés dans l'article. Une grande disparité concernant les référencements des sources et leurs dates existe d'un article à l'autre.

III.D. Comparaisons d'articles

	Dossiers et articles de fond			Informations ponctuelles et courriers			p**
	N=40 (62.5%)			N=24 (37.5%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Saisons							0,2751
Automne	14	35		12	50		
Eté	9	22,5		7	29,2		
Hiver	6	15		3	12,5		
Printemps	11	27,5		2	8,3		
Traitements							0,0048
Non	8	20		13	54,2		
Oui	32	80		11	45,8		
Actualités							<0,0001
Non	36	90		7	29,2		
Oui	4	10		17	70,8		
Informations générales							0,0777
Non	32	80		23	95,8		
Oui	8	20		1	4,2		
conséquences							0,0171
Non	26	65		22	91,7		
Oui	14	35		2	8,3		
Objectifs	40	3,8	0,8	24	3,9	0,8	0,4208
pertinence	40	3,1	0,9	24	3,2	1	0,9472
sources	40	2,6	1,2	24	2,9	1,3	0,4857
dates	40	2,6	1,2	24	2,5	1,2	0,5927
formes	40	3,9	0,6	24	3,4	0,9	0,0108
note	40	3,1	0,7	24	3	0,9	0,6867

*écart-type

**Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Tableau 11: Comparaison entre grands (dossiers et articles de fond) et petits (informations ponctuelles et courriers) articles.

Une majorité de grands articles (62,5%) - dossiers et articles de fond - paraissent sur le sujet de la ménopause dans la presse magazine.

Qu'il s'agisse de petits ou de grands articles, plus d'informations paraît à ce sujet dans la période automnale.

Nous retrouvons des différences significatives au sujet des thèmes abordés : les traitements et les conséquences de la ménopause sont significativement plus abordés dans les articles longs, c'est-à-dire dossiers et articles de fond.

En revanche, les sujets d'actualité semblent appartenir à la catégorie des informations ponctuelles.

De même, de manière logique, la forme des articles (présentation, clarté, lisibilité..) est mieux notée et donc de meilleure qualité pour les articles longs.

Les autres qualités, notées de un à cinq, ne sont significativement pas différentes pour les articles longs et les articles courts.

On note cependant que les sources sont majoritairement mieux référencées dans un article classé «information ponctuelle ».

Nous apprenons à travers ces diverses comparaisons que :

- les thèmes abordés et la présentation divergent en fonction du format de l'article.**
- les informations divulguées à travers les petits articles seront préférentiellement des informations d'actualité, les grands articles étant tournés vers une information plus générale.**
- les articles parus sur la ménopause préfèrent l'automne et sont, pour la majorité, des dossiers ou articles de fond.**

IV. Discussion

IV. A. Originalités de l'étude

IV.A.1. Débat sur le THM:

où en est-on dans la presse grand public ?

De façon évidente, pour certains articles et même pour certaines revues, l'auteur expose, de façon ouverte, ses convictions concernant les traitements hormonaux de la ménopause.

Ainsi, *Santé Magazine* fait l'apologie du THM dans un article de février 2010 (Annexe 4), en prenant pour exemple une personne n'ayant pas reçu, dans un premier temps, de THM et vivant un vrai calvaire: *"très déprimée, dormant mal je prenais de plus en plus de médicaments. Ma vie de femme passait complètement à la trappe. Après un accident que j'aurais pu éviter si je n'avais pas été sous antidépresseur, un médecin m'a présenté sous un autre angle les risques associés au traitement hormonal."* Et là, sa vie est transformée: *"Ma famille, mes amis me trouvent belle rajeunie. Mon énergie est revenue: je me sens plus joyeuse, j'ai retrouvé une poitrine de jeune fille, une peau plus ferme (...).J'ai retrouvé ma libido. Je me sens plus femme que jamais."*

Cette vision ultra manichéenne de l'avant/après traitement hormonal ne fait qu'ajouter à la partialité de l'article.

Alternative santé, lui, est dans le camp adverse. Dans une publication de mai 2009 (Annexe 6), un auteur spécialiste en médecine générale explique, avec un ton acerbe et ironique, les débuts du THM: *"Bien que formidablement orchestrée par les gynécologues et les laboratoires pharmaceutiques, consciencieusement relayée par les médias scientifiques et le grand public qui y voient un progrès pour l'image de la femme de cinquante ans, la période "THM pour toutes les femmes" se solde finalement par un échec..."* Il affirme que *"les controverses de 2002 et 2003 viennent au secours des femmes"* et pointe du doigt un certain "laisser-aller" scientifique dans cette affaire: *"Et des assertions fantaisistes ou pseudo-scientifiques gagnent en honorabilité lorsqu'elles sont énoncées par des porte-parole reconnus du corps médical reprises en chœur par les spécialistes..."* pour conclure avec une rancœur certaine envers les gynécologues: *"Encore faudrait-il convaincre la majorité des gynécologues, pari loin d'être gagné d'avance car ils aiment bien leur THS..."*

On notera cependant que le sujet sur les controverses du THM demeure encore d'actualité puisque 48% des articles parlent de traitements de la ménopause.

IV.A.2. Confusion des informations.

Outre les informations complètement erronées, la lecture de tous ces articles a été difficile de part la multitude d'informations confuses retrouvées. Faire le relevé de ces erreurs serait un travail de titan.

A propos par exemple d'un article paru dans *Elle* (plus de 2 millions de lecteurs) (Annexe 20), transcription d'une interview d'un gynécologue, on nous expose l'idée que le THM «*assure la prévention du vieillissement cérébral et physique* » et que les risques «*sont de différentes sortes, mais minimales*», sans autre explication. On nous affuble également d'informations erronées : selon *France Dimanche* (Annexe 21) par exemple, l'étude *E3N* a «*montré que le THS augmente les risques de survenue de cancers du sein et de maladies cardiovasculaires.* »

D'autre fois, nous ne retrouvons qu'une partie de la liste des contre-indications au THM (Annexe 10) ou encore un programme de suivi gynécologique imaginaire (Annexe 7), comprenant, pour une femme ménopausée: “ *une mammographie, numérique si possible, à renouveler tous les 2 ans; une échographie mammaire tous les ans; une échographie pelvienne; un frottis cervical annuel, une ostéodensitométrie à renouveler tous les 5 ans si les résultats sont normaux et un bilan sanguin incluant le dosage du cholestérol et des acides gras, de la ferritine, de la TSH ultrasensible, de la vitamine D et du CTX de type 1 (C-télopeptide du collagène spécifique de l'os), marqueur de la destruction osseuse*”.

Nous comprenons soudain mieux, les revendications et les demandes de certaines femmes concernant les examens complémentaires...

D'autres revues nous font miroiter le reflet d'une réalité déformée à travers certains témoignages de femmes, qui sont en fait de rares cas, mais exposés comme anodins. Un article (Annexe 4) en particulier, dans *Santé Magazine*, présente 3 témoignages de femmes: l'une de 61 ans ayant pris pendant près de 20 ans un traitement hormonal de la ménopause, une deuxième ménopausée à 32 ans, après un cancer gastrique et enfin une troisième qui a vécu 10 ans de préménopause.

D'autres formulations démontrent la confusion de l'auteur pour le sujet: on parle de “la préménopause et la périménopause (Annexe 15) comme de deux entités à part entière, ou encore de “diabète gestationnel pendant la grossesse” (Annexe 16) dans un article dédié de plus à la ménopause...

On constate que l'information qui émane des articles de presse d'actualité s'avère souvent la plus juste. Ce type de presse publie quasiment exclusivement de petits articles sur une information ponctuelle et précise, sans étendre ou approfondir leur sujet. Le sujet est pour la plupart du temps déjà rédigé par l'Agence France Presse et relayé souvent tel quel par cette presse. Un moindre risque est donc pris quant à la clarté et à la précision de l'information médicale donnée.

Cependant, toutes ces informations, ne respectant pas totalement la vérité, sont difficilement mises en exergue par notre étude.

IV.A.3. Biais de l'étude.

Certaines informations restent, malgré tout, non analysées dans cette étude, telles que, comme nous l'avons vu, la confusion des renseignements donnés au fil des articles.

Il est certain que, à travers la méthode de collecte, la recherche restera non exhaustive : 9 magazines n'ont pas souhaité, ou n'ont pu, répondre à notre demande. Qu'ont-ils paru sur le sujet ? D'autres nous ont répondu ne rien avoir paru sur la ménopause mais, est-ce vrai ? Nous dépendions donc, pour une bonne partie, du bon vouloir et de l'honnêteté des rédactions pour nous aider dans notre recherche, même si la plupart des revues a fait l'objet d'une seconde enquête, personnelle.

De plus, la grille de lecture utilisée pour l'analyse qualitative n'a été complétée que par une seule personne. L'analyse par un groupe, constitué par une quinzaine d'experts, ayant des compétences différentes, aurait été l'idéal dans le but de réduire au maximum la subjectivité de l'analyse qualitative.

La dernière critique porte sur le fait que cette étude ne rapporte à aucun moment les réalités « du terrain » : nous analysons l'information que les femmes reçoivent à travers la presse « magazine ». Cette étude ne comprend pas l'avis et les connaissances des femmes elles-mêmes ni même du ressenti des médecins qui consultent ces femmes. D'autre part, les autres informations provenant d'autres sources de communication pourraient faire l'objet d'une autre étude.

IV.A.4. Qualités de l'étude

Cette recherche a l'avantage d'avoir été réalisée pour tous les types de presse française existante, sans discrimination, allant des magazines TV à la presse spécialisée scientifique, en passant par les revues traitant d'histoire ou de géographie,

qu'elles soient hebdomadaires ou trimestriels. Il en a résulté un grand nombre d'articles, permettant une étude plus représentative.

Aucune grille de lecture validée n'existait, à ce jour, permettant l'analyse de la qualité de l'information de la presse papier. Cette grille de lecture, adaptée d'une grille préexistante d'analyse de l'information web, constitue un avantage certain dans cette étude.

La double analyse, qualitative et quantitative, nous a permis de mieux cerner le travail des rédacteurs dans la réalisation et parution d'articles de santé. Elle nous a aidé à faire des comparaisons d'articles ayant des formes et des thèmes différents, de comprendre la répartition, la présentation et le mécanisme des articles de ce type.

Cette étude, malgré ses biais, a permis un recueil d'articles diversifiés important justifiant une double analyse.

IV.B. Garanties de l'information médicale ?

IV.B.1. Cadre légal existant : HON code ⁽¹⁶⁾

Aujourd'hui, un patient sur cinq environ consulte internet pour rechercher de l'information médicale ou de santé. Deux sites internet santé ou disposant d'un espace d'information dédiée à l'information santé figurent parmi les vingt-cinq sites les plus visités en France. C'est dans ce contexte de recours croissant à l'Internet santé que le législateur français a confié à la Haute Autorité de Santé la mission d'établir une procédure de certification des sites Internet santé. La HAS a choisi la fondation Health On the Net (HON) pour mettre en œuvre cette certification, qui porte sur le respect de huit principes :

1. **Autorité** (indiquer la qualification des rédacteurs)
2. **Complémentarité** (venir en complément, et non en remplacement de la relation du médecin avec son patient)
3. **Confidentialité** (préserver la confidentialité des informations personnelles soumises par les visiteurs du site)
4. **Attribution** (citer la/les source(s) des informations publiées et dater les pages santé)
5. **Justification** (justifier toute affirmation sur les bienfaits ou les inconvénients de produits ou traitements)
6. **Professionalisme** (rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact)
7. **Transparence du financement** (présenter les sources de financements)

8. Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale (séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale).

La démarche de certification s'applique aux sites Internet santé (ou espaces d'information dédiés à la santé d'un site), y compris les forums de discussion traitant de questions de santé. La certification répond à une démarche volontaire de la part de l'éditeur de site. La procédure est gratuite pour ce dernier.

Malheureusement, aucune certification n'existe encore à ce jour pour l'information médicale de la presse écrite, qui aurait pour but d'aider le lecteur à identifier les articles et revues de qualité.

IV.B.2. Subjectivité des articles

Comme nous l'avons vu, les auteurs des articles de santé n'hésitent pas à être partiaux en montrant ouvertement leur avis sur la question qu'ils traitent. Que ce soit au sujet des THM ou au sujet des traitements en général, l'article manque rarement de nous faire part de l'opinion et impression des auteurs ou médecins intervenants.

Plusieurs rédactions marquent par exemple, leur préférence pour les solutions dites "naturelles" telle que *Top Santé* qui n'hésite pas, presque systématiquement à faire la publicité des solutions en "*homéo-phytothérapie*". Lors d'un article de mars 2009 (Annexe 7) intitulé "*Chronique d'une consultation chez le gynécologue*", une femme consulte un gynécologue, ses premières phrases seront: "*Je crois ressentir des signes de ménopause. J'ai appris que vous soigniez aussi par phytothérapie, ça m'intéresse.*" Plus loin dans l'article, cette même femme doit remplir un questionnaire sur ses antécédents médicaux. Parmi les quelques questions posés, il est évidemment demandé si elle "*se soigne par phyto, par homéo?*" ou si elle "*mange régulièrement des produits à base de soja, de lait de vache?...* », ou encore si elle "*pratique une technique de relaxation?*"...

Une publication de juin 2009 (Annexe 8) offre un article entier sur le soja et affirme que "*selon des études récentes, la consommation régulière de soja permettrait de réduire l'incidence de certains cancers (sein, prostate...)*" et que "*le corps médical conseille des gélules d'isoflavones de soja pour réduire l'inconfort des bouffées de chaleur et améliorer la sécheresse vaginale*". Dans ce même article, on apprend que le soja protégerait donc de plusieurs cancers mais aussi des maladies cardiovasculaires, de l'ostéoporose et de la maladie d'Alzheimer!

Santé Magazine publie lui aussi un article en septembre 2010 avec de multiples conseils "*homéo-phyto*" donnés par un "*Dr*" dont on n'ignore tout et qui "*propose un schéma thérapeutique qui n'a pas fait l'objet d'études, mais dont elle a pu constater l'efficacité dans sa pratique clinique*". Et il est bien évident que "*si on ne constate pas*

d'amélioration au bout de trois mois, un traitement allopathique sera mis en place, mais couplé avec de l'homéopathie et/ou de la phyto, qui permettent d'en diminuer les doses et donc les effets secondaires".

Les mots employés et l'évidence des propos arrivent presque à nous faire oublier que la médecine traditionnelle existe.

D'autres magazines prennent également position et il n'est pas rare d'observer une subjectivité aussi affirmée pour tous les articles d'une même revue.

IV.B.3. Formes et sources d'informations

Concernant les sources d'information citées, rares sont les articles correctement référencés. La majorité des articles reste plus que vague à propos des études dont ils s'inspirent et ne proposent quasiment jamais de bibliographie. L'auteur se contente souvent de citer "une étude". Ainsi, dans un article de la revue *Bien-être et Santé* (Annexe 9), pourtant diffusée par les pharmaciens eux-mêmes, on nous parle d' "une étude" puis "des études" ou encore "des travaux" sans jamais nous en dire d'avantage sur le nom de l'étude ni la date. Il en est de même pour un article publié par *Top Santé* (Annexe 10) où l'auteur tente d'expliquer les conclusions et conséquences de l'étude américaine *WHI* de 2002 sans expliquer ni l'origine ni le nom ni même la suite des événements. En revanche, il lui semble opportun dans ce cas de citer l'*Académie des Sciences* et son rapport "*Hormones, santé publique et environnement*" qui annonce: "*Beaucoup reste encore à faire pour évaluer le rapport bénéfice/risque du traitement hormonal de la ménopause*".

Quelques revues cependant jouent la transparence et font l'effort de nous exposer leurs sources, telles que *Dossier Familial* (Annexe 11) ou encore *Votre Beauté* (Annexe 12).

La situation s'avère identique pour ce qui est des auteurs et intervenants dans chaque article. La citation des noms des auteurs ou intervenants, de leurs titres ou leurs fonctions, reste tout aussi médiocre pour les revues qui ne s'astreignent déjà pas à exposer leur bibliographie. Nous constatons qu'un même auteur écrit différents articles au fil du temps pour une même revue. Il arrive même que des paragraphes entiers soient repris mot pour mot d'un article sur l'autre; tel est le cas de deux articles publiés dans *Bien-être et santé*, en février 2010 et octobre 2010 (Annexes 13 et 14) à propos d'un paragraphe sur la sécheresse vaginale.

Nous suivons également l'avis de docteur, Dr Arnal dans *Santé Magazine* par exemple (Annexes 4 et 5), intervenant dans plusieurs articles d'un même magazine, sans que l'on ne sache jamais qui il est et à quel titre il donne ces conseils.

Il serait intéressant de penser à créer une revue destinée l'information médicale de façon intelligente et honnête ; rédigée éventuellement par des médecins, aidés par les

conseils d'un journaliste et d'un psychologue, sans publicité et traitant de sujets pratiques tels que les vaccinations ou le fonctionnement du système de soin, comportant un label « crédibilité » obligatoire pour chaque article de santé publié, avec, cerise sur le gâteau, une présentation claire et soignée. Est-ce un espoir chimérique ?

IV.C. Caractéristiques de la vulgarisation médicale

IV.C.1. Historique

Au XVII^e siècle se produisit un événement capital: la naissance et le développement très rapide de la Presse. Or le véritable fondateur de la Presse française est un médecin, Théophraste RENAUDOT. Ce personnage étonnant, dont la vie tumultueuse serait un parfait sujet de film, fut à la fois un grand médecin et un grand journaliste ⁽¹³⁾.

Médecin, il lui fallut une dispense pour soutenir sa thèse à Montpellier, âgé de 20 ans à peine. Parmi ce qu'il appelait « ses innocentes inventions », figurent le premier dispensaire, où il donnait des consultations gratuites.

Journaliste, il obtint de Louis XIII un « brevet » l'autorisant à publier des gazettes « à perpétuité et exclusivement à tous autres », et fonda la « Gazette de France ». L'inévitable rubrique médicale de nos revues actuelles était bel et bien représentée dans sa gazette sous le titre « Recettes Médicales ». Ce titre même indique chez l'auteur le souci d'information pratique, constamment revendiqué par les vulgarisateurs modernes. Théophraste RENAUDOT fut donc, entre autres choses, un authentique vulgarisateur.

D'autres gazettes se consacrèrent plus ou moins exclusivement à la Médecine. Le « Journal des Savans », fondé à Paris en 1665, publiait parfois des articles médicaux, et la première revue strictement médicale naquit en 1679 grâce à Nicolas de BLEGNY, sous le titre « Journal des nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine ». Citons encore « Le progrès de la médecine » qui parut chaque mois de 1695 à 1709. Ses gazettes avaient des lecteurs de toutes sortes ; ensuite une distinction nette s'établit, comme elle existe aujourd'hui, entre les revues médicales destinées aux médecins, et celles destinées au grand public.

Depuis, le nombre de revues médicales ou contenant une rubrique santé à destination du grand public, s'est considérablement développé. Nous avons assisté lors de ce dernier siècle à l'explosion des moyens médiatiques en tout genre, a fortiori au service de l'information médicale.

IV.C.2. Les autres moyens de vulgarisation médicale ⁽³⁰⁾

Tous les journaux consacrent une place assez importante aux informations médicales, et cela que leur tendance soit de droite (*Le Figaro*) ou de gauche (*Libération*), que leur tirage soit énorme (*Le nouvel observateur*) ou confidentiel, que le niveau social de leurs lecteurs soit élevé (*Le Monde*) ou modeste (*Metro*).

La télévision apporte aussi son lot d'informations, bonnes ou mauvaises, concernant le domaine médical. Nous assistons au développement des émissions telles que « *Allo Docteur* » ou encore « *Le Magazine de la Santé* », exclusivement destinées à la vulgarisation médicale. D'autres, telle que « *C'est pas sorcier* » se destine plus généralement à la vulgarisation scientifique. Les séries télévisées médicales, très en vogue, contribuent largement, malgré que ce ne soit pas leur but premier, à la vulgarisation médicale.

L'information web est de loin la plus étendue et la plus diversifiée. Beaucoup de sites de vulgarisation médicale sont très connus du grand public et par la force des choses des médecins : *Doctissimo* en est un parmi tant d'autres. Les sites de forum se multiplient également, faisant le répertoire, souvent, des pires expériences personnelles.

Nous nous restreindrons à ne citer que les autres moyens de médiatisations, moins actifs dans le domaine de la vulgarisation médicale, telle que les prospectus, les livres ou la radio.

Ce travail réalisé au sujet de la presse magazine, serait tout aussi intéressant et riche à effectuer au sujet de l'information web ou encore télévisuelle.

IV.C.3. Les dangers de la vulgarisation

Malheureusement, une bonne vulgarisation médicale est très difficile à réaliser. Il faut une honnêteté extrême pour exposer les faits réels, d'une façon accessible au profane, en simplifiant sans caricaturer. Il faut que ce que le lecteur retiendra ne lui nuise pas, en particulier ne provoque pas chez lui ni phobie, ni optimisme exagéré. Or les gens, et spécialement les malades, interprètent ce qu'ils lisent. Il faut donc une grande probité, de la psychologie et des talents pédagogiques pour être un bon vulgarisateur. Certains

journalistes, certains écrivains réunissent ces qualités ; mais ils sont de brillantes exceptions.

Cette vulgarisation, souvent primaire, cherche une excuse dans le fait que le public ne possède que des facultés limitées pour comprendre. Dès lors, des vulgarisateurs n'ont qu'à flatter leur public en simplifiant à l'extrême, en ne s'embarrassant d'aucune nuance, en mettant sur le même plan les techniques d'avant-garde et les techniques courantes, en présentant les théories comme des faits établis etc....et leur succès est assuré. Si, de plus, on prends soin d'insister sur ce que les gens souhaitent qu'on leur dise, ils ont, sans avoir fait d'effort, l'illusion de savoir et sont très satisfaits. S'il s'agissait par exemple d'une question d'astronautique, ça n'aurait que peu d'importance ; quand il s'agit de médecine, le résultat peut être désastreux (33).

De surcroît, la vulgarisation médicale est intéressée. La presse engendre, quasiment toujours, une relation commerciale. On peut se demander quelles sont les intentions des auteurs d'articles de vulgarisation médicale : vendre un journal ? Informer le public ? Vendre un produit, un concept ? Le lecteur cherche-t-il, lui, à s'informer de façon objective ? Est-ce un critère pour lui ? C'est peu probable...En tout cas, si c'est le cas, on pourrait supposer que la presse qui se vend est celle considérée comme objective, et donc jouant sur cette image pour se vendre. Mais, si ce n'est pas le cas, que cherche le lecteur ? Et quel est le raisonnement du rédacteur ? Une enquête qualitative avec les décideurs rédactionnels serait passionnante à ce sujet.

Cette attitude amène *Pleine Vie* (Annexe 18) ou encore *TV Magazine* (Annexe 17) à accepter systématiquement de la publicité, ou carrément intégrer à leur article noms commerciaux et prix des produits ou des remèdes, dont l'efficacité n'a, par ailleurs, jamais été prouvée. Elle amène *Top Santé* à tomber dans la pire démagogie et faire l'apologie de «*l'homéo-phytothérapie*» en citant des «*docteurs*» inconnus qui estiment que «*Neuf femmes sur dix sont apaisées par des traitements à base de plantes* » avec «*une intensité et une fréquence des bouffées de chaleur diminuant alors d'au moins 50%* » et n'hésite pas à conclure par un article sur l'acupuncture en affirmant «*il est donc logique de faire appel à une méthode basée sur le rééquilibrage des énergies* »(Annexe 19). La vulgarisation devient facilement mensongère ou du moins inexacte.

En somme, comme on pouvait logiquement s'y attendre, les périodiques publient des articles médicaux qui correspondent à leurs préoccupations. Ceux qui sont honnêtes et bien faits comme *Sciences et Vie* (Annexe 22) sont conscients des dangers de la vulgarisation médicale et en tiennent compte. A l'inverse, des revues comme *TV magazine* (Annexe 17), qui respectent peu de sujet dans leur globalité, ne font pas d'exception pour la médecine.

Entre ces deux extrêmes, une masse d'indécis du type *Avantages* (Annexe 23), *Pleine Vie* (Annexe 18) ou encore *Femme Actuelle* (Annexe 16) voudrait bien avoir l'air honnête mais sans renoncer à exploiter le domaine qui plaît tant au public.

Certains méritent cependant une mention spéciale, comme *Votre Beauté* (Annexe 12) ou encore *Version Femina* (Annexe 24) exposant une information souvent plus claire et

plus juste que leurs concurrents qui se veulent « spécialisés » dans l'information médicale, tels que *Bien-être et Santé* ou encore *Top santé*.

IV.C.4. Impact sur la relation médecin/malade.

Selon plusieurs enquêtes menées auprès de patients et de médecins référencées dans la revue de la littérature intitulée « Le patient internaute » de la HAS en 2007 ⁽²⁴⁾, les patients internautes estiment que la consultation d'internet leur permet de mieux comprendre la maladie et son traitement et dans, une moindre mesure, les aide à mieux se prendre en charge et à mieux participer à la prise de décision concernant leur santé. Pour eux, la consultation d'internet permet d'améliorer la communication avec le médecin puisqu'ils veulent avoir l'avis du médecin vis-à-vis de l'information trouvée. Une minorité (< 10%) est amenée à changer de médecin suite à la consultation d'internet ou préfère utiliser internet pour éviter une consultation.

Du point de vue du médecin, au travers de ces enquêtes on peut conclure que les médecins perçoivent que la discussion avec le patient de l'information trouvée augmente le temps de consultation mais que la consultation d'internet ne modifie pas la relation médecin-patient, notamment la relation de confiance, pour la majorité des médecins. Une minorité cependant estime que la consultation d'internet par le patient a un impact négatif sur la relation médecin-patient : ils se sentent concurrencés, remis en cause dans leur autorité ou prescrivent sous la pression du patient.

Peut-on imaginer transposer ces résultats concernant la consultation d'internet à la consultation de revue médicale ou d'article de santé ?

La démarche n'est sans doute pas identique puisque dans le cas d'internet, le patient va activement chercher l'information dont il a besoin exclusivement et qui l'intéresse sur le moment. Pour ce qui est de la presse, il s'agit plus habituellement d'une source d'information à long terme et donnant de multiples données sur divers domaines en même temps.

Malgré tout, nous sommes tentés de transposer ces résultats à l'information magazine. Nous avons chacun des expériences multiples de faits et idées exposés en consultation par les patients, venant tout droit de la presse. Nous combattons chaque jour des idées reçues véhiculées par les médias.

V. Conclusion

Les données de la littérature évoluent rapidement et ont considérablement modifié les habitudes de prescription et d'observance. Aujourd'hui seulement 20% des femmes françaises sont sous THM. Pourtant, prescrire un THM n'est pas une hérésie. Certes, il n'y a plus d'indication, dans la mouvance issue de *WHI*, *MWS* ou encore *E3N*, à proposer systématiquement et sans discernement un THM. Mais, de là à induire une psychose conduisant les femmes à renoncer à un traitement, pourtant utile au quotidien, il y a une marge importante.

Sur les cinq magazines ayant publiés une majorité d'articles sur le sujet de la ménopause en 2009-2010, quatre se revendiquent « presse santé ». Les 101 magazines sondés et collectés n'amènent qu'un résultat de parution pour ce sujet pour 24 seulement d'entre eux. Parmi ses articles recueillis, beaucoup ne parlent que d'un sujet d'actualité, en particulier le test prédictif de la ménopause. Même si les traitements de la ménopause constituent encore un sujet de préoccupation actuelle, l'information retrouvée est souvent pauvre, parfois erronée, sans bibliographie énoncée. Beaucoup de progrès restent à faire concernant la transmission de l'information médicale de part la vulgarisation.

Il s'agit d'une impression « médicale », et à considérer comme telle. Sans doute un éditeur, un journaliste, un agent de marketing auraient sur ce sujet d'autres idées, bien différentes et qu'il serait intéressant de confronter avec les nôtres. Il faudrait aussi savoir ce qu'en pensent les femmes et évaluer l'efficacité des messages véhiculés, dans le domaine de la ménopause, par la presse grand publique mais aussi par les différents moyens de médiatisation tels que la télévision ou encore le web.

Un point paraît acquis : c'est l'absence de législation autour de l'information médicale donnée par la presse. On soulignera donc l'effort fait par certains magazines pour, malgré cela, s'astreindre à une honnêteté et à une qualité d'information, en prenant soin de référencer leurs sources et à clarifier et nuancer leurs propos.

Pourtant, on remarquera, pour une majorité d'articles, une pauvreté et une confusion de l'information ainsi qu'une partialité des discours. Au fil de l'analyse de ces différents articles, les dangers de la vulgarisation médicale s'avèrent évidents.

Ce phénomène n'est pas sans retentissement dans la relation médecin-malade. Chacun de nous est confronté, qu'il s'agisse de la ménopause et sa prise en charge, ou de tout autre sujet, aux conséquences de l'« hyper-médiatisation » de notre siècle. Le rôle du médecin est résolument tourné vers la prise en charge de la personne et le dépistage individuel des facteurs de risque. La notion de contrat thérapeutique avec chaque patiente, ne peut reposer que sur une confiance mutuelle, une évaluation personnalisée des risques, une information claire sur les thérapeutiques. Cela demeurera toujours notre actualité.

Bibliographie

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Mise au point: le traitement hormonal de la ménopause (THM) Point d'étape. Paris; 2006.
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Tibolone: arrêt de l'essai clinique Lift. 2006 févr 16.
3. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitements médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique - Recommandations de bonne pratique. 2006.
4. AMOGHLY-RAHIMI S. Réalisation des thèses et mémoires de médecine générale: détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisée de médecine générale. 2011 mai.
5. ANAES. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation. Paris, 11 mai 2004.
6. ANDRE G. Pathologies neuro-cognitives et carence hormonale de la femme. Paris: 2010. p. 27-28.
7. Audipresse. Résultats AEPM. 2011. Available from :
URL :< <http://www.audipresse.fr/node.php?id=906>>
8. CANONICO M, OGER E, PLU-BUREAU G, CONARD J, MEYER G, LÉVESQUE H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 2007;115(7):840.
9. CARLOTTI N. Estrogènes et progestatifs: quels effets sur les organes-cibles? [Internet]. 2007 mars; Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18570058>
10. Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques. Ménopause. Déc 2004.
11. COURBIÈRE B, CARCOPINO X. Gynécologie-Obstétrique. 2011^{er} éd. Vernazobres-Grego (éditions); 2011.

12.
DE REILHAC P, MARES P, ESPIE M. Les premiers résultats de l'étude MISSION: prévalence du cancer du sein. *Reprod Hum Horm*; 2005.
13.
DERUELLE Suzanne. La santé à travers la presse des adolescents. Avr. 1980.
14.
DRAPIER-FAURE E, JAMIN C. La ménopause. Paris; 2003.
15.
EYSENBACH G, POWELL J, KUSS O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2002;287(20):2691.
16.
Fondation La santé sur Internet. Vers une transparence du contenu éditorial sur internet - HONcode [Internet]. 2011; Available from:
http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor_f.html
17.
FOURNIER A, BERRINO F, RIBOLI E, Avenel V, CLAVEL-CHAPELON F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int. J. Cancer*. 2005 avr 10;114(3):448-454.
18.
GOMPEL A. Risque de cancer du sein en 2010. Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVI). Juin 2010.
19.
GONFROY C, CHABBERT-BUFFET N. THS: où en est-on? *La Revue du praticien. Médecine générale*. 2007;(782-783):836–838.
20.
GRABER MA, ROLLER CM, KAEBLE B. Readability levels of patient education material on the World Wide Web. *The Journal of family practice*. 1999;48(1):58.
21.
Haute Autorité de Santé. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose. 2007.
22.
Haute Autorité de Santé, COMMISSION DE LA TRANSPARENCE. FEMSEPTEVO 50 microgrammes / 7 microgrammes / 24 heures, dispositif transdermique [Internet]. 2005. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031880.pdf>
23.
Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet [Internet]; 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf

24.
Haute Autorité de Santé (HAS). Le patient internaute [Internet] ; 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature
25.
Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Évolution de l'espérance de vie à divers âges, [Internet]. 2010; Available from: http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229
26.
LERIDON H. La santé des Françaises dans les vingt prochaines années Le poids des évolutions démographiques. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2000 mai.
27.
Les phytoestrogènes chez les femmes ménopausées. La Revue Prescrire. 2003 sept;(242):603-609.
28.
LOPES P. La prise en charge de la ménopause en 2010 reste l'objet de controverses. Résumé des communications GEMVI. Paris, Juin 2010.
29.
MARCHAL Y. Le traitement hormonal substitutif, pour ou contre ? Regard à travers une étude de cas au Centre Hospitalier de Briey. Nancy ; 2006 juin.
30.
MARCHETTI D. Quand la santé devient médiatique. Lectures [Internet]. Ed. Pug.; 2010.
31.
Ménopause: arrêt de l'étude WHI estrogène versus placebo. La Revue Prescrire. 2004.
32.
MICHEL G. L'éducation pour la santé à travers la presse enfantine. Nancy ; fév. 1976.
33.
NAU JY. Informations à caractère médical dans la presse écrite d'audience nationale: éducation sanitaire ou journalisme ; 1984.
34.
Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, UK. FRAX, Outil d'Evaluation des Risques de Fractures [Internet]. Available from: <http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.jsp?lang=fr>
35.
Patients ayant une ostéoporose. La Revue Prescrire. (N°314(suppl. Interactions médicamenteuses)):301-309.
36.
PERLEMUTER G, PERLEMUTER L. Guide de Thérapeutique. 2010. p. 727-743.
37.
QUEREUX C, GRESSLIN O, QUEREUX F. THS après tout, THS malgré tout. La Revue du praticien. Gynécologie et obstétrique. 2006;(101):27-29.

38.

RIVERA CM, GROSSARDT BR, RHODES DJ, BROWN RD, ROGER VL, MELTON LJ, et al. Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy. *Menopause*. 2009 janv;16(1):15-23.

39.

ROCCA WA, BOWER JH, MARAGANORE DM, AHLKOG JE, GROSSARDT BR, de Andrade M, et al. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology*. 2007 sept 11;69(11):1074-1083.

40.

SHUMAKER SA, LEGAULT C, RAPP SR, THAL L, WALLACE RB, OCKENE JK, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2003;289(20):2651.

41.

TAMBORINI A. Ménopause, THS et ostéoporose post-ménopausique aujourd'hui: aspects pratiques. *Réalités en gynécologie-obstétrique*. N°146, Mai/Juin 2010, pp 4-14

42.

TREMOLLIÈRES, POUILLES, RIBOT. Une prévention contre l'ostéoporose est-elle possible et comment ? [Internet]. Available from:

<http://pro.gyneweb.fr/portail/sources/congres/jta/01/cd-rom/TREMOLLIERES2.HT>

43.

TREMOLLIÈRES F. Prise en charge de la femme âgée (en dehors de la situation de la femme «fragile»). Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVI). 2010 juin;46-47.

44.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. 45-Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2002 juill 17;288(3):321 -333.

45.

YONG SPY. Breast cancer and hormone-replacement therapy: the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362(9392):1331-1331.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau présentant l'audience pour chaque magazine français en 2009-2010 (4).

LDP des bihebdomadaires ¹

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
France Football	1587	31	1369	219	353	1504	5,5%

LDP des hebdomadaires

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
A Nous Paris	359	7	170	190	167	336	6,9%
L'Argus de l'Automobile	1349	27	1053	296	373	1349	0,1%
Auto Plus	2410	48	1891	519	773	2345	2,8%
Challenges	616	12	406	210	292	583	5,7%
Closer	4069	80	1206	2862	1043	3933	3,5%
Courrier International	1230	24	658	573	700	1347	-8,7%*
Elle	2231	44	478	1753	934	2270	-1,7%
L'Equipe Magazine	3708	73	3065	643	1247	3674	0,9%
L'Express	2052	41	1154	898	841	2139	-4,1%
Femme Actuelle	5387	107	1285	4102	1314	5689	-5,3%*
Le Figaro Madame	1327	26	444	884	464	1355	-2,0%
Le Figaro Magazine	1730	34	910	820	593	1761	-1,8%
France Dimanche	1821	36	599	1222	244	1787	1,9%
Gala	2501	49	631	1871	728	2506	-0,2%
Ici Paris	1781	35	598	1183	267	1875	-5,0%
Marianne	1748	35	988	760	701	1747	0,1%
Maxi	2393	47	425	1967	403	2388	0,2%
Micro Hebdo	818	16	622	196	320	794	3,1%
Le Monde Magazine	1179	23	616	563	565	1023	15,2%*
Nous Deux	1360	27	292	1068	141	1452	-6,3%
Le Nouvel Observateur	2350	46	1203	1147	983	2363	-0,6%
L'Officiel des Spectacles	774	15	290	483	332	820	-5,6%
Paris Match	4357	86	1859	2498	1262	4403	-1,0%
Pariscope	430	8	186	244	210	430	0,0%
Pèlerin	955	19	324	631	130	997	-4,2%
Le Point	1772	35	995	778	700	1864	-4,9%
Point de Vue	866	17	210	656	160	887	-2,4%
Public	3171	63	914	2257	839	3096	2,4%
Rustica	1006	20	441	565	160	986	2,1%
Télé Loisirs	4625	91	2099	2526	1110	4779	-3,2%
Télé Magazine	1137	22	497	640	278	1088	4,6%
Télé Poche	2771	55	1230	1540	526	2736	1,3%
Télé 7 Jours	5679	112	2660	3020	1232	5768	-1,5%
Télé Star	4783	95	2125	2658	1072	4671	2,4%
Télé TNT Programmes	1540	30	800	740	273	-	-
Télé Z	5955	118	2838	3117	1117	6062	-1,8%
Télé câble Sat Hebdo	2123	42	1086	1036	576	2236	-5,1%
Télérama	2411	48	1094	1317	1276	2469	-2,3%
TV Magazine	17323	342	8215	9108	3605	17410	-0,5%
Version Femina	9236	183	3456	5779	1939	9521	-3,0%*
La Vie	594	12	254	340	154	692	-14,2%*
Voici	3977	79	1250	2728	1018	3915	1,6%
VSD	799	16	377	422	255	998	-19,9%*

LDP des bimensuels

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
L'Auto-Journal	1505	30	1268	236	527	1517	-0,8%
Oops	2200	43	560	1640	521	1843	19,4%*
Télé 2 Semaines	4708	93	2022	2687	1104	4885	-3,6%*
TV Grandes Chaînes	2879	57	1255	1624	716	2976	-3,3%
Vie Pratique Gourmand	1308	26	339	969	401	1192	9,7%*
Vocable	582	11	243	339	325	582	0,0%

LDP des mensuels

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
Alternatives Economiques	976	19	542	434	584	1113	-12,3%*
L'Ami des Jardins et de la Maison	1147	23	420	727	281	1096	4,6%
Auto Moto	3107	61	2417	689	939	3211	-3,2%
L'Automobile Magazine	2496	49	2050	446	802	2476	0,8%
Avantages	1644	33	227	1417	548	1754	-6,3%
Biba	939	19	114	825	404	950	-1,1%
Bien-Etre et Santé	1461	29	344	1117	295	1486	-1,7%
Ça M'intéresse	2914	58	1284	1630	1127	2934	-0,7%
CanalSat Magazine	7028	139	3894	3133	2245	7705	-8,8%*
Capital	2167	43	1253	914	1034	2329	-7,0%*
Le Chasseur Français	1823	36	1189	634	300	1909	-4,5%
Choc	2518	50	1441	1076	522	2812	-10,5%*
Cosmopolitan	1669	33	277	1392	706	1702	-2,0%
Courrier Cadres	438	9	237	201	325	552	-20,6%*
Dossier Familial	2163	43	814	1349	462	2021	7,0%*
Enfant Magazine	1255	25	203	1052	388	1353	-7,3%*
Enjeux-Les Echos	901	18	563	338	568	842	7,1%
L'Entreprise	653	13	441	212	286	753	-13,3%*
Entrevue	2562	51	1661	901	694	2676	-4,2%
L'Expansion	713	14	463	250	385	769	-7,2%
Femme Actuelle Jeux	2047	40	496	1550	378	1916	6,8%*
FHM	895	18	671	224	249	-	-
Géo	4513	89	2215	2298	1767	4663	-3,2%
Girls	848	17	102	746	189	851	-0,3%
Glamour	1431	28	195	1237	539	1429	0,2%
Historia	1246	25	676	570	424	1215	2,5%
Management	664	13	427	237	419	764	-13,1%*
Marie Claire	2763	55	455	2308	1049	2905	-4,9%*
Marie France	1356	27	242	1114	421	1490	-9,0%*
Média Cuisine	4167	82	981	3186	1199	3906	6,7%*
Cuisine Actuelle	3878	77	882	2996	1132	3573	8,5%*
Guide Cuisine	1150	23	282	868	278	1157	-0,6%
Midi Olympique Magazine	1053	21	882	171	313	982	7,2%
Mieux Vivre Votre Argent	867	17	535	332	363	960	-9,7%*
Modes et Travaux	2399	47	520	1879	663	2613	-8,2%*
Mon Jardin et Ma Maison	1441	28	464	977	430	1438	0,2%

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
Le Monde Diplomatique	1342	27	736	605	738	1498	-10,4%*
National Geographic	1811	36	1057	754	765	1914	-5,4%
Neuf Mois	579	11	104	475	190	574	0,9%
Notre Temps	3349	66	955	2394	401	3466	-3,4%
Onze - Mondial	1264	25	1078	186	294	1198	5,5%
L'Ordinateur Individuel	1181	23	1001	179	546	1089	8,4%
Parents	2194	43	504	1690	710	2412	-9,0%*
Le Particulier	1470	29	791	679	474	1586	-7,3%*
La Pêche et les Poissons	1090	22	836	254	182	1062	2,7%
Phosphore	608	12	234	375	353	591	2,9%
Photo	709	14	472	237	300	745	-5,0%
Pleine Vie	2523	50	657	1865	314	2625	-3,9%
Plus	6759	134	3756	3004	2396	7655	-11,7%*
Première	1215	24	655	560	590	1175	3,4%
Prima	2022	40	250	1772	591	2269	-10,9%*
Psychologies Magazine	2595	51	753	1842	1209	2692	-3,6%
Réponse à Tout	1343	27	639	704	376	1368	-1,9%
Le Revenu Placements	566	11	360	206	268	578	-2,1%
La Revue Nationale de la Chasse	933	18	704	229	168	897	4,0%
Rock and Folk	786	16	504	283	361	811	-3,0%
Santé Magazine	3152	62	789	2363	830	3325	-5,2%*
Science et Vie	3674	73	2175	1498	1652	3621	1,4%
Sciences et Avenir	2417	48	1380	1037	1089	2447	-1,2%
Sélection Reader's Digest	1035	20	466	570	206	1125	-8,0%*
Sport Auto	1005	20	857	148	259	1042	-3,6%
Studio Magazine - Ciné Live	877	17	542	335	427	890	-1,4%
SVM	600	12	506	93	365	587	2,2%
Système D	967	19	576	391	378	1151	-16,0%*
Télé 7 Jeux	2849	56	1182	1666	628	2779	2,5%
Tennis Magazine	355	7	231	123	148	423	-16,2%*
Terre Sauvage	1109	22	481	628	357	1171	-5,2%
TGV Magazine	1245	25	757	488	683	1385	-10,1%*
Top Santé	3111	62	728	2383	824	3127	-0,5%
Vogue	1483	29	344	1138	558	1596	-7,1%*

LDP des bimestriels ²

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
AD, Architectural Digest	606	12	256	350	391	619	-2,1%
Art et Décoration	4101	81	1506	2595	1497	4521	-9,3%*
Campagne Décoration	713	14	158	555	281	723	-1,4%
Côté Mômes	314	6	34	280	118	368	-14,6%*
Cuisine et Vins de France	1477	29	612	864	628	1486	-0,6%
Détente Jardin	864	17	328	536	191	907	-4,8%
Détours en France	589	12	261	328	193	602	-2,1%
Du Côté de Chez Vous	3242	64	1580	1662	1188	3404	-4,8%*
Elle à Table	1041	21	207	834	485	996	4,5%
Elle Décoration	2341	46	539	1802	1051	2605	-10,1%*
Famille et Education	1452	29	382	1071	641	1486	-2,3%
Fan 2	1073	21	267	807	208	1164	-7,7%
Infobébés - Infocrèche Magazine	1459	29	224	1235	504	1549	-5,9%
Infobébés	1139	23	154	985	371	1218	-6,5%
Infocrèche Magazine	726	14	103	623	263	792	-8,3%
Investir Magazine	689	14	508	181	341	693	-0,6%
Le Journal de la Maison	1090	22	266	824	518	1254	-13,1%*
Maison Bricolage et Décoration	2042	40	955	1087	530	2241	-8,9%*
Maison Créative	1256	25	345	911	502	1404	-10,6%*
Maison et Travaux	3583	71	1513	2071	1316	3719	-3,6%
Maison Française	599	12	173	426	274	666	-10,1%*
Maison Magazine	1367	27	433	934	574	1444	-5,4%
Maisons Côté Ouest	1051	21	344	707	563	1145	-8,3%*
Maisons Côté Sud	1315	26	425	890	627	1440	-8,7%*
Marie Claire Maison	2310	46	503	1807	947	2424	-4,7%
Maxi Cuisine	1893	37	326	1567	484	1768	7,0%
One	630	12	160	470	211	642	-1,9%
Prima Cuisine Gourmande	845	17	170	675	204	885	-4,5%
Prima Maison	865	17	122	743	260	1019	-15,1%*
Pyrénées Magazine	650	13	326	324	231	658	-1,2%
Régal	578	11	194	384	224	551	4,8%
Séries Mag	640	13	188	452	173	716	-10,6%*
Ulysse	526	10	267	259	288	562	-6,5%
Vies de Famille	10404	206	3260	7143	3201	10369	0,3%
Votre Beauté	637	13	60	578	148	645	-1,2%
Votre Maison Votre Jardin	1332	26	446	886	402	1720	-22,6%*

LDP des trimestriels ³

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
Ikea Family Live	5229	103	1955	3274	2138	5194	0,7%
Maisons Côté Est	481	10	161	320	253	523	-7,9%

Résultats provisoires ⁴

	RÉSULTATS 2009/2010					Rappel 2009	Evolution
	ENSEMBLE		HOMME	FEMME	FOYER AB+	Ensemble	Ensemble
	Milliers	Pén %	Milliers	Milliers	Milliers	Milliers	%
Carrefour Mag	3641	72	1358	2283	956	-	-
Famili	1530	30	193	1337	484	-	-
Maman	676	13	96	580	173	-	-
Marie Claire Idées	1884	37	258	1627	762	-	-
Sport	756	15	647	109	231	-	-
FHM	895	18	671	224	249	-	-

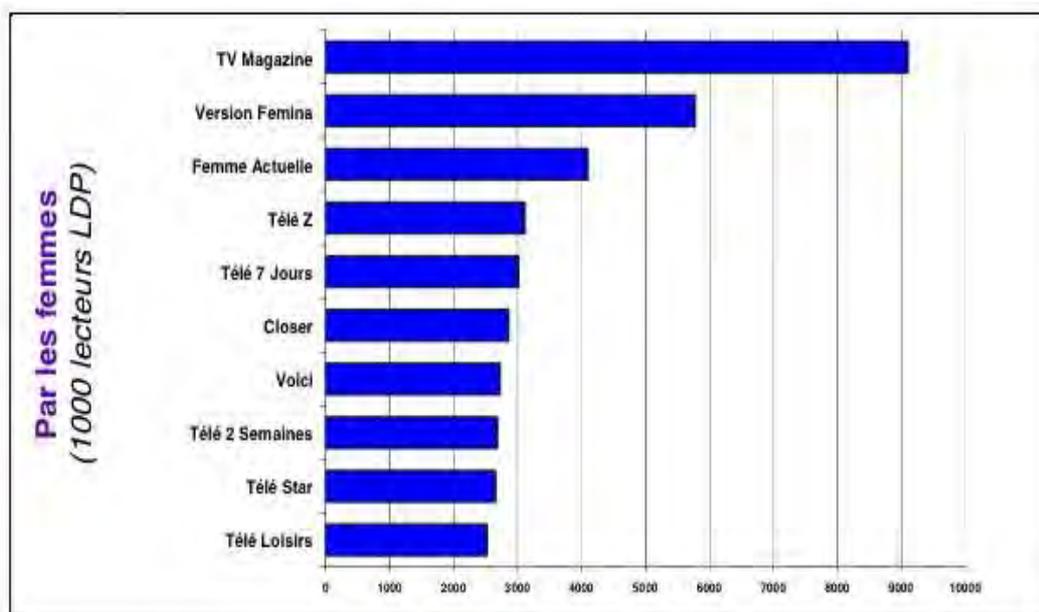
1 L'audience correspond aux personnes ayant déclaré avoir lu le titre depuis moins de "3 ou 4 jours".

2 Les chiffres cités correspondent à une dernière période de deux mois. Les rapports disponibles sur le site audipresse.fr publient également la lecture dernière période d'un mois.

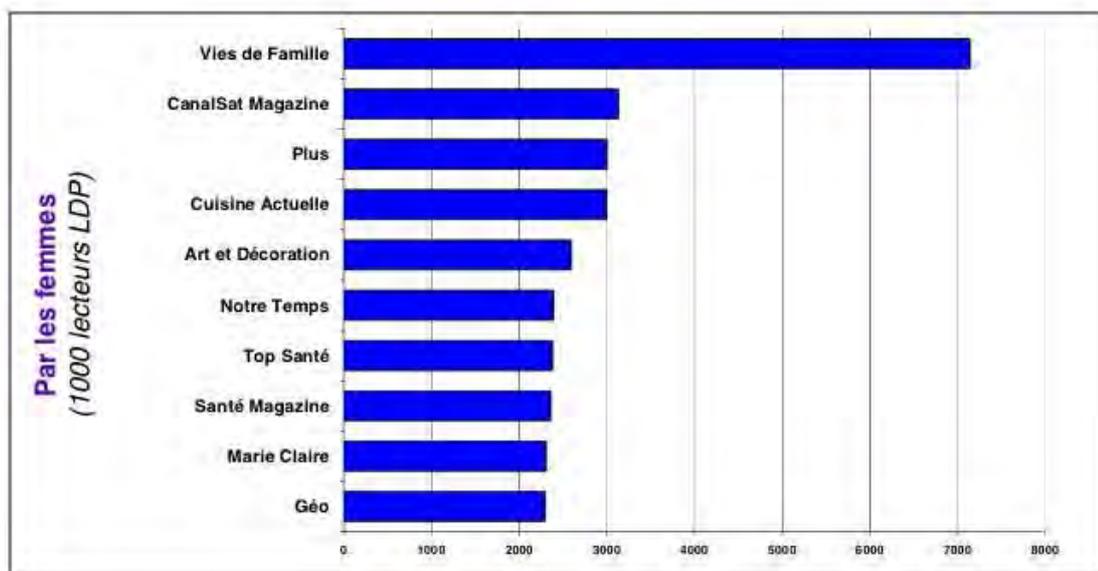
3 Les chiffres cités correspondent à une dernière période de trois mois. Les rapports disponibles sur le site audipresse.fr publient également la lecture dernière période d'un mois. 4 Les magazines suivants ont été étudiés sur une partie de l'année seulement.

*Evolution significative par rapport au cumul 2009. Un écart est réputé "statistiquement" significatif lorsqu'il a au moins 95 chances sur 100 de traduire une évolution réelle de l'audience. La marge d'incertitude sur cette évolution dépend de la pénétration du magazine et de la taille des échantillons.

ANNEXE 2 : Top Ten des hebdomadaires et bimensuels les plus lus par les femmes en 2009-2010.



ANNEXE 3 : Top Ten des mensuels et bimestriels les plus lus par les femmes en 2009-2010.



TRAITEMENT HORMONAL

le prendre ou pas ?

La prescription systématique a vécu. Aujourd'hui, le traitement est instauré seulement si la femme le souhaite et si les symptômes altèrent sa qualité de vie. Catherine, Claudette et Nathalie nous expliquent leur choix. Céline Dufranc

NATHALIE, 61 ANS

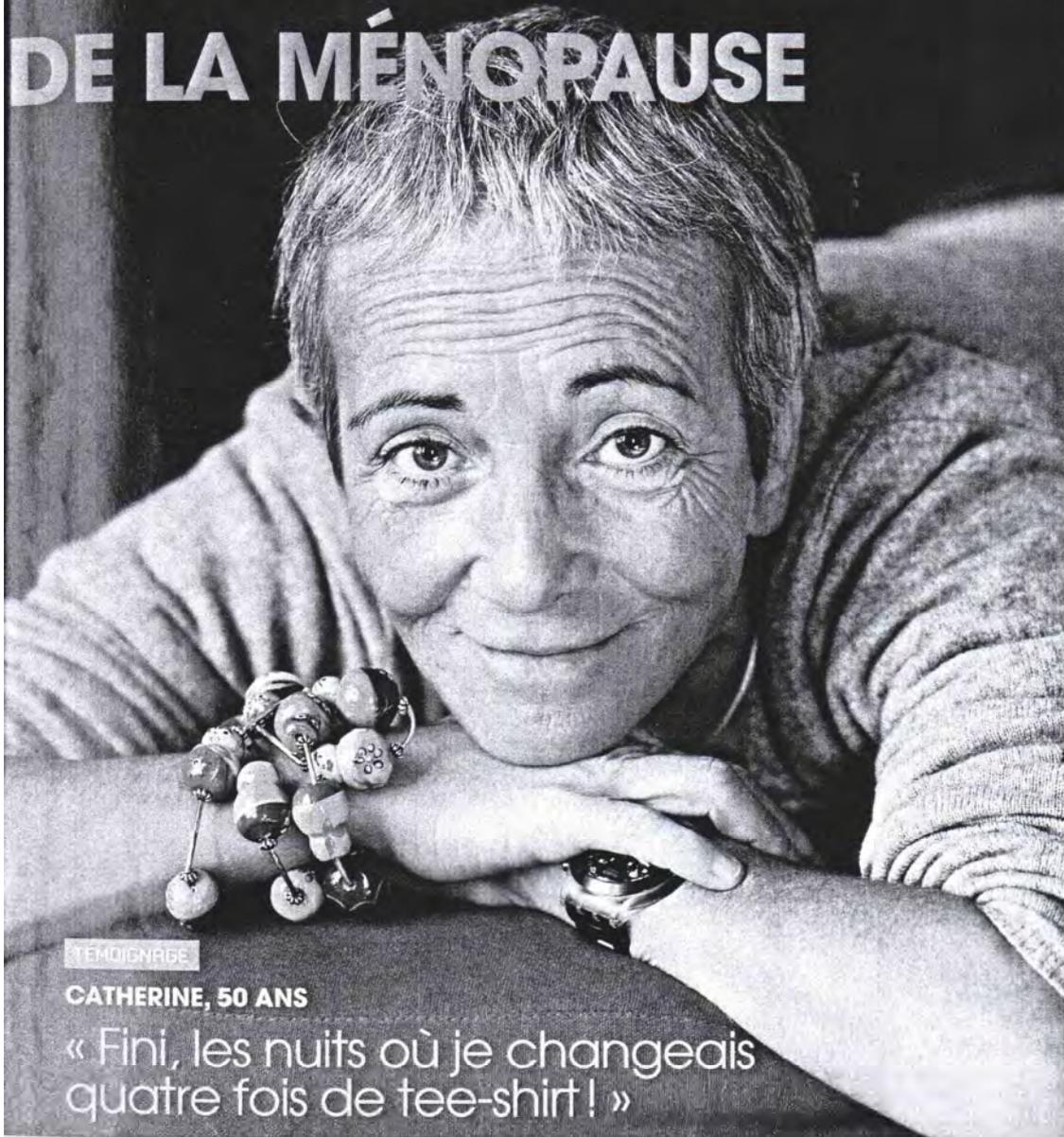
« 20 ans d'hormones derrière moi, il faut savoir s'arrêter »

Ménopausée à 42 ans, j'ai une très longue histoire avec le traitement hormonal. Au début, je vivais très mal cette ménopause précoce : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes... Je démarrais au quart de tour, mes relations avec mon mari étaient moins faciles. Je me sentais moins désirable. Le traitement hormonal s'est vite imposé ! Même si je ne pouvais plus être mère, j'ai d'abord choisi un traitement avec de fausses règles. Psychologiquement, c'était moins dur, mais ce premier traitement à base de comprimés et de gel n'a pas été très concluant. À 50 ans, j'ai arrêté de travailler. À nouvelle vie, nouveau traitement. Sans règles cette fois, c'était plus dans l'ordre des choses. Avec ce patch que je changeais deux fois par

semaine, c'était le bonheur ! Plus l'ombre d'un symptôme gênant. On ne me donnait pas mon âge, ce qui est flatteur. Mais il y a deux ans, avec tout ce que l'on a raconté, j'ai eu peur. Je suis allée voir mon médecin pour arrêter. Hélas, les bouffées de chaleur sont revenues. Comme il m'avait dit que je pouvais continuer sans danger avec les traitements fabriqués en France, j'ai repris... Et puis, au bout d'un an, j'ai dit "stop ! Tu es en bonne santé, autant le rester le plus longtemps possible". Revers de la médaille, malgré le sport et mon hygiène de vie, je sens que ma peau est moins élastique. Quelques bouffées de chaleur reviennent sans crier gare... Mais vingt ans d'hormones derrière moi, il faut savoir s'arrêter. Je ne veux pas tenter le diable !



DE LA MÉNopause



TEMOIGNAGE

CATHERINE, 50 ANS

« Fini, les nuits où je changeais quatre fois de tee-shirt ! »

Opérée d'une tumeur à l'estomac à 30 ans, j'avais des signes de préménopause dès 32 ans : bouffées de chaleur, baisse de la libido, moral en berne... Au nom du principe de précaution, les médecins n'ont pas voulu me prescrire d'hormones. Pendant des années, j'ai beaucoup souffert de mon état. Pourtant, on a tout essayé avec mon médecin traitant : soja, compléments alimentaires, oméga 3, nutrition adaptée... À 43 ans, j'étais ménopausée. Très

déprimée, dormant mal, je prenais de plus en plus de médicaments. Ma vie de femme passait complètement à la trappe. Après un accident que j'aurais pu éviter si je n'avais pas été sous antidépresseurs, un médecin m'a présenté sous un autre angle les risques associés au traitement hormonal. Il m'a expliqué que l'augmentation du risque de cancer du sein dépendait d'un certain type d'hormones. Rassurée, je prends depuis six mois de la progestérone par

voie orale 25 jours par mois et j'applique deux petites gouttes de gel d'œstradiol sur les cuisses, le bras ou le ventre. Ma vie est transformée. Ma famille, mes amis me trouvent belle, rajeunie. Mon énergie est revenue : je me sens plus joyeuse, j'ai retrouvé une poitrine de jeune fille, une peau plus ferme. Fini les nuits où je changeais quatre fois de tee-shirt ! J'ai retrouvé ma libido. Je me sens plus femme que jamais. Vraiment, je regrette d'avoir perdu tout ce temps. ▶

février 2010 Santé magazine

longtemps possible

4. Pendant combien de temps ?

Pour la durée la plus courte possible, recommande l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. « Tant que durent les symptômes », répond pour sa part le Dr Jamin. De son côté, le Dr Rozenbaum préfère limiter la durée du traitement à

une moyenne de cinq ans. « Une réévaluation doit être faite régulièrement, au moins une fois par an, et le traitement suspendu de temps en temps pour contrôler la persistance des troubles climatiques, et leur sévérité. »

5. Quels sont les risques ?

Une augmentation du risque de cancer du sein, de l'ovaire, d'accident vasculaire cérébral est décrite. Alors, forcément, on hésite avant de prendre un traitement hormonal de la ménopause. « Ces risques sont à modérer en fonction des produits, insiste pourtant le Dr Jamin. On a puni toute la classe alors que la progestérone micronisée, la plus prescrite en France, ne présente pas de

risque. Sous les traitements œstrogéniques de synthèse, peut-être par l'intermédiaire de l'insuline, augmentent le risque de cancer du sein. » En revanche, l'équipe de Françoise Clavel-Chapelon, directrice de recherches à l'Inserm, vient de montrer que l'utilisation d'un œstrogène seul ou de l'association œstrogène-progestérone augmenterait le risque de cancer de l'endomètre.

6. Quels sont les bénéfices ?

Pour le Dr Jamin, comme pour le Dr Rozenbaum, le traitement hormonal, tel qu'il est prescrit en France (essentiellement œstrogène par voie transdermique associée à une progestérone micronisée), est bénéfique à condition de le prendre juste après la ménopause et non après 60 ans. Il améliore la qualité de vie (les troubles climatiques), le sommeil, la sexualité et la peau. Et il aurait également un effet protecteur contre les maladies cardiovasculaires à condition d'être initié dans les cinq ans, et contre le cancer colorectal, mais cet effet est encore incertain. ■

À LIRE

Une nouvelle vie pour la femme, Dr Christian Jamin et Dr Jocelyne Raison (éditions Jacob-Duvernet). 12 €.

Ménopause : la vérité sur les hormones, Dr Henri Rozenbaum (Josette Lyon). 17 €.



PUBLI COMMUNIQUÉ

CONSEILS MÉNOPAUSE

Mincir à la ménopause

C'EST POSSIBLE !



Dr Marie Béjot,
fondatrice du
laboratoire Oenobiol

« À la ménopause le métabolisme ralentit, le corps change. Même les femmes qui ont été minces toute leur vie le ressentent et le vivent comme une injustice. Les muscles se transforment en graisse et les bourrelets s'installent insidieusement sur le ventre. Sans manger plus, les femmes prennent en moyenne 800 g par an. Voilà pourquoi nous avons développé Oenobiol Femme 45+, une gamme spécifique pour aider les femmes à garder leur ligne et perdre les kilos de la ménopause. Chaque produit contient un extrait de graines de lin aux vertus protectrices et équilibrantes. »

Retrouver la ligne et gommer les rondeurs abdominales

Femme 45+ Ventre plat à l'extrait de carthame riche en CLA, diminue l'absorption des graisses et réduit la taille des cellules graisseuses. Testé cliniquement, il permet de **perdre des centimètres de tour de taille***.

Vaincre les kilos de la ménopause

Femme 45+ Perte de poids à l'extrait de café vert sélectionné pour sa concentration en actifs minceur. Il oblige le corps à puiser dans ses réserves graisseuses. **100% des personnes** qui l'ont testé dans le cadre d'une étude clinique **ont perdu du poids****.



Disponible chez votre pharmacien

Plus d'infos sur
www.oenobiol.com

Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas.
www.mangerbouger.fr

* Etude clinique sur 50 sujets pendant 10 semaines.

** Etude clinique sur 50 sujets pendant 8 semaines.

MÉDECINE GYNÉCO

7 QUESTIONS SUR

Baisse de la fertilité, règles irrégulières, bouffées de chaleur... Ce sont peut-être les signes avant-coureurs de la ménopause. Les explications de nos spécialistes, et leurs conseils pour bien vivre cette turbulence hormonale.



Durant cette phase de bouleversement hormonal, les bouffées de chaleur peuvent être très fréquentes.

La ménopause ne s'installe pas du jour au lendemain : on ne passe pas subitement de cycles réguliers à l'arrêt des règles. Il existe entre les deux une période de transition : la préménopause (ou périménopause dans le jargon médical), qui débute habituellement entre 45 et 50 ans et qui dure en moyenne trois à quatre ans. Nos réponses et nos conseils pour passer en douceur cette phase de grande turbulence hormonale.

1. J'ai 47 ans. Mes cycles sont anarchiques... Suis-je en période de préménopause ?

C'est vraisemblable. « La préménopause est définie par l'apparition à plusieurs reprises d'irrégularité des cycles, accompagnée ou non d'autres troubles. C'est l'anarchie hormonale qui prédomine : des cycles de quatre-vingt-dix jours peuvent succéder à des cycles de trois

semaines ; des cycles abondants à des cycles peu abondants », dit le Dr Alain Tamborini, gynécologue, auteur du *Gynécoguide*. La préménopause évolue en deux temps : le corps fait d'abord face à une chute de la progestérone et à une hyper-imprégnation en œstrogènes, ce qui peut créer une sorte de syndrome prémenstruel permanent avec rétention d'eau (œdème), prise de poids, seins tendus, maux de tête, et troubles de l'humeur (irritabilité, agressivité...).

LA PRÉMÉNOPAUSE

Dans un second temps, quelques mois ou quelques années plus tard, c'est la carence en œstrogènes qui prédomine avec bouffées de chaleur, fatigue, coup de blues et sécheresse vaginale avant l'arrivée de la ménopause.

2. Puis-je faire des examens pour confirmer ma préménopause ?

Non, les dosages hormonaux ont peu d'intérêt, car les taux d'hormones varient beaucoup. Le gynécologue préférera s'appuyer sur les symptômes cliniques qu'il constate et sur ceux que vous ressentez.

3. Je prends la pilule contraceptive, comment savoir si je suis ménopausée ?

Comme la pilule contraceptive crée des règles artificielles, il est en effet difficile de savoir quand on est ménopausée. C'est pourquoi, à l'approche de la cinquantaine, le médecin propose d'arrêter la pilule pour voir si les cycles reviennent spontanément ou non, et si des troubles de ménopause, comme les bouffées de chaleur, surviennent.

4. Le fibrome qui a été diagnostiqué dans mon utérus peut-il être lié à ma préménopause ?

Oui, le dérèglement hormonal induit par la préménopause favorise le développement de cette masse dans l'utérus : 30 % des femmes après 40 ans en sont porteuses. Dans la grande majorité des cas, le fibrome est asymptomatique : il ne demande ni traitement ni intervention chirurgicale. Après la ménopause, il régresse spontanément en quelques mois à quelques années : on dit qu'il s'assèche.

5. Faut-il traiter une préménopause ?

Non, si on supporte bien ses manifestations. Oui, si on souhaite combattre les effets du syndrome prémenstruel permanent (tension des seins, rétention d'eau, irritabilité, boutons, etc.). « *Un progestatif est alors prescrit pendant 10, 15 ou 21 jours par mois. Puis, quand la carence œstrogénique se fait ressentir (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale...), le médecin peut ajouter de petites doses d'œstrogènes à posologie modérée les dix derniers jours du cycle en plus du progestatif afin d'assurer une transition douce vers la ménopause* », explique le Dr Tamborini.

6. J'ai 46 ans, ai-je intérêt à prendre encore une contraception ?

Au-delà d'atténuer les inconvénients physiques et psychologiques liés à la préménopause, la contraception orale permet d'éviter une grossesse non désirée : même si la fertilité baisse après 40 ans et chute après 45 ans, le risque de grossesse persiste. C'est pourquoi, à la préménopause, nombre de femmes poursuivent la méthode contraceptive qu'elles utilisaient auparavant, qu'il s'agisse de la pilule contraceptive de préférence minidosée (si on ne fume pas et que l'on ne souffre pas d'hypertension), du stérilet, des préservatifs masculins ou encore des spermicides.

7. Est-il possible de retarder la ménopause ?

Non. « *L'âge de la ménopause – en moyenne 51 ans – est influencé par la génétique. Rien ne pourra le modifier. Seul un tabagisme important peut l'avancer d'une à deux années* », souligne le Dr Tamborini. ▶

TÉMOIGNAGES

« Je me sens gonflée »

Sylvie, 48 ans

« Je suis préménopausée depuis un an. Certes, mes menstruations sont plus épisodiques, mais elles sont beaucoup plus pénibles à vivre : je ressens fortement l'ovulation et les maux de ventre au moment des règles sont intenses. Je me sens gonflée et ballonnée. J'ai été très surprise de l'intensité des troubles. Je ne savais pas que cette phase pouvait être aussi inconfortable. Avant d'être préménopausée, je pensais que je serais ravie. Mais, bizarrement, maintenant que la ménopause se profile, cela me renvoie l'idée difficile à accepter que je ne suis plus une jeune femme ! »

« Un rien m'énervait »

Élisabeth, 62 ans

« Ma préménopause a été très courte : un an et demi seulement. J'ai ressenti très peu de signes. Le plus désagréable a été sans nul doute les bouffées de chaleur et des sueurs du visage peu esthétiques. Niveau caractère, j'étais plus vite contrariée. Un rien m'énervait. Par ailleurs, il m'a fallu accepter que ma silhouette change : tout aliment me profitait ! J'ai pris une dizaine de kilos sans m'en rendre compte. Heureusement, sans rien changer, je suis revenue à mon poids normal deux à trois ans après la fin de ma ménopause. »

PRÉMÉNOPAUSE

Les conseils de spécialistes pour soulager les symptômes

Selon vos troubles et votre façon de vous soigner, trois gynécologues vous orientent vers les bonnes solutions.

L'avis des spécialistes



Dr Alain Tamborini, gynécologue, auteur du *Gynécoguide*, éditions Marabout Pratique.



Dr Bérengère Arnal, gynécologue-obstétricien et phytothérapeute, co-auteur du livre *Les meilleures tisanes santé*, éditions Rustica.



Dr Françoise Moreau-Delgado, gynécologue-obstétricien et homéopathe.

« Ces indications sont des pistes, le traitement doit être personnalisé. »

Le traitement chirurgical

Un progestatif (Lutenyl, Duphaston...) ou une pilule contraceptive minidosée.

Prépause, à base de gattilier et alchémille.



Folicullinum 9 CH (3 gr le 10^e et le 20^e jour du cycle ou du mois) associé à Progestérone D6 (1 ampoule/jour les 15 derniers jours du cycle ou du mois).

Contre les bouffées de chaleur

Œstrogènes naturels minidosés en gel, patch ou comprimé (Œstrodose, Œsclim 25, Oromone...)

Cimipax, à base de Cimifuga.

FSH 15 ou 30 CH (3 gr. au coucher) associé avec Sulfur 7 CH ou Lachesis 7 CH en fonction du type de bouffées.

Contre les troubles du sommeil

À évaluer avec son médecin selon l'intensité des troubles.

Vagostabyl, à base d'aubépine, de mélisse et de minéraux.

Problème à l'endormissement : Passiflore composé. Réveil vers 4 h du matin : Nux Vomica 9 CH (3 gr le soir).

Contre les œdèmes des jambes

Un veinotonique (Daflon, Cyclo 3...) et des bas de contention souple.



B.O.P., à base de bouleau et d'olivier.

Pour l'œdème généralisé : Natrum Sulfuricum 7 CH (3 gr le matin). Pour l'œdème des jambes : Climaxol (20 gouttes, 2 x par jour).

Contre la vaginite chronique

Activité physique, 3 ou 4 produits laitiers par jour (laitages, fromages, yaourts), et de l'Hépar ou de la Contrex.

Osifane, à base de calcium, de vitamines et de minéraux. Associez des gélules de prêle riche en silice.

Les sels calcaires homéopathiques (une mesure par jour).

Contre la sécheresse vaginale

Un traitement hormonal local (Colpotrophine, Physiogine, Tropicrème...)

Gelsea, gel hydratant et lubrifiant à base d'une micro-algue (la spiruline).

Alumina 9 CH (3 gr une fois par jour).

Contre la prise de poids

Un régime alimentaire strict limitant graisses et sucres.

Mincipause, à base de garcinia, de thé vert et de guarana.



Sur les hanches et cuisses : Thuya 15 ou 30 CH (3 gr par jour). Pour les grosses mangeuses : Nux Vomica ou Sulfur 15 ou 30 CH (une dose toutes les 2 à 3 semaines).



Initialement présenté comme la pilule de jouvence promettant aux femmes de la cinquantaine d'échapper aux affres d'un vieillissement inexorable et accéléré, le traitement hormonal substitutif, dont nous rappelons ici brièvement la saga, est exemplaire d'un combat mené et finalement gagné par les femmes pour leur santé contre l'avis du corps médical.

Traitement hormonal substitutif, LE RETOUR DE LA RAISON

Un livre du docteur Robert Wilson au titre accrocheur et explicite, *Féminine forever*, est à l'origine, il y a une quarantaine d'années, d'une approche véritablement révolutionnaire des problèmes de la ménopause, basée sur la carence hormonale.

> La création du concept

Ce médecin propose en effet aux femmes de compenser l'arrêt naturel de la sécrétion ovarienne qui définit la ménopause afin de leur supprimer les symptômes immédiats qui apparaissent à ce moment-là et leur empoisonnent généralement la vie. Les gynécologues, aidés par l'industrie pharmaceutique, vont alors élargir les indications de la démarche en faisant glisser ce traitement du confort vers la prévention. Le traitement hormonal substitutif, dont personne ne nie l'efficacité sur les troubles climatériques, principalement les bouffées de chaleur, les troubles de l'humeur et les problèmes cutanés (sécheresse, grain, aspect...), est censé freiner un vieillissement pourtant inéluctable mais aussi prévenir certaines complications plus lointaines tels les problèmes cardio-vasculaires, l'ostéoporose, la maladie d'Alzhei-

mer...). Robert Wilson est donc à l'origine d'un formidable concept qui va agiter le corps médical pendant près d'un demi-siècle, aider sans aucun doute un certain nombre de femmes mais compliquer la vie de la majorité d'entre elles. Dès 1975, les surrisques de cancer du sein et de l'utérus sont évoqués outre-Atlantique mais les gynécologues français, tout à leur pilule miracle, les considèrent comme très faibles puisque eux n'utilisent pas les mêmes molécules, recourent à des voies d'administration différentes et qu'ils ont la prudence d'ajouter de la progestérone pour protéger l'utérus. Bien que formidablement orchestrée par les gynécologues et les laboratoires pharmaceutiques, consciencieusement relayée par les médias scientifiques et le grand public qui y voient un progrès pour l'image de la femme de cinquante ans, la période « THS pour toutes les femmes » se solde finalement par un échec relatif puisque environ 15 % d'entre elles seulement suivent entre 18 et 24 mois une prescription pourtant réitérée et trop systématique. Les controverses de 2002 et 2003 viennent au secours des femmes en les confortant dans leur prudence. La dé-



THS : la fin d'une prescription systématique.

crues s'amorce irrémédiablement et une forme de raison impulsée par les pouvoirs publics revient.

> Les risques du traitement

Ils sont réels et indiscutables mais niés, sous-estimés ou non établis car les études coûtent cher et personne ne semble disposé à les payer. Et des assertions fantaisistes ou pseudo-scientifiques gagnent en honorabilité lorsqu'elles sont énoncées

par des porte-parole reconnus du corps médical puis reprises en chœur par les spécialistes : primo, assuret-on, le risque existe mais il est infime avec nos œstrogènes ; secundo, notre progestérone à nous est « naturelle (1) » ; tertio, la balance bénéfices-risques est largement positive... Ce que l'on sait avec certitude, c'est qu'il existe plusieurs risques reconnus, quelles que soient la molécule et la voie ***

••• d'administration. D'abord et surtout le risque de cancer du sein, confirmé par toutes les études et pourtant nié par certains gynécologues qui persistent à considérer qu'il peut certes légèrement le favoriser mais que ce surrisque est infime et le pronostic de toute façon bien meilleur puisque la patiente est mieux surveillée et le type de tumeur différent ! Quoi qu'il en soit, leur nombre est en baisse en France en 2005 et 2006 selon les auteurs d'une analyse publiée dans le *Bulletin du Cancer* et cela s'expliquerait en grande partie par une diminution de 62 % des prescriptions du traitement hormonal de la ménopause. Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour qu'il ne soit pas nécessaire de rajouter de longs commentaires. Le risque cardio-vasculaire avec thrombose veineuse (phlébite), embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, IDM, n'est pas négligeable non plus. Il est à noter que les ardents défenseurs du traitement hormonal substitutif ont longtemps affirmé qu'il protégeait le système cardio-vasculaire. Nous n'avons jamais cru en cette affirmation démentie par les publications récentes, préférant, et de loin, faire confiance aux mesures hygiéno-diététiques.

> Quelques effets indésirables du THS

Les femmes signalent parfois des douleurs¹ dans les seins, la réapparition de règles, des troubles de l'humeur, une prise de poids, de la rétention d'eau, des migraines...

Cela est vrai tout en étant peu grave puisqu'un changement de posologie ou de

produit suffit le plus souvent à les diminuer ou les supprimer. Mais si l'indication du traitement hormonal substitutif n'est pas impérative, peut-être trouve-t-on là une bonne raison de le stopper.

> Actuellement en France

Le THS combine généralement un œstrogène administré par voie cutanée (patch ou gel), mieux tolérée, mieux absorbée et probablement moins risquée pour le système cardio-vasculaire, avec une progestérone dite « naturelle » (Utrogestan) pour protéger l'utérus du cancer de l'endomètre. Les œstrogènes seuls sont utilisés chez les femmes hystérectomisées puisque ce risque n'existe plus.

Pour les autorités de santé, le traitement hormonal est réservé aux femmes dont la qualité de vie est altérée par des bouffées de chaleur intenses et rebelles, des problèmes cutanés gênants (sécheresse vaginale...), des troubles de l'humeur ou du sommeil... Ces personnes doivent être informées des risques de tels produits. La prescription de ces derniers doit se faire à la dose minimum, pour la période la plus courte possible, avec des réévaluations régulières. C'est ce que nous souhaitons et appelons de tous nos vœux : revenir enfin à plus de raison.

> Et les alternatives ?

Les médecines douces, avec à leur tête l'homéopathie et la phytothérapie, avaient, bien avant les polémiques de 2002 et 2003, discrètement mais largement investi la prise en charge des troubles et des complications de la ménopause.

Elles ont toujours constitué une véritable alternative thérapeutique, très utilisée et suffisamment efficace pour l'immense majorité des femmes (près de 8 sur 10 nous l'avons dit) qui ne voulaient pas de traitement hormonal, ne le supportaient pas, l'abandonnaient plus ou moins rapidement, ou souhaitaient le remplacer par des produits plus naturels. Ces médecines alternatives sont donc simplement réapparues de façon plus visible, profitant de la vogue du soja pour forcer au moins provisoirement la main aux gynécologues et les obliger à s'intéresser aux plantes et aux autres MAC. Nos méthodes (2) qui présentent un ratio efficacité/innocuité incomparable, devraient dès à présent être proposées en première intention à toute femme gênée par le moindre trouble climatérique. Encore faudrait-il convaincre la majorité des gynécologues, pari loin d'être gagné d'avance car ils aiment bien leur THS, et disposer d'un nombre suffisant de médecins alternatifs capables de les prescrire... mais ceci est un autre problème. ●

> Dr SERGE RAFAL,
spécialiste en médecine
générale,
attaché en premier
de l'hôpital Tenon,
Paris 20^e.

(1) On devrait poser la définition de « naturelle » à certains chefs de file de la gynécologie française.

(2) Pour plus d'informations, lire *La Ménopause au naturel*, Serge Rafal, éd. Marabout.

Examens gynécologiques

Chronique d'une consultation chez le gynécologue

À l'approche de la ménopause, Brigitte se rend chez un nouveau gynécologue. Reportage au cœur de son cabinet, pour une consultation haute en couleur.



Crée le 19/03/2009 - Révisé le 09/12/2010 par Nathalie Courrel

1. Consultation gynécologique : questionnaire médical
2. Les examens de surveillance gynécologique
3. L'auscultation

" Bonjour, bienvenue, qu'est-ce qui vous amène ? " Brigitte, 52 ans, est accueillie par le médecin. C'est une femme. Qui préfère recevoir ses patientes seules, sauf en cas de grossesse, d'infertilité ou de pathologie grave. " Je crois ressentir des signes de ménopause. J'ai appris que vous soigniez aussi par phytothérapie, ça m'intéresse. "

Remplir le questionnaire médical de gynécologie chez soi

Ensemble, elles "épluchent" le questionnaire médical que Brigitte a reçu plus d'un mois auparavant, après la prise de rendez-vous. Il fait la synthèse de ce que ce médecin a besoin de savoir. Il est rempli à la maison : le fait de rédiger tranquillement favorise une réflexion constructive. D'autant que, lors d'une première consultation, ce n'est pas toujours facile de penser à tout dire

Consultation gynécologique : parler de ses antécédents médicaux

Tout y est. D'abord, les antécédents de médecine générale et de chirurgie, ainsi que les antécédents familiaux :

A-t-elle des allergies, des problèmes intestinaux, circulatoires ? Souffre-t-elle de troubles urinaires, cystite ou incontinence ? Quels médicaments prend-elle, se soigne-t-elle par phyto, par homéo ? Quelle est son alimentation ? Mange-t-elle régulièrement des produits à base de soja, de lait de vache ? Pratique-t-elle une activité physique ? Une technique de relaxation ? Pour les fumeuses, quelle est la date de la dernière radiographie des poumons ?

Les antécédents gynécologiques

Ensuite, Brigitte doit renseigner l'âge de ses premières règles, l'abondance des saignements, la durée et la régularité des cycles. Les règles sont-elles douloureuses ? Un syndrome prémenstruel ou ovulatoire perturbe-t-il son cycle ? Souffre-t-elle de fibrome, mastose ou d'endométriose ? D'infections gynécologiques ?

Grossesse et contraception

Quel est le nombre de ses grossesses et leur évolution ? A-t-elle pris beaucoup de poids ? Comment se sont déroulés les accouchements ? L'allaitement, s'il a été possible, a duré combien de temps ? A-t-elle fait des fausses couches ou grossesses extra-utérines ? Quelle est sa contraception ? S'agit-il d'un stérilet ? Au cuivre ? À la progestérone ? Quel est le nom des pilules prises, pendant combien d'années ?

2 Les examens de surveillance gynécologique

3 L'auscultation

Brigitte doit également noter les dates des dernières mammographie, éventuelle hystérogographie, échographie pelvienne, frottis, ostéodensitométrie et bilan sanguin. "Merci de répondre impérativement", précise la spécialiste.

Ménopause et sexualité

Se plaint-elle de signes de ménopause ? Lesquels ? Depuis quand ? Est-elle sous traitement hormonal THS - de synthèse -, depuis combien de temps ? Souhaite-t-elle parler de problèmes sexuels ? Comment se sent-elle psychologiquement ? A-t-elle suivi une psychothérapie, une psychanalyse ? Quel est le motif de la consultation ?

La gynécologue lit attentivement le document, le commente et répond aux questions de Brigitte.

Les examens demandés

Tout au long de l'échange, la gynécologue reste attentive aux petits mots, aux regards de Brigitte. Elle s'excuse de demander un gros bilan, " c'est la première fois que je vous vois "

- une mammographie, numérique si possible. A renouveler tous les deux ans, tous les ans si la mère a eu un cancer du sein.
- une échographie mammaire tous les ans.
- une échographie pelvienne car Brigitte n'en a pas eu depuis longtemps.
- un frottis cervical annuel.
- une ostéodensitométrie quand elle n'a pas été déjà faite, à renouveler tous les cinq ans si les résultats sont normaux.
- un bilan sanguin incluant le dosage du cholestérol et des acides gras, de la ferritine, de la THS ultrasensible (hormone thyroïdienne), de la vitamine D et du CTX de type 1 (C-télopeptide du collagène spécifique de l'os), marqueur de la destruction osseuse.

3 L'auscultation

Brigitte est invitée à se dévêtir, " le bas seulement. " L'examen médical commence. Détail qui a son importance : les spéculums sont placés dans un chauffe-spéculum et introduits dans le vagin des patientes à 37 °C pour plus de confort, Brigitte apprécie l'attention. Un frottis monocouche et un toucher vaginal sont réalisés. " Vous pouvez vous rhabiller, je vais maintenant regarder vos seins. " Plus ils sont gros, plus la palpation dure longtemps. Très attentive aux grains de beauté, la gynécologue adresse la patiente à un confrère dermatologue en cas de doute.

L'alimentation en question

" Voulez-vous vous peser ou pas ? " Sans la blesser, elle invite Brigitte à monter sur la balance. -" J'aimerais maigrir un peu, mais je n'y arrive pas " lui dit Brigitte. Le médecin parle alors d'alimentation. Elle lui conseille une liste d'ouvrages, donne des articles médicaux qui correspondent à son cas. Elles pourront en discuter à la prochaine visite. " Vous savez, je suis désolée, j'aimerais tout vous expliquer, mais il nous faudrait deux ou trois heures. Et puis, il est difficile de tout retenir en une seule fois ", regrette la spécialiste.

Combien le manque d'hormones à la ménopause

La gynécologue prépare l'ordonnance, puis lui explique sa prescription, " A la ménopause, il faut compenser le déficit d'hormones, même en l'absence de bouffées de chaleur. Une sécheresse vaginale peut s'observer, elle accentue les problèmes infectieux. En plus des phytohormones, il faut prendre l'habitude d'appliquer une crème au niveau de la vulve, comme on le fait sur le visage au quotidien. " Elle conseille Mucogyne® ou Erygyne® (sans paraben).

Un traitement gynéco individualisé

Compensation hormonale, sécheresse vaginale, problèmes circulatoires, stress... Le traitement de la ménopause est toujours individualisé, à prendre matin et soir. Certains remèdes sont fixes, d'autres sont arrêtés " quand ça va mieux. "

Une consultation gynécologique trop courte !

La consultation se termine, elle a duré entre vingt et trente minutes. C'est peu malheureusement, et le médecin le regrette. Mais si la pathologie est grave, la consultation dure le temps nécessaire, et la prochaine patiente devra alors attendre un petit peu en salle d'attente!

LE SOJA, C'EST BON POUR MOI ?



mattulida - Fotolia.com

A LIRE DANS CET ARTICLE

1. QU'EST CE QUE LE SOJA ?
2. LE SOJA PROTÈGE CONTRE QUOI ?

Mis à jour le Vendredi 5 Juin 2009

Allergies, bobo écolo ou ménopause, ce sont les trois raccourcis qui viennent à l'esprit quand on évoque cette petite graine, parée de vertus controversées. Et si on lui refaisait une petite santé ?

1. QU'EST CE QUE LE SOJA ?

Une légumineuse, introduite en Europe dès le XVII^e siècle. Eh oui, le soja n'est pas arrivé sous nos latitudes dans les balluchons de quelques hippies illuminés devenus depuis de sympathiques bobos à la fibre écolo. Doté d'un index glycémique bas, le soja se caractérise des autres légumineuses par sa teneur plus élevée en protéines (37%), en lécithine, en minéraux et en isoflavones, ces fameux phytoestrogènes qui ont fait naître la polémique. En effet, des études ont mis en évidence une baisse de la concentration des spermatozoïdes chez les hommes consommateurs réguliers de soja, sans qu'un lien définitif de cause à conséquence ait été scientifiquement établi.

Néanmoins le principe de précaution prévaut : pas de lait de soja avant l'âge de 6 mois chez les garçons et régime d'abstinence face au soja pour les couples rencontrant des difficultés à procréer. Néanmoins, le soja, en supplémentation ou dans l'assiette, a aussi de nombreuses vertus santé en aidant à prévenir certaines pathologies.

1. Maladies cardiovasculaires

Riches en arginine et pauvres en lysine (acides aminés), les protéines du soja présentent des propriétés protectrices contre les maladies cardiovasculaires.

2. Cancer

Selon des études récentes, la consommation régulière de soja permettrait de réduire l'incidence de certains cancers (sein, prostate...).

3. Ménopause

Le corps médical conseille parfois des gélules d'isoflavones de soja pour réduire l'inconfort des bouffées de chaleur et améliorer la sécheresse vaginale.

4. Ostéoporose Le soja consoliderait le métabolisme osseux après la ménopause, selon des études menées auprès de populations asiatiques moins touchées par cette pathologie quoique consommant moins de calcium que les peuples occidentaux.

5. Alzheimer La lécithine que contient le soja joue un rôle important au niveau du cerveau en favorisant un neurotransmetteur impliqué dans la mémoire.

Remerciements au Dr Jean-Paul Curtay, nutrithérapeute.

Auteur : Marine Férol

côtesanté

Santé au féminin

Longévité et bien-être

Quelques avancées médicales devraient permettre une vie encore plus harmonieuse et plus longue pour les femmes...

La santé des femmes repose sur des principes de prévention et de traitement spécifiques. De sérieux progrès ont été réalisés dans l'un et l'autre domaines, notamment celui de la prévention.

CANCERS FÉMININS

Deux cancers fréquents, du sein et du col de l'utérus, bénéficient de progrès indiscutables.

• Cancer du sein

Le dépistage organisé et gratuit (de 50 à 74 ans) permet de détecter plus tôt les tumeurs, les traitements sont plus efficaces et la chirurgie réparatrice après ablation d'un ou deux seins fait maintenant des merveilles. Même si les cancers du sein familiaux sont rares (5 % des cas), une attention particulière est portée aux femmes faisant partie de familles à

haut risque. On leur propose des tests pour voir si elles sont porteuses d'une mutation génétique dangereuse et, si oui, un suivi régulier dès l'âge de 30 ans (examen des seins tous les 6 mois et bilan annuel comprenant mammographie, échographie et IRM). On peut même leur indiquer, à titre préventif, une mastectomie (ablation) des deux seins*.

• Cancer du col de l'utérus

Elle ne supprime pas les frottis vaginaux (recommandés tous les trois ans), mais la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, possible depuis 2007, devrait permettre d'épargner des vies. Elle est recommandée par les autorités de santé aux jeunes filles pour les protéger avant le début de leur vie sexuelle, les rapports sexuels les exposant au risque d'infection à *Papillomavirus* laquelle induit parfois des

lésions précancéreuses pouvant évoluer vers un cancer du col utérin. Ces vaccins ne sont pas remboursés.

MÉNOPAUSE : LE THM RÉHABILITE

La ménopause est également mieux prise en compte, même si les femmes hésitent : faut-il opter pour un traitement hormonal substitutif (THS) ou pas ? En effet, des études alarmantes, américaines et anglaises, ont fait état d'un risque plus élevé de cancer du sein et de maladies cardiovasculaires chez les femmes ménopausées suivant ce type de traitement. Aujourd'hui, l'heure de la réhabilitation a sonné, du moins en France, où l'on n'utilise pas les mêmes hormones ni les mêmes doses que dans les pays anglo-saxons. Les études montrent qu'à long terme, les Françaises traitées par THS (ou THM : traitements hormonaux de la ménopause) n'ont pas plus de cancers du sein que les autres. Forts de ces résultats rassurants, les médecins français les prescrivent donc à nouveau, surtout aux femmes qui souffrent de troubles « climatiques » incommodes (bouffées de chaleur fréquentes et importantes, sueurs nocturnes...). À dose minimale efficace et pour une durée limitée.

Le THM permet aussi de réduire le risque de fractures liées à l'ostéoporose. Mais, dans tous les cas, le médecin doit tenir compte de ses contre-indications (existence d'un cancer du sein ou d'une autre tumeur hormonodépendante, par exemple cancer de l'utérus), ou d'une maladie thrombo-embolique veineuse ou



8

Le saviez-vous ?

Des tests de ménopause

« Je n'ai plus de règles depuis 8 mois, je suis donc ménopausée... » C'est ce que croient beaucoup de femmes. En fait, ce n'est pas toujours le cas. Il peut s'agir de la péri-ménopause, une période de grandes variations hormonales avec interruption des règles pendant 6 à 8 mois, voire plus, lesquelles reviennent subitement pour disparaître à nouveau, cela durant plusieurs années. Aujourd'hui, des tests de ménopause (en pharmacie), simples et rapides, permettent de faire la différence. Ils reposent sur la **détection de la FSH (Follicle-Stimulating Hormone, en français hormone folliculo-stimulante)** qui augmente à la ménopause. Chaque boîte de ces « hometests » (il en existe trois actuellement) contient deux tests à usage unique ; les deux doivent être positifs pour affirmer que la ménopause est installée. La concentration de FSH pouvant varier, il est quand même conseillé de voir son ou sa gynécologue.

quoi de neuf ?

Le point sur la recherche

Migraineuses : moins de cancers du sein

Des études montrent que les migraineuses (des femmes en grande majorité) ont deux fois plus de risques d'accidents vasculaires cérébraux. Une autre, plus récente, suggère des liens entre migraine et anxiété ou dépression. Mais voilà un point positif : selon des travaux américains (publiés en novembre 2008), réalisés sur 2 000 femmes ménopausées souffrant d'un cancer du sein et 1 500 femmes témoins, les femmes souffrant de migraine auraient 30 % de risque en moins d'avoir un cancer du sein. Le mécanisme de cet effet protecteur n'est pas bien connu, mais les traitements anti-migraineux sont peut-être responsables de la réduction de ce risque. Ou encore le fait que la migraine est souvent liée à un faible taux d'estrogènes, ce qui limite le risque de cancer du sein induit par des concentrations élevées d'estrogènes.



artérielle. C'est aussi au médecin de décider de la durée de ce traitement en fonction de leur « profil » et de leur âge.

BOUFFÉES DE CHALEUR : AUTRES SOLUTIONS

Il existe des alternatives au THM pour lutter contre les troubles de la ménopause, même si elles sont moins performantes.

• Par exemple, contre les bouffées de chaleur, les isoflavones de **soja** (en gélules), et plus généralement les **phyto-estrogènes**, mais ils n'agissent pas sur l'ostéoporose.

• Des travaux récents ont aussi montré l'intérêt de l'**homéopathie** pour soulager les bouffées de chaleur. Dans une étude, réalisée dans huit pays auprès de 438 femmes ménopausées, 9 sur 10 ont constaté la disparition ou l'amélioration des bouffées quotidiennes, le plus souvent dans les 15 jours qui ont suivi le début du traitement. Les médicaments homéopathiques les plus prescrits

contre les bouffées de chaleur sont : *Lachesis* 15 CH, *Belladonna* 9 CH, *Sepia* 15 CH, *Sulfur* 15 CH et *Sanguinaria canadensis* 9 CH, choisis en fonction des caractéristiques de la patiente.

HALTE À LA SÈCHERESSE VAGINALE

La **sécheresse vaginale**, due à la carence en estrogènes à la ménopause, provoque inconfort et douleurs. Il existe aujourd'hui des solutions locales plus efficaces, gels ou ovules – à base d'estrogènes ou non – contenant de l'acide hyaluronique, lequel hydrate et lubrifie le vagin, car il est capable de fixer l'eau, de ralentir son évaporation et de former un film visco-élastique sur la paroi vaginale. Les applications doivent être régulières : au moins trois fois par semaine.

OSTÉOPOROSE : TRAITEMENTS PLUS FACILES

En dehors du THM, plusieurs médicaments préviennent ou limitent

l'**ostéoporose**. Mais les femmes les abandonnent souvent à cause des prises quotidiennes contraignantes... Heureusement, de nouveaux traitements hebdomadaires ou mensuels sont maintenant disponibles. Un médicament annuel est même sorti l'an dernier, en perfusion uniquement. L'arrivée, prévue cette année, d'un autre médicament en injection sous-cutanée semestrielle, devrait encore simplifier la vie des femmes et améliorer ainsi l'observance du traitement. En dehors de ces médicaments ou en complément, la prise quotidienne de comprimés ou de sachets de calcium, associés à de la vitamine D (en vente libre en pharmacie), reste d'actualité, même si leur action sur la solidité des os est moins importante.

➔ **Sophie Albanel**

* Pour en savoir plus : la brochure *Histoire familiale et cancer du sein*, éditée par l'association Europa Donna et téléchargeable sur le site Internet : www.europadonna.fr

Les hormones sont-elles dangereuses pour la santé ?



À un moment ou un autre de sa vie, une femme va prendre des hormones. Mais qu'en est-il des risques de cancer du sein ? Davantage que la pilule, c'est le traitement hormonal de la ménopause qui est sur la sellette. Explications.

Créé le 19/03/2009 - Révisé le 10/12/2010 par Nathalie Courret

- 1 La pilule joue-t-elle un rôle dans le cancer du sein ?
- 2 Le traitement hormonal de la ménopause
 - 3 Des hormones au cas par cas
 - 4 Prise d'hormones : prudence
 - 5 Eviter les prises prolongées d'hormones ?
 - 6 Le traitement hormonal de la ménopause (THM) en bref

Encore plus que la pilule, c'est le traitement hormonal de la ménopause (THM) qui pose problème. Largement prescrit à partir des années 1980, il défraie la chronique en 2002 - non seulement il augmente le risque de cancer du sein (un peu plus que la pilule), mais il n'est pas non plus dénué de risques cardiovasculaires. Beaucoup de femmes sont en colère et se sentent trahies. Les prescriptions chutent de 62 % entre 2002 et 2006 (Bull Cancer, 2008).

Traitement hormonal de la ménopause : un traitement qui ne convient pas à tout le monde

Aujourd'hui, dans son rapport Hormones, santé publique et environnement, l'Académie des sciences estime que le THM ne doit pas être proposé à tout le monde : "Beaucoup reste encore à faire pour évaluer le rapport bénéfice/risque du traitement hormonal de la ménopause."

- 4 Prise d'hormones : prudence
 - 5 Eviter les prises prolongées d'hormones ?
 - 6 Le traitement hormonal de la ménopause (THM) en bref

Alors, prendre des hormones, est-ce finalement sans danger ? Françoise Clavel-Chapelon, directrice de recherche à l'Inserm, reste prudente.

Les estrogènes en question

Certes, ses travaux montrent que l'association estrogène-progestérone micronisée, le fameux traitement "à la française", ne semble pas élever le risque de cancer du sein, en particulier quand les hormones sont administrées à travers la peau. Mais ils indiquent aussi que ce risque est augmenté par un traitement à base d'estrogène seul ou associé à un progestatif de synthèse. Du coup, la chercheuse déclare ne pas être favorable à une prescription systématique.

Hormones : ne pas mettre de pression sur les femmes

C'est également ce que pense le Dr Annie Sasco, directrice de recherche à l'Inserm et responsable de l'équipe épidémiologie pour la prévention du cancer. « Ce n'est pas un risque énorme, c'est vrai, et il diminue à l'arrêt du traitement. Mais pour quel bénéfice ? En tant que femme, a-t-on besoin de tout cela ? La ménopause est un phénomène naturel : il y a un début et une fin à la vie reproductive. Pourquoi mettre la pression sur celles qui ne le demandent pas, avec des slogans tels que "féminine for ever" ? »

- 6 Le traitement hormonal de la ménopause (THM) en bref

Traitement hormonal de la ménopause : pour qui ?

Pour celles qui ont des bouffées de chaleur récalcitrantes. L'insomnie, la sécheresse vaginale ou une peau trop sèche ne suffisent pas à décider d'un THM.

Traitement hormonal de la ménopause : comment et pendant combien de temps ?

La dose minimale d'estrogène-progestérone micronisée en gel, le moins longtemps possible : une femme qui n'a plus de symptômes doit l'arrêter progressivement. Un arrêt brutal ferait réapparaître les symptômes.

Traitement hormonal de la ménopause : quelles sont les contre-indications ?

Vous avez, ou avez eu un cancer du sein. Même précaution en cas de risque cardiovasculaire avéré : diabète, hypertension ou obésité.

Ces battantes de la cinquantaine

Les femmes de 50 ans en paraissent aujourd'hui dix de moins. La ménopause ? Elles la vivent sans drame dès lors qu'elles s'y sont bien préparées.

Quasi grand-mères en 1950, les quinquas sont aujourd'hui des battantes, jeunes dans leur tête et dans leur corps. Prêtes, pour certaines, à refaire leur vie. Pourtant, les hormones, elles, continuent à marquer le cap. L'âge de la ménopause n'a pas changé, avec ses bouleversements qui marquent l'entrée dans une nouvelle vie. Comment vit-on aujourd'hui ce « passage » ?

Une transition à négocier

« La période qui précède l'arrêt définitif des règles continue à beaucoup perturber les femmes, note Françoise Kremer, présidente de l'association Femmes pour toujours⁽¹⁾.

Les règles deviennent capricieuses, le moral fluctue. Les bouffées de chaleur et les prises de poids sont difficiles à contrôler. De plus, personne n'est en mesure de dire combien de temps cette période va durer : quelques mois pour certaines, plusieurs années pour d'autres. Le fait de ne pas maîtriser les choses renforce le sentiment de perte de repères. » Pourtant, dès lors qu'elles sont bien informées, les femmes ne vivent pas forcément mal cette transition : « Nous, association, les aidons à dédramatiser en leur expliquant que ce n'est qu'un événement hormonal qu'il faut relativiser. La plupart des femmes, passés la quarantaine, ne souhaitent plus d'en-

fant. Dès lors, pourquoi s'affoler ? La féminité ne s'arrête pas avec la fin de la fécondité, bien au contraire. Pour certaines, c'est même un soulagement : finies les règles, finie la contraception. »

« Pour que les femmes vivent bien ce cap, il faut qu'il y ait un suivi gynécologique de qualité », explique pour sa part Martine Teillac, psychotérapeute et psychanalyste. Le gynécologue doit tenir un discours d'anticipation et de prévention, en parlant plus d'hygiène de vie, de nouveau mode de vie. Cela permet de réguler son poids et d'éviter l'ostéoporose.

L'ère des nouveaux projets

« Les femmes qui travaillent ou qui ont une passion en dehors de la vie familiale sont moins vulnérables au temps qui passe. Elles restent créatives, pleines d'énergie, avec une ouverture sur le monde bien plus grande que ne l'avait leur propre mère », poursuit Martine Teillac. 50 ans, l'âge des grands chamboulements ? C'est en effet plus que jamais le moment d'envisager une reconversion professionnelle, de s'engager dans le bénévolat, ou de reprendre des études.

À 52 ans, Elisabeth vit ce tournant avec des projets plein la tête : « J'ai consacré vingt-cinq ans à élever mes quatre enfants. Aujourd'hui, ils ont moins besoin de moi et j'ai pu monter une petite entreprise de fabrication de sacs en tissu, comme alternative aux sacs en plastique. Ce redéploiement m'apprend plein de choses ! Je m'occupe aussi plus de moi. J'ai pris rendez-vous chez un dermatologue pour qu'il m'enlève les taches de soleil sur le visage. Ça m'a redonné un coup d'éclat. On dirait que j'ai cinq ans de moins ! »



Getty Images/S. Edwards

D'autres prennent conscience qu'il est temps de penser à une deuxième carrière, comme Nathalie, 46 ans, qui veut tourner le dos au secrétariat médical : « En décrochant un bilan de compétences, je découvre que j'ai au moins deux formations à saisir pour changer radicalement de vie professionnelle. » D'autres rêvent de se mettre à leur compte : « Après vingt ans dans la même entreprise, j'en ai fait le tour, témoigne Geneviève. À 47 ans, j'ai très envie d'ouvrir une franchise pour un magasin de cosmétiques naturels. »

Prendre des responsabilités dans sa commune est aussi une voie explorée. « Depuis le départ des enfants, j'emploie le temps désormais libéré à l'animation d'un comité de quartier, explique Isa-

Les femmes qui travaillent ou qui ont une passion sont moins vulnérables au temps qui passe.

belle, 56 ans. Nous planchons sur un projet de conversion de friches industrielles. »

Les enfants ayant quitté le foyer, le couple se retrouve en tête-à-tête. Certains divorcent, d'autres redécouvrent une vie à deux moins contraignante. « J'ai la chance de pouvoir compter sur l'affection et le soutien de mon mari, note Sandrine. Le cap de la ménopause ne l'a pas choqué, cela m'a rassurée. Il m'aime, il m'écoute... Il n'en a pas fait de problème. » Le rôle du conjoint est d'autant plus important que la sexualité ne s'arrête

pas à 50 ans ! Bonne nouvelle, elle est nettement plus riche qu'il y a trente-cinq ans, comme le montre une enquête de l'Inserm⁽²⁾ : en 1970, les femmes de plus de 50 ans n'étaient que 53 % à déclarer une activité sexuelle dans les douze mois précédents, contre 77 % en 1992 et 90 % aujourd'hui !

Sophie Pensa

(1) www.femmes-pourtoujours.com. Le témoignage de Sandrine est tiré d'une enquête réalisée pour l'association.

(2) Enquête citée par le Dr Sylvain Mimoun dans « Ce que les femmes préfèrent », éditions Albin Michel.

LE SUIVI MÉDICAL EST ESSENTIEL

La ménopause n'est pas une maladie et la moitié des femmes passent ce cap sans symptômes particuliers. Pour l'autre moitié, se pose la question de la substitution hormonale. Le recours au THS reste indiqué en cas de troubles climatiques importants (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale...). « Certaines préfèrent s'en passer et recourir aux vitamines et minéraux, aux hormones naturelles et aux gels lubrifiants locaux. L'essentiel reste le suivi médical, qu'il y ait ou non un traitement associé, afin de continuer à pratiquer les dépistages nécessaires (trottis, mammographie, bilans sanguins et osseux à intervalles réguliers) », note Françoise Kremer. S'assurer de sa bonne santé, c'est le gage d'être bien dans sa tête.

MÉNOPAUSE HORMONES OR NOT HORMONES ?

Cancer du sein, mémoire en berne, mais aussi recul de l'ostéoporose ou régression des tumeurs intestinales, le traitement hormonal substitutif serait responsable du pire et du meilleur. Qui croire ? Une dernière étude en provenance du Minnesota nous donne l'occasion de faire le point.

Par Sylvia Vaisman Illustration Mydeadpony, colagene.com

Il y a vraiment de quoi y perdre son latin. Petit rappel : jusqu'à l'été 2002, les gynécologues prescrivait systématiquement à toutes leurs patientes ménopausées un cocktail d'hormones censées remplacer celles naguère produites par leurs ovaires. Puis, coup de tonnerre, une étude américaine réalisée sur plus de seize mille femmes, Women's Health Initiative, a suggéré que le traitement hormonal substitutif (THS) augmentait le risque de survenue du cancer du sein et de maladies cardio-vasculaires. Ces résultats alarmants ont été médiatisés à outrance, tant et si bien que nombre de femmes angoissées ont immédiatement arrêté leur traitement. Et d'autres n'ont jamais commencé le leur le moment venu. À tort ? À raison ? Sept ans plus tard, la controverse bat toujours son plein. Au gré de la publication de nouvelles études scientifiques, dont les résultats sont discordants et focalisent sur des problèmes distincts, elle s'amenuise parfois, puis regonfle de plus belle. Difficile, dans ces circonstances, pour les dix millions de Françaises ménopausées, dont quatre cent mille nouvelles chaque année, de faire la part des choses. D'autant que les chercheurs ont encore, il y a quelques mois, soufflé le chaud et le froid.

PRIVILÉGIER SES SEINS, SON INTESTIN OU SON CERVEAU ?

Début janvier, des médecins de l'université du Minnesota ont par exemple démontré¹ que le THS diminuait considérablement le risque de développer un cancer colorectal. Une annonce de poids dans la mesure où ce type de tumeur progresse à pas de géant dans les pays industrialisés. Parmi les cin-

quante-six mille sept cents femmes suivies quinze ans durant, il est en effet apparu que la simple administration d'œstrogènes baisse l'incidence de ces tumeurs intestinales de 17 à 26 % et celle d'œstrogènes combinés à de la progestérone de... 45 % ! Les partisans du THS ont à peine eu le temps de se réjouir que, vingt jours plus tard, le Dr Susan Resnick, du Centre de recherche biomédicale de Baltimore, a dévoilé les résultats de son analyse par IRM (imagerie par résonance magnétique) du cerveau de mille quatre cents Américaines traitées. Verdict : leur volume cérébral semble légèrement réduit par rapport aux femmes ne prenant pas d'hormones de substitution, notamment au niveau du lobe frontal et de l'hippocampe, régions impliquées au premier chef dans la mémorisation.

Bien que la relation de cause à effet ne soit pas encore élucidée, cette nouvelle suspicion jette un pavé supplémentaire dans la mare. Et plonge les femmes dans le désarroi. Faut-il privilégier ses seins, son intestin ou son cerveau ? Doit-on jouer la prudence, quelle que soit l'ampleur des désagréments de la ménopause, ou bien recourir au THS sachant que tout médicament apporte des bénéfices mais comporte aussi inéluctablement des effets secondaires indésirables ?

ATTENTION AUX ÉTUDES AMÉRICAINES

Cette équation à plusieurs inconnues semble à première vue insoluble. Mais elle ne l'est pas si l'on en croit le Dr Pascaline Théry, gynécologue-endocrinologue à l'Institut Curie et à l'hôpital de Versailles. « Les études américaines font grand bruit, mais elles ne sont pas transposables à la France car les traitements dans les deux pays ne sont pas les mêmes », assurait-elle le 29 janvier

LES CONCLUSIONS PRÉSENTÉES FIN JANVIER 2008 PAR L'ÉTUDE "MISSION", MENÉE PAR LA FNCGM, CONFIRMENT QU'IL N'Y A PAS DE SUR-RISQUE IMPORTANT DE CANCER DU SEIN AVEC LE THS À LA FRANÇAISE.

2008 lors d'une conférence à l'Institut Curie. « Les doses délivrées outre-Atlantique sont bien plus importantes que chez nous. Et là-bas, les médecins prescrivent surtout des œstrogènes conjugués extraits d'urine de cheval, et non du 17 bêta-estradiol associé à de la progestérone micronisée d'origine naturelle, comme c'est majoritairement le cas dans l'Hexagone. » De plus, la moyenne des femmes ayant participé aux études avaient 60 à 70 ans, soit bien plus que celles à qui sont en théorie dévolus aujourd'hui ces traitements. Sans compter la différence de corpulence, et donc d'état physiologique, entre les Américaines et les Françaises (indice de masse corporelle d'environ 28,5 pour les premières contre 24 à 25 pour les secondes). Des biais non négligeables, quand on sait que l'âge et l'embonpoint constituent déjà à eux seuls des facteurs de risque pour le cancer du sein et les maladies cardio-vasculaires. Il faut donc raison garder et ne pas diaboliser le THS à chaque fois qu'un anglo-saxon fait couler un peu d'encre sur le sujet.

LES BIENFAITS DES TRAITEMENTS "À LA FRANÇAISE"...

Qu'en est-il donc objectivement des traitements hormonaux substitutifs « à la française » ? Pour les troubles du climatère, c'est-à-dire les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, la sécheresse vaginale, la grande fatigue et les sautes d'humeur dont se plaignent près de 80 % des femmes ménopausées, l'avantage est indiscutable. « Le THS réduit leur sévérité et leur fréquence hebdomadaire de 77 %, ce qui correspond à un gain significatif de qualité de vie et réduit par là même l'incidence des dépressions sévères qui surviennent à cette période. Et ce, quel que soit le traitement utilisé », atteste le Dr Geneviève Plu-Bureau, gynécologue à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris. Son impact positif sur la minéralisation osseuse n'est également pas contesté. À partir de l'âge de 50 ans, le squelette se fragilise. Sa densité diminue et l'architecture de ses tissus internes se détériore peu à peu. C'est l'ostéoporose, qui touche un tiers des femmes² et dont les conséquences sont parfaitement connues : la colonne vertébrale se tasse, d'où une perte de taille importante (parfois supérieure à 15 cm !), et les os se brisent au moindre choc. Cette maladie silencieuse serait responsable de cinquante mille fractures du fémur, trente-cinq mille fractures du poignet et plus de cinquante mille fractures vertébrales chaque année en France. « Il est clairement établi que le THS freine la perte osseuse et amoindrit les risques de fractures », souligne Geneviève Plu-Bureau. Toutefois, son effet pro-

tecteur disparaît dès l'arrêt du traitement. Et une bonne hygiène de vie, un régime riche en calcium et un apport suffisant en vitamine D donnent d'aussi bons résultats.

Quant au cancer des ovaires, les données disponibles ne sont pas encore suffisantes pour établir un rapport direct entre la prise de THS et la survenue de tumeurs. Son retentissement sur le cancer de l'utérus est en revanche mieux documenté. La fréquence de ce cancer augmente nettement à la cinquantaine, atteint son pic vers 65-70 ans et diminue après. L'ensemble des études publiées conclut que l'absorption d'œstrogènes seuls accentue le risque, alors que l'adjonction de progestérone le diminue, voire l'annule. Sur cette pathologie, le traitement combiné est donc un jeu à somme nulle.

... AVEC QUELQUES BÉMOLS

Les répercussions du traitement hormonal de la ménopause sur le système cardio-vasculaire sont plus délicates à appréhender. On a longtemps pensé que les œstrogènes protégeaient la paroi des artères car les femmes non ménopausées sont peu sujettes à l'infarctus et parce qu'un déficit hormonal précoce multiplie par trois la survenue de maladies coronariennes. En fait, tout dépend de la période à laquelle le traitement est prescrit et de la voie d'administration adoptée. « Les œstrogènes sont susceptibles de perturber la coagulation sanguine et de créer des caillots qui obstruent les vaisseaux, explique le Dr Plu-Bureau. On constate en effet une élévation du risque de phlébite et d'embolie pulmonaire lorsque les hormones sont données par voie orale et à un âge avancé. Pas quand elles sont délivrées par voie cutanée (patch ou gel) dans les quelques années suivant l'arrivée de la ménopause. » Sauf en tout début de traitement, car lorsqu'une plaque d'athérome est déjà constituée, les œstrogènes accélèrent son extension. Le Pr Pierre-Yves Scarabin, directeur de l'équipe de recherche « Épidémiologie cardio-vasculaire » de l'Inserm, insiste également sur le rôle des progestatifs associés : « Tous ne sont pas égaux [...]. Certains d'entre eux, les dérivés norpregnanes notamment, peuvent augmenter le risque. » Ce type de progestérone, très utilisé aux USA, n'est heureusement pas prescrit massivement chez nous. « Avec le THS à la française, seule l'incidence des accidents vasculaires cérébraux semble augmentée, reconnaît Pascale This, bien que les études soient encore insuffisantes pour que l'on puisse conclure sur ce sujet. » Reste la menace du cancer du sein, qui serait d'après les scientifiques américains fortement amplifiée par le recours au THS. Les résultats d'une enquête sur plus de cinquante-quatre mille cinq cents Françaises ménopausées adhérant à la mutuelle MGEN ont apporté quelques précisions sur les produits de substitution employés dans l'Hexagone. Celles qui prennent une combinaison d'œstrogènes et de progestérone de synthèse pâtissent en effet de leur traitement. Au bout de deux ans de THS, elles ont 20 % de risques supplémentaires de développer un cancer du sein. Et ce risque s'accroît à mesure que la

durée du traitement s'allonge. En revanche, ce danger semble écarté si l'on associe œstrogène et progestérone micronisée (de l'Utrogestan par exemple). Il en est de même pour les femmes qui ont subi une ablation de l'utérus et qui prennent uniquement des œstrogènes. « Le risque est également moindre avec un traitement séquentiel, c'est-à-dire un cocktail d'hormones dont la composition fluctue au cours du mois, qu'avec un traitement continu », indique Pascale This. Un message que les gynécologues semblent avoir bien entendu.

PAS DE SUR-RISQUE IMPORTANT DE CANCER

L'étude Mission, menée par la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) auprès de six mille sept cents femmes ménopausées suivies par un gynécologue français, est de fait rassurante. Ses conclusions, présentées fin janvier 2008, confirment qu'il n'y a pas de sur-risque important de cancer du sein avec le THS à la française. « L'incidence de ce cancer après deux ans de suivi est identique entre femmes traitées et non traitées (0,6 % pour les premières, 0,7 % pour les secondes) », dit le Dr Pia de Reilhac, gynécologue à Nantes et coordinatrice de l'étude. « De même, on n'observe pas plus de cancers du sein chez les patientes ayant reçu un traitement hormonal progestatif avant la ménopause que chez les autres. »

NE PAS HÉSITER À SE FAIRE AIDER

Les médecins tricolores qui crient encore au loup semblent donc avoir peu de raisons de le faire, à condition de suivre scrupuleusement les recommandations françaises officielles en matière de THS. « Les traitements sont désormais prescrits au cas par cas aux femmes qui souffrent de bouffées de chaleur très inconfortables et qui ne présentent ni risque cardio-vasculaire ni risque de cancer du sein particuliers », signale le Dr This. La durée d'imprégnation hormonale (âge des premières règles, âge de la ménopause, nombre de grossesses) est également déterminante. Plus elle aura été longue, plus le THS devra être de courte durée afin de gommer les symptômes de début de ménopause sans prendre de risque majeur.

« L'idéal est d'arrêter le traitement après cinq à sept ans, mais tout dépend du mode de vie de la femme, si elle travaille encore ou non, si sa vie sexuelle est active... Bien sûr, rien n'est imposé. Prendre ou pas un THS est une décision médicale partagée entre le médecin et la patiente », poursuit Pascale This. La ménopause n'est certes pas une maladie qu'il faut traiter coûte que coûte. C'est juste une période délicate à passer pour laquelle il ne faut pas hésiter à se faire aider. Si vous faites partie des chanceuses qui ne ressentent guère de désagréments, tant mieux. Sinon, ne vous résignez pas. Parlez-en ouvertement à votre gynécologue pour trouver avec lui la meilleure solution adaptée à votre cas. Aujourd'hui, à 50 ou 60 ans, on est encore bien trop jeune pour se laisser malmené par ses hormones !

1. Dans la revue internationale *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*.
2. Une sur dix à 50 ans et une sur deux à 60 ans.

LES SOLUTIONS ALTERNATIVES NATURELLES À LA LOUPE

Surfant sur la peur des effets négatifs potentiels des hormones de substitution, nombre de laboratoires étouffent depuis quelques années leur catalogue de produits contre les troubles de la ménopause, et les pharmacies regorgent de comprimés et de gélules dérivés de plantes contre les bouffées de chaleur, l'ostéoporose, l'irritabilité ou la baisse de libido rencontrés à cet âge. Que faut-il en penser ?

➤ **Les isoflavones de soja.** Ces composés auraient une action similaire aux œstrogènes féminins dans la mesure où leur structure chimique est proche. Certes, les femmes japonaises, qui ingurgitent des quantités phénoménales de soja depuis leur enfance, ne sont que 10 % à se plaindre de bouffées de chaleur à la ménopause. Est-ce suffisant pour en conclure que l'absorption d'isoflavones permet de les supprimer chez nous ? La génétique joue aussi probablement un rôle. Et pour le moment, leur efficacité sur la thermorégulation et la minéralisation osseuse n'a été démontrée que... sur la souris. De plus, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) met en garde contre leur consommation excessive, qui pourrait présenter les mêmes risques de tumeur que le THS. La dose à ne pas dépasser est de 1 mg par jour et par kilo de poids corporel. Ces dérivés de soja sont en outre contre-indiqués aux femmes ayant des antécé-

dents de cancer du sein, de l'utérus ou des ovaires.

➤ **Les autres phyto-œstrogènes.** Le lin, la sauge, la luzerne, le yam et le houblon renferment également des phytohormones qui donnent de bons résultats sur les troubles de la ménopause. L'extrait fortement dosé des gélules Granion+ Ménopause (laboratoire EA Pharma) divise par quatre les bouffées de chaleur en six semaines, et il n'induit pas de multiplication cellulaire. Ces gélules, qui renferment également du sésame protecteur contre le cancer du sein, sont vendues en pharmacie.

➤ **Les oméga 3.** Les nutritionnistes recommandent ces acides gras – que l'on trouve surtout dans les poissons des mers froides et certaines huiles – pour maintenir les neurones en bon état et prévenir les maladies cardio-vasculaires. Des fabricants de compléments alimentaires les proposent aussi pour minimiser certains tracas de la ménopause. Pour validation, des chercheurs canadiens de l'université de Laval ont publié en février 2009 dans l'*American Journal of Clinical Nutrition* les résultats de leurs travaux : la consommation d'oméga 3 d'origine marine diminue bel et bien les bouffées de chaleur et les symptômes dépressifs légers qui accompagnent la ménopause. Selon les biologistes, l'ingestion quotidienne de l'équivalent de 47 g de saumon suffirait à retrouver la sérénité.

La ménopause

Mieux la supporter et mieux la vivre

Incontournable dans la vie d'une femme, la ménopause n'est pas si bien connue que cela de celles qui vont devoir la vivre et l'assumer. D'où certaines angoisses et certaines erreurs.

Toutes les femmes ou presque doutent de passer ce cap qui clôt leur vie génitale et elles s'inquiètent de la façon dont elles vont le vivre et supporter les répercussions de la ménopause. Pourtant, quelques idées fausses ou approximatives courent encore et peuvent gêner ou freiner une bonne prise en charge.

À QUEL ÂGE ?

La durée de la préménopause et l'âge de survenue de la ménopause sont plus variables qu'on ne croit. Et, contrairement à une idée répandue, la ménopause ne se produit pas toujours à la cinquantaine. Les femmes qui commencent à voir leurs cycles devenir plus longs et irréguliers à la

quarantaine ne pensent pas toujours que ces troubles annoncent la ménopause et cherchent une autre explication médicale.

La **préménopause**, période troublée, souvent pénible à vivre notamment à cause des premières bouffées de chaleur, peut démarrer avant 40 ans. Entre le premier dérèglement et la ménopause vraie, il se passe trois ans en moyenne, mais ce peut être de quelques semaines à quelques années. Et quelques mois sans règles ne signifient pas que l'on est définitivement ménopausée. Des saignements très abondants ou, au contraire, réduits et noirâtres, peuvent se produire à nouveau puis disparaître, recommencer, etc. On parle

de ménopause au bout d'une année sans aucun saignement. L'âge de la **ménopause** proprement dite se situe entre 50 et 51 ans en moyenne ; 80 % des Françaises sont ménopausées entre 45 et 55 ans, 10 % le sont avant 45 ans et 10 % après 55 ans. Une ménopause précoce n'a rien d'inquiétant et est en quelque sorte programmée pour chaque femme. Il y a d'ailleurs des familles à **ménopause précoce**, comme d'autres à **ménopause tardive**, même s'il peut exister de grandes différences entre une mère et sa fille ou entre deux sœurs. Un seul facteur peut influencer l'âge de la ménopause : le **tabagisme**. Les femmes qui fument depuis longtemps et beaucoup sont ménopausées une ou deux années plus tôt.

QUELLE HUMEUR !

Lassitude, sautes d'humeur, irritabilité voire agressivité ou autres troubles psychologiques comme anxiété ou dépression... la cause de tout cela est parfois niée ou minimisée. Les hommes y voient une excuse pratique des femmes pour expliquer leur comportement, et certaines femmes trouvent les plaintes exagérées.

Les perturbations hormonales de la ménopause entraînent des symptômes chez toutes les femmes, mais à des degrés divers. Si elle survient en même temps que d'autres événements difficiles, problèmes personnels, conjugaux, professionnels ou départ des enfants notamment, elle est vécue encore plus difficilement. Pour les femmes au psychisme fragile ou ayant déjà connu un épisode dépressif, les perturbations hormonales



30

Bon à savoir

THS et risque de cancer du sein

La principale contre-indication au THS, même à la dose minimale efficace recommandée aujourd'hui, est un antécédent de cancer du sein ou autre tumeur influencée par les hormones comme le cancer de l'endomètre. Mais prendre ce traitement fait-il augmenter le risque de développer un cancer du sein ? Tout dépend du type de progestatif prescrit avec l'œstrogène, explique le Dr Christian Jamin, gynécologue-endocrinologue à Paris, président de l'Association francophone de l'après-cancer du sein (AFACS), en s'appuyant sur les résultats de l'étude américaine E3N. Les femmes sous progestérone naturelle ou rétroprogestérone ne présentent aucun risque supplémentaire de cancer du sein après 8 ans de traitement. Ce n'est pas le cas avec les progestatifs de synthèse, qui n'ont jamais été utilisés en France. Mais, comme les données ne sont pas encore suffisantes pour évaluer l'impact de la progestérone sur le cancer du sein au-delà de 8 ans de THS, les gynécologues le prescrivent généralement le temps que durent les bouffées de chaleur, si elles sont très gênantes, pas plus.



petite dose et pour une durée de traitement la plus courte possible, réévaluée chaque année.

Des **solutions locales** permettent cependant la poursuite d'une sexualité épanouie.

- Crèmes aux œstrogènes à l'entrée du vagin et ovules aux œstrogènes au fond de la cavité vaginale, à appliquer plusieurs soirs par semaine.

- Lubrifiants ou hydratants vaginaux sans hormones à utiliser juste avant les rapports, mais leur action est brève et superficielle.

- Gel mucoadhésif hydratant à base de polycarbohydre, en vente libre en pharmacie, à appliquer tous les trois jours pour rétablir la fonction physiologique de la muqueuse vaginale, en traitement de fond.

La **perte de densité minérale osseuse** liée à la ménopause n'est pas non plus une fatalité. Tout d'abord, elle ne touche pas toutes les femmes, ensuite il existe aujourd'hui d'autres traitements efficaces que le THS : bisphosphonates, SERM, ranélate de strontium et bien sûr calcium + vitamine D. Une ostéodensitométrie vous permettra de savoir si vous faites partie des femmes à risque.

• **Sophie Albanel**



31

peuvent constituer une épreuve redoutable et accentuer leur mal-être au point de déclencher une vraie dépression. Pour d'autres, au contraire, surtout si elles ne sont pas handicapées par les bouffées de chaleur, la ménopause n'est qu'une période naturelle de la vie, très supportable.

PAS DE FATALISME !

Autre conséquence de l'arrêt des sécrétions œstrogéniques ovariennes : la **sécheresse vaginale**. Limitée au début, elle peut finir par empêcher les relations sexuelles si elle n'est pas traitée correctement. Selon les femmes, les rapports sexuels deviennent pénibles en quelques mois ou, à l'inverse, le vagin reste souple et

humide plusieurs années après la ménopause. Surtout pas de fatalisme, la ménopause ne sonne nullement l'heure de la retraite sexuelle...

Le THS, traitement hormonal substitutif (estradiol en patch ou gel + progestérone en comprimé), appelé aussi THM traitement hormonal de la ménopause, qui associe œstrogène et progestérone, permet de corriger la sécheresse vaginale et en même temps de supprimer les bouffées de chaleur. Mais, depuis la parution, en 2002 et 2003, d'études américaines faisant état d'effets fâcheux (thromboembolies veineuses, accidents cardiaques et vasculaires cérébraux, cancer du sein), les prescriptions de THS sont plus limitées et encadrées : à

Ne pas confondre

Phytoestrogènes
et œstrogènes

Les **phytoestrogènes** (en capsules ou en gélules) proposés en pharmacie pour atténuer bouffées de chaleur et sueurs nocturnes dues à la ménopause sont d'origine végétale et souvent dérivés du soja. Bien qu'ils aient une certaine action œstrogénique, on ne peut pas les comparer avec les œstrogènes du THS. Ils n'ont pas les inconvénients et les contre-indications de ces derniers, mais ne préviennent pas l'ostéoporose liée à l'arrêt des sécrétions ovariennes. Les phytoestrogènes, appelés aussi **isoflavones**, sont d'ailleurs des compléments alimentaires, pas des médicaments et, à ce titre, ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Ménopause ou andropause

Comment les vivre mieux

Alors que la ménopause frappe toutes les femmes un jour ou l'autre, l'andropause n'affecte qu'un quart des hommes. Mais, dans tous les cas, les symptômes peuvent être pénibles.

Ménopause signifie « arrêt des règles », mais cet arrêt n'est pas brutal, il est précédé d'une période intermédiaire appelée *préménopause*. Les cycles de la femme se font de plus en plus irréguliers et les règles varient d'un cycle à l'autre en durée et en importance.

Avec l'âge, les hommes n'échappent pas non plus à la diminution de production d'hormones. Mais alors que, chez la femme, le taux chute assez rapidement et finit par se tarir jusqu'à empêcher toute ovulation, chez eux la sécrétion de testostérone (hormone mâle sécrétée par les testicules) est lente et très progressive.

DÉSÉQUILIBRE HORMONAL

Au début de la préménopause, la sécrétion d'œstrogènes est excessive par rapport à celle de la progestérone et ce déséquilibre hormonal se traduit par des troubles plus ou moins invalidants selon les femmes : seins gonflés et douloureux, rétention d'eau, irritabilité, manque de tonus...

Dans un deuxième temps, la sécrétion d'œstrogènes diminue progressivement, d'où des règles de plus en plus espacées (de plusieurs mois parfois), les premières bouffées de chaleur ainsi que nervosité, fatigue et modification du comportement alimentaire. Cette période d'anarchie hormonale débute le plus souvent aux alentours de 45-48 ans, mais sa durée est variable, entre quelques mois et 7 ans, avec une moyenne de 3 ans entre le premier dérèglement des cycles et l'arrêt définitif des règles. Il faut

compter 12 mois d'affilée sans règles spontanées pour pouvoir dire qu'on est ménopausée.

L'âge moyen de la ménopause se situe donc entre 50 et 52 ans, mais tout dépend des femmes. Les unes sont ménopausées précocement, avant 45 ans, d'autres après 55 ans (10 % environ dans les deux cas). L'hérédité joue un rôle, mais le tabagisme aussi : les femmes qui fument beaucoup et depuis longtemps sont ménopausées un an ou deux plus tôt.

BOUFFÉES DE CHALEUR

Toutes les femmes ne vivent pas la ménopause de la même façon. Certaines la vivent d'autant plus mal, physiquement et psychologiquement, qu'elle coïncide avec le début du vieillissement, des problèmes professionnels ou de couple, le départ

des enfants du nid familial. D'autres considèrent que c'est une période de la vie naturelle et n'en font pas une maladie. Toutes cependant éprouvent peu ou prou des symptômes.

• **Les bouffées de chaleur** sont les plus caractéristiques. Elles peuvent être très supportables et peu fréquentes, une ou deux par jour, ou au contraire prononcées, répétées jusqu'à 15 ou 20 fois par jour ou par nuit, et handicapantes au quotidien. Une sensation de chaleur envahit le visage, le cou, le cuir chevelu, le thorax, dure 30 secondes à 2 minutes et se termine en général par des sueurs froides, plus ou moins fortes. Les sueurs nocturnes sont particulièrement désagréables et responsables d'insomnies épuisantes.

• **Les troubles de l'humeur et du comportement** sont également fréquents : irritabilité, voire agressivité,

Préménopause

« L'irrégularité menstruelle de la préménopause s'accompagne habituellement de bouffées de chaleur, mais pas seulement. C'est très souvent la période la plus inconfortable à vivre car elle constitue une sorte de syndrome prémenstruel permanent. En fonction des fluctuations hormonales anarchiques habituelles à cette période, humeur et caractère peuvent aussi varier rapidement d'un jour à l'autre, le meilleur alternant avec le pire. Des phases d'énervement et d'excitation succèdent à des phases de déprime et de lassitude. Au total, cette période de transition est assez délicate à traiter. L'entourage subit ces modifications du comportement apparemment incompréhensibles et ne réagit pas toujours très bien. »

« L'irrégularité menstruelle de la préménopause s'accompagne habituellement de bouffées de chaleur, mais pas seulement. C'est très souvent la période la plus inconfortable à vivre car elle constitue une sorte de syndrome prémenstruel permanent. En fonction des fluctuations hormonales anarchiques habituelles à cette période, humeur et caractère peuvent aussi varier rapidement d'un jour à l'autre, le meilleur alternant avec le pire. Des phases d'énervement et d'excitation succèdent à des phases de déprime et de lassitude. Au total, cette période de transition est assez délicate à traiter. L'entourage subit ces modifications du comportement apparemment incompréhensibles et ne réagit pas toujours très bien. »

* Auteur de *800 questions au gynécologue*, 2009, éd. Marabout Santé, 6,90 €.

Dr Alain Tamborini*,
gynécologue à Paris.

Paroles de spécialiste



14

anxiété et même dépression chez les femmes au terrain psychique déjà fragile.

- **La fatigue** peut être causée par les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil, mais peut aussi se manifester sans raison. C'est plutôt un manque de dynamisme, de la lassitude.

- Les modifications hormonales retentissent également sur **la peau qui devient plus fine, plus sensible**. Elle perd de son élasticité, se dessèche et réclame donc plus d'attentions. Des **poils disgracieux** apparaissent aussi sur le visage et le corps et les **cheveux** deviennent peu à peu moins abondants.

SÉCHERESSE VAGINALE

Autre répercussion un peu plus tardive : la sécheresse vaginale, source d'inconfort et de rapports sexuels douloureux. 25 % des femmes en souffrent déjà en préménopause et 50 % en postménopause.

Jusqu'à récemment, les médecins prescrivaient un traitement hormonal substitutif (THS), appelé aussi traitement hormonal de la ménopause (THM), qui permettait de prendre en charge en même temps les bouffées de chaleur. Mais, en raison des polémiques engendrées par des études américaines en 2002 et 2003, le nombre de femmes traitées par THS a chuté d'environ deux tiers. Aujourd'hui, les bouffées de chaleur sont donc surtout prises en charge par des phyto-estrogènes (en gélules) et la sécheresse vaginale... trop souvent négligée. Or, selon le Dr Sylvain Mimoun, c'est la deuxième plainte des femmes à la ménopause et elle peut aboutir à une atrophie de la muqueuse vaginale, cause de démangeaisons, de brûlures et de douleurs rendant les rapports sexuels pénibles. Il existe pourtant des solutions locales.

- À base d'**œstrogènes**, aujourd'hui moins prisées puisque ce sont des hormones : crème à appliquer à l'entrée du vagin et ovules à introduire au fond de la cavité vaginale plusieurs fois par semaine.

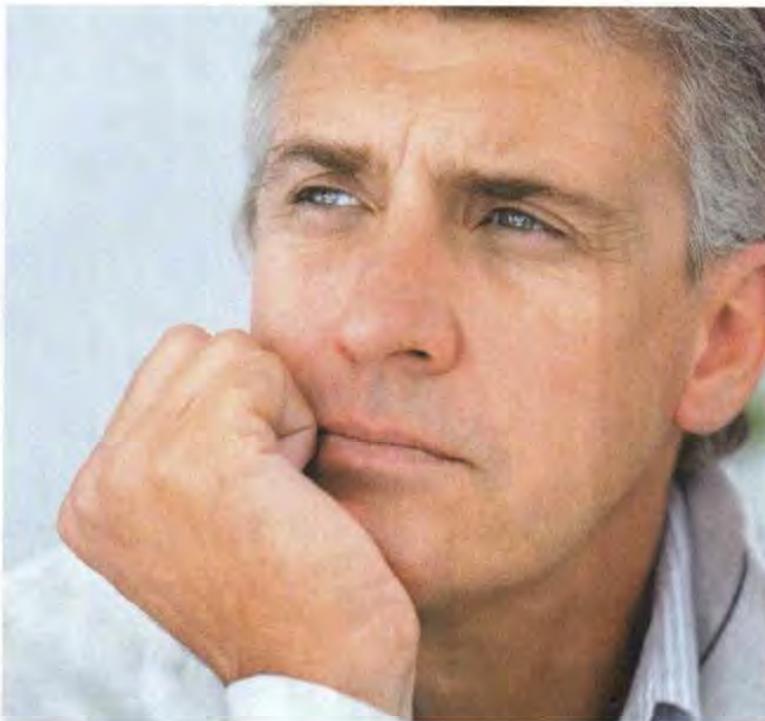
- Des **lubrifiants** ou **hydratants vaginaux** sans hormones, mais leur action brève et superficielle oblige



Bon à savoir

Le poids de la ménopause

Les femmes prennent-elles automatiquement des kilos à la ménopause ? En fait, c'est la période de tous les dangers pour le poids et la silhouette, et elle se situe entre 45 et 55 ans, pendant le laps de temps qui entoure l'arrêt des règles. Le corps se modifie peu à peu, les formes s'épaississent au niveau de la taille, zone d'élection des kilos en trop. La raison de ce changement : la carence en estrogènes qui favorise le gain de graisse au détriment des muscles et la stocke dans l'abdomen. Les femmes ont aussi tendance à manger plus d'aliments sucrés ou hypercaloriques et à diminuer leurs activités physiques, tout le contraire de ce qu'il faut faire... On accuse par ailleurs les traitements hormonaux de la ménopause de faire grossir. En réalité, un traitement hormonal substitutif (THS) bien dosé n'entraîne pas de prise de poids et peut même limiter l'alourdissement de la silhouette.



16

à les appliquer juste avant les rapports, ce qui ôte toute spontanéité.

• **Un traitement de fond hydratant** : un gel mucoadhésif à base de polycarbophile (à appliquer tous les 3 jours) qui rétablit en profondeur la fonction physiologique de la muqueuse vaginale, aussi efficacement qu'une crème vaginale œstrogénique.

ANDROPAUSE, PLUS LENTE

chez les hommes, la production d'hormones ne s'arrête jamais totalement et ils restent souvent capables de procréer jusqu'à un âge avancé. Mais ce déclin hormonal varie aussi d'un homme à l'autre. On estime qu'un quart seulement des hommes connaissent un déficit hormonal

après la cinquantaine et il ne se traduit pas automatiquement par des symptômes.

• Premier signe évocateur de l'andropause : des **troubles de la libido** et des **érections de moins bonne qualité**. C'est du reste le premier mobile de consultation chez un endocrinologue ou un andrologue.

• D'autres signes font vraiment penser à la ménopause des femmes : **bouffées de chaleur** et même **sueurs nocturnes, irritabilité, manque d'énergie, troubles de la concentration et du sommeil**. Tous ces symptômes peuvent faire penser à une dépression, mais s'ils s'accompagnent d'**embonpoint** (avec augmentation de la graisse abdominale), d'une **diminution des poils pubiens** ou du **développement des glandes mammaires**, méfiance. D'autant qu'avec les années qui passent, l'andropause, comme la ménopause, fragilise les os (ostéoporose) et majore les risques de maladies cardiovasculaires.

FAUT-IL TRAITER ?

Tous les médecins ne sont pas d'accord. Alors que les Anglo-Saxons prescrivent volontiers de la testostérone pour compenser la baisse, exactement comme le THS chez la femme, les Français sont plus prudents et le plus souvent ne la conseillent que si les troubles sont gênants. S'il soupçonne une chute hormonale, le spécialiste demande un dosage de la testostérone (grâce à une prise de sang le matin) et ne propose un traitement que si le taux est anormalement faible (moins de 2 µg/ml de sang) et confirmé par un deuxième dosage. Et toujours après un examen clinique en règle, avec toucher rectal et dosage du PSA (antigène prostatique de la prostate) pour s'assurer qu'il n'y a pas de cancer, et éventuellement une échographie.

Le traitement, comprimés quotidiens, gel à appliquer sur la peau ou injections toutes les 2 ou 3 semaines, restaure un taux de testostérone proche de la normale et, ce faisant, améliore les symptômes, mais pas toujours et une surveillance régulière est indispensable.

• **Lucile Dautrement**

Paroles d'expert

Ne pas confondre

« Les femmes et même les médecins, gynécologues exceptés, confondent souvent l'humidification vaginale et la lubrification de l'entrée du vagin alors qu'elles n'ont ni les mêmes mécanismes physiologiques ni les mêmes conséquences. L'humidification de l'ensemble du vagin est constante et sous la dépendance des hormones, tandis que la lubrification, ponctuelle, liée au désir au moment de l'acte sexuel, ne concerne que l'entrée de la cavité vaginale.

Contrairement à une idée répandue, que ce soit en début de grossesse, après l'accouchement, autour de la ménopause, lors d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement pour cancer, ce n'est pas la baisse du désir féminin, mais la baisse de production d'œstrogènes qui provoque une sécheresse vaginale. Cette confusion induit souvent des erreurs de comportement des femmes et peut entraîner un retard du traitement. »

Dr Sylvain Mimoun,
gynécologue-andrologue,
hôpital Robert-Debré, Paris.

Annexe 15 : Top Santé, juillet 2009.

Ménopause

Créé le 10/07/2009 par Emma Arthur
Consultants : Dr Delphine Guilloux
Révisé le 14/04/2011

QU'EST-CE QUE C'EST ?/LES CAUSES	SYMPTÔMES	PREVENTION	TRAITEMENT	HOMÉOPATHIE
----------------------------------	-----------	------------	------------	-------------

La ménopause désigne l'arrêt définitif des cycles menstruels, ce qui marque la fin de la reproduction. C'est 12 mois après l'arrêt de ses menstruations que l'on affirme qu'une femme est ménopausée. S'il existe des cas de ménopause précoce, ce phénomène naturel survient en général autour de la cinquantaine.

Parfois, quelques années avant la ménopause, des signes avant-coureurs apparaissent avec la préménopause et la périménopause (irrégularité des cycles, prise de poids, bouffées de chaleur, troubles de l'humeur...). Il arrive cependant que la ménopause se présente sans symptôme.

QU'EST-CE QUE C'EST ?/LES CAUSES	SYMPTÔMES	PREVENTION	TRAITEMENT	HOMÉOPATHIE
----------------------------------	-----------	------------	------------	-------------

L'intensité et la fréquence des symptômes accompagnant l'arrêt des menstruations lors de la ménopause sont très variables selon les femmes.

Ils sont principalement liés à la carence en oestrogènes :

- bouffées de chaleur avec rougeurs au visage, surtout la nuit,
- fatigue,
- insomnie,
- sécheresse vaginale, responsable d'inconfort et de douleurs lors des rapports sexuels,
- prise de poids, avec surtout une modification de la morphologie (rondeurs au niveau du ventre),
- sécheresse et perte de la souplesse de la peau,
- troubles urinaires,
- troubles de l'humeur (anxiété, irritabilité),
- transpiration excessive,
- baisse ou perte de la libido
- fragilisation des os pouvant aller jusqu'à l'ostéoporose

QU'EST-CE QUE C'EST ?/LES CAUSES	SYMPTÔMES	PRÉVENTION	TRAITEMENT	HOMÉOPATHIE
----------------------------------	-----------	------------	------------	-------------

Les troubles sous-jacents à la ménopause peuvent être prévenus (prise de poids, ostéoporose...), mais le phénomène lui-même ne peut être arrêté car il est naturel.

Voici quelques conseils :

- éviter ou limiter les excitants (café, alcool, cigarette...)
- limiter les aliments ou boissons trop sucrés,
- suivre un régime alimentaire équilibré (fruits, légumes, calcium sont à privilégier),
- pratiquer une activité physique régulière

QU'EST-CE QUE C'EST ?/LES CAUSES	SYMPTÔMES	PREVENTION	TRAITEMENT	HOMÉOPATHIE
----------------------------------	-----------	------------	------------	-------------

Le diagnostic repose essentiellement sur l'absence de règles durant au moins 12 mois.

Des traitements pourront éventuellement être prescrits pour limiter les symptômes liés au phénomène. Ils se basent sur :

- l'hormonothérapie ou des compléments alimentaires, qui diminuent les effets indésirables de la ménopause (bouffées de chaleur...)
- la prise de médicaments pour traiter les troubles associés, c'est-à-dire l'ostéoporose, la dépression, l'insomnie,
- une alimentation adaptée (riche en calcium),
- la pratique d'une activité physique régulière (marche, course à pieds, natation...)

QU'EST-CE QUE C'EST ?/LES CAUSES	SYMPTÔMES	PREVENTION	TRAITEMENT	HOMÉOPATHIE
----------------------------------	-----------	------------	------------	-------------

En attendant de consulter un médecin, la personne touchée par les troubles liés à la ménopause peut prendre des traitements homéopathiques pour en limiter les symptômes.

En ce qui concerne les bouffées de chaleur, il est par exemple possible de prendre 3 granules par jour de Lachesis 7 CH ou de Sanguinaria canadensis 5CH lorsque le sujet a des bouffées de chaleur accompagnées d'une soudaine rougeur sur le visage. Si les bouffées provoquent une rougeur brusque sur le visage avec des sueurs chaudes de la face, prendre Belladonna 7 CH, 3 granules toutes les heures, à espacer avec l'amélioration des symptômes.

SANTÉ ACTUELLE

Les Entretiens de Bichat

En exclusivité pour Femme Actuelle, les réponses des meilleurs spécialistes de la région parisienne

Gynéco : la ménopause

Les femmes n'ont plus aucune raison de redouter le traitement hormonal de substitution (THS) dont les bénéfices sont considérables, explique le Dr Plu-Bureau, gynécologue à l'Hôtel-Dieu (Paris).

La tempête s'est apaisée. Aujourd'hui, après des hauts et des bas, le traitement hormonal substitutif (THS) trouve son rythme de croisière. Bien sûr, il ne s'adresse pas à toutes les femmes. Pour en tirer bénéfice, il faut être vraiment ménopausée : les règles doivent avoir cessé depuis un an environ. « Il faut parfois savoir attendre que la production hormonale naturelle soit très réduite pour ne pas risquer un surdosage d'hormones dans le sang », explique le docteur Plu-Bureau. Il faut aussi en avoir besoin : c'est-à-dire souffrir de ce que les spécialistes appellent les troubles climatiques (bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, sueurs nocturnes, etc.). Et enfin, ne pas entrer dans la catégorie des contre-indications : antécédents de cancer du sein, de l'endomètre ou des ovaires, risques de thrombose ou avoir fait un infarctus ou un accident vasculaire cérébral. Quant aux problèmes veineux, ils doivent être examinés au cas par cas avec le gynécologue. Hormis ces cas de figure, toute femme ménopausée peut tirer bénéfice du THS.

Bouffées de chaleur et troubles de l'humeur sous contrôle

C'est son avantage n° 1. Les femmes qui souffrent de bouffées de chaleur, très difficiles à supporter, ne disposent guère d'autres traitements pour retrouver une vie normale. Les manifestations désagréables cessent dans la plupart des cas. A utiliser deux à trois ans sans risque puis, si on le souhaite, diminuer peu à peu les doses. Si les bouffées réapparaissent, il faudra poursuivre le THS, à condition de faire un bilan au bout de

cinq ans. En effet, selon la dernière étude de Françoise Clavel-Chapelon pour l'Inserm, le risque de cancer du sein commence à augmenter passé ce délai. La balance bénéfice-risque doit alors être réévaluée avec le gynécologue.

La prévention de l'ostéoporose

Bien sûr, les fractures sont rares à 50 ans, mais on sait désormais que les premières années qui suivent la ménopause sont cruciales. La chute brutale des œstrogènes altère d'emblée l'architecture osseuse. Cette désorganisation est directement responsable du déclenchement de l'ostéoporose et augmente le risque de fractures chez les femmes fragiles. L'efficacité du THS dans la prévention des fractures du rachis et du col du fémur a été démontrée par de nombreuses études, parmi lesquelles l'étude américaine WHI (Women's health initiative, celle qui avait par ailleurs semé le doute sur l'inocuité du THS).

Moins de cancers du côlon

Deuxième cause de cancer chez la femme (derrière le cancer du sein), le cancer du côlon ou du rectum est en nette augmentation (plus de 21% en trente ans). Plusieurs études mettent en évidence l'effet protecteur incontestable du THS. Toutefois il ne suffit pas à assurer cette protection à lui seul : la surveillance du poids, un régime alimentaire riche en légumes, l'exercice physique sont également des facteurs importants. ■



Associé à une bonne hygiène de vie, le THS - dont il existe une formule patch - a des effets protecteurs prouvés.



2009



Entretiens de Bichat



Pr Antoine,
hôpital
Tenon, Paris



Dr Laroche,
CHU de
Montpellier



Pr Rouzier,
hôpital
Tenon, Paris

questions que vous nous avez posées sur le Net

au cœur du débat

VOS QUESTIONS LES RÉPONSES Pr Antoine*, gynéco-obstétricien

Je suis en préménopause et j'ai peur de grossir Je voudrais savoir comment m'alimenter pour ne pas prendre de poids? **Isabelle**

La réponse de notre expert La ménopause n'a rien à voir directement avec la prise de poids : les œstrogènes ne font ni grossir ni maigrir. Par contre, il existe une tendance générale dans la population, aussi bien masculine que féminine, à prendre un peu de poids avec l'âge par manque d'exercice physique et excès d'apport calorique par l'alimentation et la boisson. Les recettes sont simples : éviter le gras, le sucre, l'alcool et augmenter son activité physique. Encore faut-il les appliquer.

Hormones naturelles ou de synthèse, quelles différences? Qu'est-ce qui oriente le choix? **Valentina**

La réponse de notre expert Schématiquement, les hormones de synthèse sont utilisées pour la pilule contraceptive, bien que certaines pilules récentes fassent également appel à un œstrogène naturel. En Europe, les hormones dites naturelles ou proches sont prescrites après la ménopause, contrairement aux Etats-Unis, où l'on utilise toujours des produits de synthèse. Il en résulte des discordances non négligeables entre les conclusions des études américaines et les études européennes.

Les crèmes anti-vergetures vendues en pharmacie servent-elles à quelque chose? **Anonyme**

La réponse de notre expert Les vergetures sont une séquelle fréquente des grossesses, surtout en cas de grossesses répétées, mul-

tiples, avec de gros enfants. Il existe dans le commerce différentes préparations qui visent à les prévenir, mais leur efficacité n'est que partielle et on ne peut espérer les éviter totalement.

J'ai constamment envie d'uriner. Ça me réveille même la nuit. C'est tellement pénible que je déprime. De quoi cela vient-il? **Anonyme**

La réponse de notre expert La première possibilité, c'est une infection urinaire. Un examen cytbactériologique des urines permettra le diagnostic, suivi si nécessaire par un traitement antiseptique urinaire. D'autres troubles urinaires peuvent être liés à une descente plus ou moins marquée de la vessie, qui peut être améliorée, dans les formes légères, par une rééducation musculaire. Sinon on pourra envisager une intervention chirurgicale. Parfois il s'agit d'une vessie qui se contracte de façon anormalement fréquente. Pour faire un diagnostic précis et aboutir à un traitement logique, il est souhaitable de consulter votre médecin qui vous adressera si nécessaire à un urologue ou à un gynécologue.

Comment éviter le diabète gestationnel pendant la grossesse? Faut-il suivre nécessairement un régime spécifique? Cette maladie est-elle héréditaire? **Mary 1110**

La réponse de notre expert Il existe effectivement une certaine prédisposition familiale à l'apparition du diabète. Un dépistage est recommandé de façon systématique au cours de la grossesse, a fortiori s'il existe des antécédents dans la famille. Pour réduire le risque de son apparition, il faut évi-

ter un surpoids et réduire la consommation de sucre.

Les règles sont un cauchemar pour les femmes de ma famille. A part le Nurofène ou la bouillotte sur le ventre, incompatible avec une vie sociale, rien ne marche. Que faire? **Wendila**

La réponse de notre expert Une bonne façon d'améliorer le problème, c'est d'être enceinte et d'accoucher par voix basse, ce qui dilate fortement le col de l'utérus et permet un écoulement plus facile des règles. Mais ceci n'est pas toujours évident. Après élimination d'une cause organique (endométriose, malformations utérines...), différents traitements médicaux sont possibles pouvant aller jusqu'à la suppression temporaire complète des règles dans les formes très invalidantes.

Ménopausée après une opération, j'ai des insomnies et des bouffées de chaleur. Quelle est l'incidence du THS sur le poids et la libido? **SDF38**

La réponse de notre expert La survenue d'une ménopause avant l'âge habituel de 50 ans est possible lorsque les ovaires ont été endommagés par une maladie ou retirés à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Dans ce deuxième cas, les symptômes sont en général intenses, car la survenue de la ménopause est brutale. S'il n'y a pas de contre-indications médicales, un traitement hormonal de remplacement est souhaitable jusque vers 50 ans pour limiter les effets de cette carence hormonale. Il peut avoir des effets bénéfiques sur la qualité de vie, dont les troubles du sommeil, les bouffées de chaleur et la libido. Par contre il est sans effet direct sur le poids.

* Service gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction, hôpital Tenon, Paris.

■ TV MÉDECINE DOUCE

Ménopause : essayez les plantes antifatigue

De l'exotisme qui donne de l'énergie !

P arfois, au moment de la ménopause, les bouleversements hormonaux entraînent nombre de désagréments : mauvaise humeur, sommeil difficile, fatigue... Certaines plantes exotiques « adaptogènes » qui permettent à l'organisme de s'adapter aux stress - et stimulantes peuvent vous aider à passer le cap avec énergie.

Le rhodiola venu du froid
Un proverbe sibérien affirme : « Qui boit de la tisane de rhodiola tous les jours vivra plus de cent ans ». Depuis toujours, les athlètes russes consomment régulièrement du rhodiola pour augmenter leurs performances. Très riche en puissants antioxydants (des polyphénols), le rhodiola pos-



Flleurs de rhodiola.

sède aussi un effet régulateur du rythme cardiaque, une action anti-âge et il augmente les défenses immunitaires. Par ailleurs, s'appuyant sur des études cliniques, le Dr Zakir Ramazanov, professeur de biochimie végétale, compare l'efficacité du rhodiola à celle du millepertuis sur les dépressions. La plante entre dans de nombreuses préparations traditionnelles aphrodisiaques et serait efficace pour stimuler la libido féminine : autant d'atouts intéressants en période de ménopause !



Flleurs de guarana.

La maca venue du haut, le guarana du bas
En Amérique latine poussent aussi deux plantes qui peuvent vous aider à retrouver la forme : la maca, riche en phytohormones, qui pousse sur les hauts plateaux du Pérou, et le guarana, venu du bassin amazonien. La maca, efficace pour améliorer la libido, est employée depuis des siècles par les Péruviens

contre la fatigue et pour renforcer le système immunitaire. La graine de guarana, quant à elle, est une sorte de petit marron que les Indiens d'Amazonie torréfient. C'est leur remède antifatigue depuis toujours.

Et chez nous ?

Rhodiola, maca et guarana ne poussent pas dans nos jardins, mais nous avons la chance de les trouver sous forme de compléments alimentaires. Une petite cure de ces plantes au moment de la ménopause serait tout indiquée. ○

MARIE-CLAIRE CARITÉ



IMAGE SOURCE/CORBIS SYGMA

Elles parlent de leur fatigue...

- **Josiane, 52 ans :**
- « Je suis en permanence épuisée, la moindre activité me demande un effort surhumain... je n'aime pas me plaindre mais c'est vraiment dur d'être incomprise ! »
- **Florence, 48 ans :**
- « La fatigue m'est tombée dessus, il y a quelques mois quand les premiers signes de la pré-ménopause sont arrivés. C'est difficile au quotidien, moi si tonique et si active, je ne me reconnais plus. »

Il existe aujourd'hui des solutions naturelles et spécifiques pour combattre la fatigue de la ménopause. Demandez conseil à votre pharmacien.

Sélectionné pour vous

Communiqué

Une formule spéciale ménopause

Conçu par le centre de recherche Phythea, **Ménophytea Tonique** est le complément adapté aux femmes fatiguées et ménopausées. Sa formule 100 % végétale, associant extraits de maca, de rhodiola, de guarana, de raisin et de thym, permet de combattre efficacement la fatigue physique et intellectuelle, le manque d'entrain et également la baisse de la libido au moment de la ménopause. Cure de 2 mois recommandée à raison de 2 comprimés chaque matin.

En vente chez votre pharmacien (Code ACL : 481 262.8)



SANTÉ | Médecines douces

En finir avec les BOUFFÉES DE CHALEUR



Phytothérapie, homéopathie, acupuncture peuvent être une alternative au traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Bénédicte Tabone et Christine Vilnet

Chaque année, 400000 nouvelles femmes sont ménopausées et près de 82% d'entre elles (source Association française pour l'étude de la ménopause) ont des bouffées de chaleur liées à l'arrêt de la production d'œstrogènes. La cause? Plusieurs hypothèses sont avancées. On sait qu'au niveau du cerveau, l'hypothalamus est le chef d'orchestre à la fois des hormones, des neurotransmetteurs et de la thermorégulation du corps. D'où les interactions. Le système neurovégétatif est également impliqué, l'anxiété étant un facteur déclencheur. Pour lutter contre des symptômes trop forts, tous les médecins considèrent que le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause est le seul à être efficace immédiatement. Ils le préconisent donc en l'absence de contre-indication. Cependant, en raison des polémiques sur les risques de cancer du

sein, certaines femmes le refusent catégoriquement. Les médecines douces peuvent donc représenter pour elles des alternatives efficaces. Sachant qu'aucun traitement phyto-œstrogène ne peut être envisagé chez les femmes ayant eu un cancer du sein ou des antécédents dans leurs familles, elles peuvent prendre "au lieu des isoflavones de soja, des phytomédicaments à composition mixte", estime le Dr Bérengère Arnal-Schnebelen, gynécologue.

sein, certaines femmes le refusent catégoriquement. Les médecines douces peuvent donc représenter pour elles des alternatives efficaces. Sachant qu'aucun traitement phyto-œstrogène ne peut être envisagé chez les femmes ayant eu un cancer du sein ou des antécédents dans leurs familles, elles peuvent prendre "au lieu des isoflavones de soja, des phytomédicaments à composition mixte", estime le Dr Bérengère Arnal-Schnebelen, gynécologue.

CHOISISSEZ VOTRE AIDE AU MIEUX-ÊTRE

Jusqu'en 2005, les femmes privilégiaient les compléments alimentaires à base de soja, avec une efficacité

de 50 à 60%, selon les études des laboratoires concernés. Depuis les mises en garde de l'Afssaps,

les femmes ont tendance à s'en détourner, même si deux des trois premiers produits les plus vendus

(Phytosoya et Evestrel) sont à base de soja. Quelle tendance pour demain? Les laboratoires planchent.

NOM LABORATOIRES	FORMULE	PLUS	PRIX PAR MOIS
Granio + Ménopause <small>NOUVEAU</small> Laboratoires Ea-pharma	Houblon et sésame	Association de 2 phyto-œstrogènes	18 € (28 gélules, 1 par jour)
Meno-Expert Laboratoires Arkopharma	Graines de lin et racines de Polygonum	Antioxydant et anti-âge	11 € (60 gélules, 2 par jour)
Phytorigin Ménopause Laboratoires Phytoscience	Lin et sauge	Détente et anti-âge	18,50 € (30 gélules, 1 par jour)
Serepause Laboratoires Inébios	Houblon, soja, gattilier	Phyto-œstrogènes et progestagènes. Probiotiques pour mieux assimiler le soja	14,70 € (60 comprimés, 2 par jour)
Triolinum fort Laboratoires Nutreov	Graines de lin	Oméga 3	20 € (30 capsules, 1 par jour)
Yméa Ménopause + ventre plat Laboratoires Oméga Pharma	Graines de lin, chicorée et gentiane	Améliore la digestion	24,90 € (64 gélules, 2 par jour)

Vente en pharmacies, prix donnés à titre indicatif

3 alternatives au THS

• La phytothérapie

• Par Bérengère Arnal-Schnebelen, gynécologue, phytothérapeute (Bordeaux).

• **Le principe.** Un traitement de fond avec des "hormones" naturelles à doses minimes qui combine homéopathie et phytothérapie. "Un produit complet est moins coûteux et plus efficace que des préparations en pharmacie ou des plantes uniques."

• **Le traitement.** En phytothérapie, prendre matin et soir un comprimé d'un complexe associant phytohormones et probiotiques (comme *Serepause*), ou des graines de lin (comme *Triolinum*). Parallèlement, les cinq premiers jours du mois, en homéopathie, prendre une dose de *Folliculinum* et une de *Luteinum* le matin. Commencer par une dilution à 5 CH, puis augmenter (7, 9, 15 et 30 CH). "pour donner un signal hormonal au corps".

Ces plantes qui miment l'action des hormones

Elles portent le nom de phyto-œstrogènes et peuvent se montrer efficaces contre les bouffées de chaleur. Elles se divisent en quatre grandes familles de polyphénols: les isoflavones (soja, trèfle), les lignanes (graines de lin, sésame), les coumestanes (luzerne) et, enfin, les flavanones (houblon).

• L'homéopathie

• Par Christelle Charvet, gynécologue, homéopathe (Lyon).

• **Le principe.** S'adapter au ressenti de la patiente (pommets rouges, palpitations, sueurs ou rougeurs) et au moment où la bouffée arrive (le soir? Dans quel contexte?).

• **Le traitement.** Prendre 5 granules le matin au lever et le soir au coucher de *Lachesis* 15 CH, pour calmer les angoisses. Au moment où monte la bouffée, prendre 3 granules de *Belladonna* 9 CH.

• L'acupuncture

• Par Denis Colin, médecin attaché à un service gynécologie, acupuncteur (Paris).

• **Le principe.** Selon la médecine chinoise, les bouffées traduisent un déséquilibre entre le yin (sang, liquides du corps, froid) et le yang (force dynamique, chaleur). Le sang étant affaibli par le manque d'hormones, il ne peut plus circuler normalement et le yang "s'échappe" vers le haut du corps et du visage.

• **Le traitement.** 3 à 5 séances d'acupuncture de 25 à 45 minutes avec des aiguilles placées sur les méridiens.

Des résultats en un mois environ

Progressivement, les bouffées diminuent en fréquence et en intensité ainsi que les autres symptômes (insomnie, angoisses...). Les résultats de ces traitements se voient au bout de trois à six semaines. Si tel n'est pas le cas, il est recommandé de ne pas poursuivre au-delà. Le mode de vie (exercice, repas légers, ni trop gras ni trop sucrés, surtout le soir, arrêt du tabac, régulation de ses émotions par la relaxation, le yoga, la sophrologie) joue également un grand rôle.

COMMUNIQUÉ

Vivons mieux

Dos en compote, épaules en feu, genoux en vrac...

Vos articulations vous mènent la vie dure ? Réagissez !



Avec l'âge, tout geste, même le plus simple, peut être pénible à effectuer au quotidien. Ne laissez pas cette fragilité articulaire s'aggraver avec le temps. Il existe aujourd'hui des méthodes douces pour vous soulager naturellement.

Privilégiez les méthodes douces

Savez-vous que les habitants du Nord de l'Europe connaissent rarement ce type de troubles ? Ceci est dû à leur grande consommation de poissons gras qui ont montré de véritables propriétés apaisantes et protectrices du cartilage.

Avec Phytalgic, 3 semaines pour vous sentir mieux !

En s'appuyant sur ces études, le centre de recherche Phytrea a conçu **Phytalgic**, un produit aux actifs naturels élaboré pour soulager les articulations vieillissantes. Ce complément concentre donc une forte proportion d'huiles de poissons sauvages, associées au zinc et à l'ortie, pour un double effet apaisant et protecteur. Le soulagement est, en général, noté après 3 semaines d'utilisation, à raison de 3 capsules par jour. En raison de sa parfaite tolérance, vous pouvez utiliser Phytalgic sur une longue période, en cas de troubles articulaires importants.



■ Phytalgic de Phytrea, en vente chez votre pharmacien (ACL 782 257.3) - Env. 16 € Plus d'infos au 0800 302 308 (appel gratuit) - www.phytalgic.com

OUBLIEZ VOS BOUFFÉES DE CHALEUR



DR

Mis à jour le Mardi 16 Juin 2009

Pour celles qui préfèrent éviter les traitements hormonaux, d'autres solutions permettent de prévenir ces sueurs intempestives. Plantes, homéopathie, acupuncture...vous avez le choix.

1. LE SOJA ET AUTRES PLANTES

Le traitement phyto de la ménopause repose sur des plantes mimant l'action des hormones féminines. Il associe des plantes « œstrogéniques » (soja, lin, actée à grappes, sauge, avoine, houblon) et des plantes « progestagènes » comme le gattilier ou la mélisse.

Parfois, il faut aussi traiter le stress. « Un produit qui ne contient que du soja n'est donc pas suffisant, insiste le Dr Bérengère Arnal-Schnebelen. Si les sueurs résistent à une bonne association, j'augmente les doses ou j'ajoute d'autres plantes pour agir aussi sur l'anxiété et le stress, souvent en cause dans leur déclenchement. » Passiflore, fumeterre, valériane... aident par exemple à se détendre et à mieux dormir. La prise de magnésium et de vitamine B6 est souvent nécessaire, car leur carence aggrave les symptômes et l'action relaxante du magnésium est intéressante.

L'assimilation de ces plantes est meilleure quand la flore intestinale est équilibrée. Si vous avez tendance à être ballonnée, il est conseillé d'ajouter au traitement des pro- ou des prébiotiques.

La phytothérapie apporte un soulagement au bout de dix à quinze jours. Mais si un premier produit ne marche pas, il ne faut pas hésiter à revoir son médecin. Selon le Dr Arnal-Schnebelen, les traitements à base de plantes apaisent, au moins en partie, neuf femmes sur dix.

1. LE SOJA ET AUTRES PLANTES
2. BOUFFÉES DE CHALEUR ET HOMÉO
3. BOUFFÉES DE CHALEUR ET ACUPUNCTURE

Pour celles qui préfèrent éviter les traitements hormonaux, d'autres solutions permettent de prévenir ces sueurs intempestives. Plantes, homéopathie, acupuncture...vous avez le choix.

2. BOUFFÉES DE CHALEUR ET HOMÉO

Près de cinquante médicaments homéopathiques traitent les bouffées de chaleur. Car ce n'est pas tant le symptôme que l'on va tenter d'apaiser, mais la femme qui souffre de ce symptôme. Le traitement homéopathique repose donc particulièrement sur du sur-mesure, difficile à concevoir soi-même. L'homéopathe peut d'ailleurs tâtonner au début, il ne faut donc pas hésiter à retourner le voir si l'on n'est pas soulagée.

La prescription s'effectue en fonction du « terrain » de la femme (est-elle plutôt nerveuse, plutôt lymphatique ?) et des caractéristiques précises de sa gêne (intensité des sueurs, moments de la journée auxquels elles surviennent, autres signes...).

Quels produits choisir ?

Deux remèdes d'action « hormonale » sont souvent conseillés par le Dr Rafal. Folliculinum stimule l'action des œstrogènes (4 granules en 5 CH, à sucer deux fois par jour, en dehors des repas, puis une fois par jour après amélioration). FSH, une des hormones sécrétées par l'hypophyse (4 granules en 5 CH), est à sucer aussi deux fois par jour jusqu'à amélioration.

Quel résultat ?

Quand ça marche, le bénéfice se fait en général sentir assez rapidement. L'intensité et la fréquence des bouffées de chaleur diminuent alors d'au moins 50 %. On peut continuer le traitement aussi longtemps que nécessaire.

Attention toutefois, pas d'automédication en cas de gêne importante.

Si vous êtes vraiment incommodée, mieux vaut vous faire aider. Un gynécologue sensibilisé aux solutions alternatives saura vous conseiller et vous indiquer des solutions adaptées à votre cas.

Pour celles qui préfèrent éviter les traitements hormonaux, d'autres solutions permettent de prévenir ces sueurs intempestives. Plantes, homéopathie, acupuncture...vous avez le choix.

3. BOUFFÉES DE CHALEUR ET ACUPUNCTURE

Si un symptôme réclame une adaptation de l'organisme, c'est bien celui des bouffées de chaleur. Il est donc logique de faire appel à une méthode basée sur le rééquilibrage des énergies. La ménopause se caractérise par une montée excessive d'énergie « yang » (le chaud, le masculin) vers le haut du corps qui engendre stress et bouffées de chaleur. Et par une stagnation du « yin » (le froid, le féminin) dans le bas du corps (pieds froids, jambes lourdes, ventre ballonné). L'interrogatoire, l'observation de la langue et la prise de pouls permettent de choisir le traitement le plus adapté pour retrouver l'équilibre du « qi » (l'énergie).

A quel rythme ?

Compter une dizaine de séances, d'abord deux fois par semaine, puis une fois par semaine, puis tous les quinze jours. Mais certaines femmes sont soulagées en quelques séances.

Quel résultat ?

Quand c'est efficace – les femmes y sont plus ou moins sensibles – l'effet est durable. C'est également intéressant sur les troubles de l'humeur et du sommeil.
Coût: De 30 à 80 euros la séance, remboursée par certaines mutuelles.

A lire aussi notre dossier [Acupuncture](#).

Auteur : Top Santé

vie privée MÊNOPAUSE SE TRAITER OU PAS ?

Depuis l'étude WHI (Women's Health Initiative), publiée en 2002 aux Etats-Unis, une femme sur deux a cessé de prendre son traitement hormonal de la ménopause (THM). Le point avec le D r David Elia *, gynécologue.

Quand faut-il se faire prescrire le THM ?

Au moment où vous ressentez les symptômes gênants de la ménopause et tant qu'ils durent, une période qui va de 50 à 60-65 ans, en moyenne. Et, bien sûr, si votre gynécologue le juge opportun. Ce traitement se présente sous forme de gel, de patch et / ou de comprimés.

Quels en sont les bénéfices ?

Ils sont de plusieurs sortes.

A court terme : ce traitement hormonal supprime en deux semaines tous les symptômes liés à la carence en oestrogènes - bouffées de chaleur, suées, douleurs articulaires, fatigue, déprime, sécheresse vaginale, migraines. Il évite la prise d'autres médicaments : antidépresseurs, anxiolytiques, anti-inflammatoires, etc.

A moyen terme : il assure la prévention du vieillissement cérébral et physique. On pense aussi que la diminution des oestrogènes augmenterait le risque d'alzheimer. Par ailleurs, les femmes sous THM prennent souvent moins de poids que les femmes non traitées.

A long terme : il diminue le risque de fractures dues à l'ostéoporose, l'une des causes principales de mortalité féminine dans cette tranche d'âge (avec les accidents cardiovasculaires et les cancers).

Et les risques ?

Ils sont de différentes sortes, mais minimales si le traitement est prescrit à bon escient à des personnes qui ne sont pas « à risques » et ne présentent pas de contre-indications.

Le cancer du sein : l'étude française E 3 N menée par l'Inserm, sur un échantillon de 100 000 Françaises, a montré

que les femmes qui avaient absorbé de la progestérone naturelle ou de la rétro-progestérone avec les oestrogènes n'avaient pas plus de cancer du sein que les femmes non traitées. L'augmentation du risque existe, infime, avec les autres progestatifs. Il convient donc d'être prudent et de rappeler que le THM, s'il ne « crée » sans doute pas le cancer du sein, peut avoir sur lui un effet « promoteur ». Et qu'il ne doit pas être prescrit aux femmes à risques de cancers hormono-dépendants.

Les autres cancers : le THM protégerait contre le cancer du côlon. Le cancer du col de l'utérus résulte la plupart du temps d'une infection aux papillomavirus, et le THM n'a aucun effet sur ce cancer, tout comme sur l'immense majorité des cancers de l'ovaire.

Les maladies cardio-vasculaires : l'étude américaine WHI (cf. encadré) a montré que le THM augmentait le risque de maladies cardio-vasculaires chez les femmes de plus de 65 ans qui commenceraient le traitement à cet âge. Les artères ont vieilli et les risques sont alors augmentés. On ne prescrira donc pas le THM en première intention après 65 ans. En revanche, si on commence le THM au moment de la survenue de la ménopause ou dans ses premières années, le risque cardio-vasculaire semble au contraire diminuer d'environ 50 %. Bien entendu, le THM ne sera pas prescrit aux femmes ayant déjà eu ce type d'accident, quel que soit leur âge.

Alors, il faut le prendre ou pas ?

Chaque femme doit évaluer avec son médecin les bénéfices qu'elle peut en espérer et les risques qu'elle court. Par ailleurs, il faut savoir que ces risques sont réduits avec les produits français, différents et plus faiblement dosés que les américains. Comme beaucoup de mes confrères gynécologues, je conseillerais de prendre le THM, même si je peux comprendre que les femmes qui ont été sous pilule pendant des années en aient assez de la médicalisation. Et cela en respectant leur décision éclairée.

* Auteur de « Faire durer le plaisir. La sexualité des enfants du baby-boom » (Grasset). Blog sur www.elle.fr
/POURQUOI L'ÉTUDE WHI SEMBLAIT-ELLE ALARMANTE ?

Cette étude avait été faite sur des femmes dont la moyenne d'âge était de 64 ans, un âge avancé pour commencer un traitement hormonal. Beaucoup d'entre elles étaient obèses et / ou diabétiques, souffraient d'hypercholestérolémie et d'hypertension. Elles absorbaient des doses très importantes d'oestrogènes et un progestatif connu pour ne pas être anodin sur le métabolisme. Un échantillon à haut risque cardio-vasculaire dès le départ. Et ce traitement n'a rien à voir avec celui prescrit en France.

ANNE DAVIS

Auteur(s) visuel: Herbert Gehr / Getty Images

Ménopause, se traiter ou pas?

Cancers du sein, mémoire en berne... recul de l'ostéoporose, diminution du risque de tumeurs du côlon... Le traitement hormonal substitutif (THS) serait capable du pire comme du meilleur. Qui croire? Que faire? *France Dimanche* fait le point avec vous.

Jusqu'en 2000, les gynécologues prescrivaient systématiquement à toutes leurs patientes ménopausées un traitement hormonal substitutif (THS) censé remplacer les hormones produites naturellement par leurs ovaires. Il faut dire que les bénéfices ne sont pas négligeables.

Ces médicaments, qui se présentent sous forme de gel, patchs ou comprimés, permettent de lutter contre les symptômes gênants qui touchent près de 80 % des femmes ménopausées : bouffées de chaleur, douleurs articulaires, fatigue, déprime, migraines, sécheresse vaginale...

Le THS évite aussi la prise de médicaments comme les antidépresseurs, les anxiolytiques ou les anti-inflammatoires. De plus, il préviendrait le vieillissement cérébral et physique et diminuerait même le risque d'Alzheimer. Il limiterait aussi la prise de poids due à la baisse hormonale. Enfin, il freine la perte osseuse, réduisant les risques de fractures dues à l'ostéoporose, l'une des causes principales de mortalité féminine chez les seniors. Que des qualités, donc!



Des effets controversés...

Mais deux études - WHI (pour *Women's Health Initiative*), réalisée aux États-Unis en 2002 sur plus de 16000 femmes, et E3N, menée par l'Inserm sur un échantillon de 100000 Françaises en 2004 - ont montré que le THS augmente les risques de survenue de cancers du sein et de maladies cardio-vasculaires. Toutefois, ces résultats sont à relativiser. WHI a été menée sur des femmes dont la moyenne d'âge était de 64 ans - un âge avancé pour débiter un tel traitement. Beaucoup d'entre elles étaient obèses, diabétiques, souffraient d'hypercholestérolémie et d'hypertension. Par ailleurs, elles absorbaient des doses très importantes d'œstrogènes et un progestatif connu pour ne pas être anodin sur le métabolisme. Et cela même si la durée du traitement ne dépassait pas deux ans.

Toutefois, ce traitement n'a rien à voir avec celui prescrit en France. Il faut donc raison garder. Même s'il est vrai qu'il existe des risques, ils sont minimes si le THS est prescrit à bon escient à des personnes n'étant pas « à risque », notamment de cancer du sein, et n'ayant pas de contre-indications. Les œstrogènes combinés avec de la progestérone « micronisée » (c'est-à-dire sous forme de petites particules de taille micrométrique), comme on les prescrit en France, ne semblent pas augmenter le risque.

Autre effet du THS, positif celui-là : il protégerait du cancer du côlon. En effet, des médecins du Minnesota ont montré que la simple prise d'œstrogènes baisse l'incidence de ces tumeurs de 17 à 26 %, et celle d'œstrogènes associés à la progestérone de... 45 %! En revanche, le traitement hormonal de la ménopause n'aurait aucun effet sur les cancers de l'utérus et de l'ovaire.

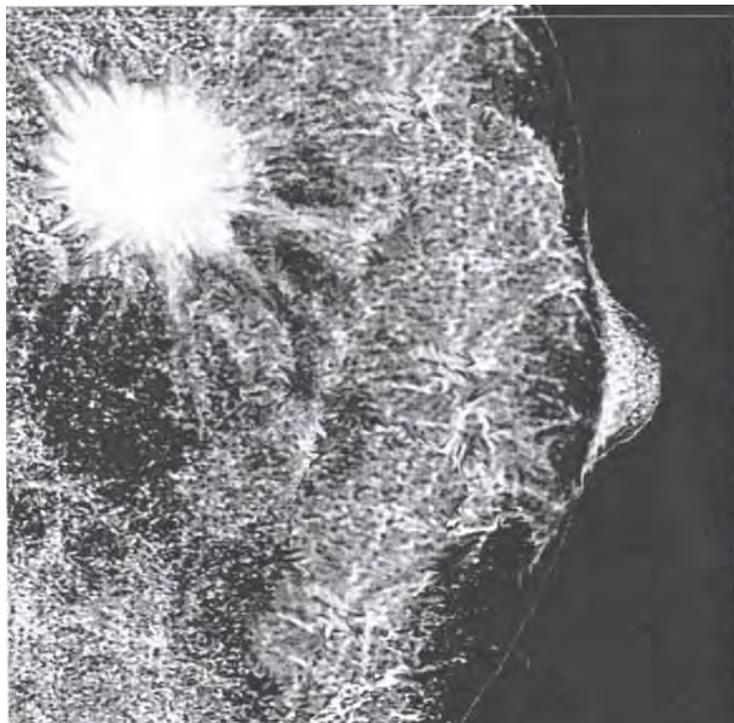
Pas après 65 ans!

L'étude WHI a également montré que le THS augmenterait le risque de maladies cardio-vasculaires chez les femmes de plus de 65 ans commençant ce traitement. Le traitement hormonal substitutif leur est donc déconseillé, tout comme lorsqu'on a des antécédents d'accidents cardio-vasculaires, et cela quel que soit son âge. En revanche, si on commence à la survenue de la ménopause ou peu après, le risque cardio-vasculaire semble au contraire diminué d'environ 50 %!

Alors faut-il prendre un traitement hormonal substitutif ou pas? Chaque femme doit évaluer avec son gynécologue les bénéfices et les risques. À l'heure actuelle, les hormones sont prescrites au cas par cas aux femmes qui souffrent de bouffées de chaleur très inconfortables et qui ne présentent ni de risque cardio-vasculaire ni de risque de cancer du sein particuliers. Ensuite, l'idéal est d'arrêter le traitement après cinq à sept ans.

Quoi qu'il en soit, la ménopause n'est pas une maladie qu'il faut traiter coûte que coûte. C'est simplement une période délicate à passer, pour laquelle il ne faut pas hésiter à se faire aider. Aujourd'hui, à 50 ou 60 ans, on est encore jeune et en forme. Pour en profiter, il ne faut pas se laisser malmenner par ses hormones! ■

Florence HEIMBURGER



CANCÉROLOGIE

Le risque de cancer du sein croît en cas de traitement précoce de la ménopause

En 2002, une étude américaine montrait que les traitements hormonaux de la ménopause augmentent le risque de cancer du sein mais aussi de maladie cardio-vasculaire. Conséquence : les autorités de santé françaises ont édité des recommandations et préconisent de débiter le traitement dans les trois ans suivant la ménopause, quand les symptômes sont les plus forts, pour une courte période. Mais les commencer aussi tôt ne limiterait pas non plus le risque selon une équipe de l'Institut Gustave-Roussy, à Villejuif. Entre 1992 et 2005, elle a suivi 53 310 femmes ménopausées dont plus de 1 700 ont développé un cancer du sein. Les chercheurs ont constaté que c'est au contraire quand le traitement est initié dans les deux premières années suivant la ménopause que le risque de cancer du sein est le plus important (multiplié par 1,5). Au-delà de deux ans, le moment auquel est instauré le traitement importe peu : le risque de cancer du sein est augmenté. Exception faite des traitements à la progestérone pris sur une courte période qui ne présentent pas de surrisque. Ce sont aujourd'hui les traitements les plus fréquemment utilisés en France. **O.D.**

< Initié dans les deux premières années suivant la ménopause, le traitement multiplie par 1,5 le risque de cancer du sein.

Matez vos hormones !

De la puberté à la ménopause, nous vivons au gré de nos hormones. Sauf que leur production n'est pas linéaire : il y a des pics et des chutes, et nous y sommes toutes sensibles. Petit guide de survie à ces fluctuations.

Par Marie-Catherine de la Roche

A 15 ans, la guerre des boutons

C'est le début des sécrétions hormonales, et ce démarrage en trombe a souvent des effets collatéraux : les boutons d'acné.

La pilule améliore la peau et certaines sont même labellisées anti-acné...

A peine 2 ans sur 10 y échappent ! La raison ? En marge de la sécrétion des œstrogènes et de la progestérone, les hormones féminines, nos ovaires sécrètent aussi des hormones mâles. A la puberté, ces dernières déclenchent une surproduction de sébum. Résultats : peau grasse, glandes sébacées engorgées et pores bouchés. La bactérie *Propionibacterium acnes* n'a plus qu'à s'en donner à cœur joie, faisant éclore papules, pustules et nodules.

Comment on rééquilibre ? En endiguant le débordement hormonal

Si les gels et crèmes spécifiques de l'acné ne sont pas suffisamment efficaces, il faut aller à la source de la guerre des boutons. L'arme de pointe : le *biacouane*, d'une efficacité redoutable. C'est un « anti-androgénique » : il coupe les hormones mâles. « On s'occupe en médicamenteux qu'après l'échec des autres traitements », explique la der-

matologue

Joëlle Sebaouin.

La contraception hormonale est alors recommandée : car le *Roaccutane* entraîne, en cas de grossesse, des malformations fœtales. « Ça tombe bien : de plus en plus de médecins mettent les jeunes filles sous pilule (avant même les premiers rapports sexuels et souvent à la demande des mères). Ce détournement de contraception est-il justifié ? « La plupart du temps, la pilule améliore la peau, et certaines (Diane et ses génériques, Trialdém, Triclist...) sont même labellisées « anti-acné », alors... », constate le Dr. Alain Tamborini, gynécologue. En contrebalançant l'action de la testostérone - l'hormone mâle - elles peuvent, en effet, faire peser nette. Et, « médicalement, rien

ne s'oppose à leur prise dès les premières années des règles », rassure le spécialiste.

A 20 ans, les désordres de la pilule

Ça y est, la première grande vague hormonale est passée. Le calme revient et, tous les mois, les choses se vivent à peu près tranquillement. Sauf... chez certaines utilisatrices de pilule, qui se plaignent de tensions dans les seins, de saignements anarchiques ou même de maux de tête. Pourquoi ? Question de dose. « Chaque femme est un cas parti-

culier, il n'y a pas vraiment une pilule universelle », insiste le Dr Tamborini. En général, on commence avec une minipilule, peu dosée puisqu'elle contient 15 ou 20 microgrammes d'éthinylestradiol (version chimique des œstrogènes) associé à un

progestatif (version chimique de la progestérone). Et on attend de voir. S'il y a des saignements, si les seins sont trop tendus ou s'il y a des migraines ou des maux de tête importants, on change de pilule jusqu'à obtenir le bon équilibre hormonal. « Il faut parfois en essayer 3 ou 4 avant de trouver celle qui convient », avertit le gynécologue.

Comment on rééquilibre ?

En changeant les dosages des pilules

Chaque pilule a son « climat » : elle est plus ou moins dosée en œstrogènes (de 50 à 15 microgrammes) et en progestérone (cela peut aller jusqu'à 100 % de progestatif), et leurs dosages peuvent également changer dans le mois (autel que les comprimés sont de différentes couleurs dans la plaquette). Ainsi, en cas de tensions dans les seins, la part œstrogénique est trop forte. On opte alors pour une pilule plus dosée en progestérone qu'en œstrogènes. En cas de migraine, signe d'une fragilité vasculaire, il faut arrêter toute pilule contenant des œstrogènes et préférer une pilule progestative pure (la « micropilule »). Cette dernière catégorie n'a pas de contre-indication vasculaire, mais doit être prise à heures fixes. Si la

Il faut parfois essayer 3 ou 4 pilules avant de trouver le bon équilibre hormonal.



NE RISQUE-T-ON PAS DE STOCKER TROP D'HORMONES ?

Non. Sous contraception hormonale, les ovaires sont mis au repos, il n'y a donc pas cumulé d'hormones, mais substitution. C'est pourquoi on peut prendre la pilule durant de nombreuses années, de la puberté jusqu'à la ménopause. Surtout il ne se met à l'arrêt, si on développe une hypertension ou un cancer du sein... Car les oestrogènes influent sur le système vasculaire, et certains de nos organes ont des récepteurs hormonaux qui peuvent dérégler sous l'effet d'un excès d'hormones. C'est pourquoi la pilule a longtemps été suspectée de provoquer des cancers. Aujourd'hui, états à l'appui, on sait qu'elle réduit de moitié la survenue des cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Le seul point d'interrogation concerne le cancer du sein. D'après la plupart des études, les femmes sous pilule seraient un tout petit peu plus à risque que les autres mais ce risque disparaît dix ans après son arrêt. Enfin, la dernière étude en date, portant sur 4 292 Américaines, ne retrouve pas d'augmentation du risque de cancer du sein à cause de la pilule. Il semblerait également que les traitements hormonaux « à la française » de la ménopause ne présentent pas les mêmes risques que les traitements employés aux États-Unis, dont le progestatif utilisé est différent.

contrainte est trop forte, il existe d'autres contraceptifs diffusant de la progestérone (patch, implant, anneau vaginal et stérilet).

De 25 ans à 40 ans, les affres du syndrome prémenstruel

Volontiers agacé, irritable, lasse ou même déprimée... et comme ça tous les mois ? C'est le fameux syndrome prémenstruel que constate la majorité des femmes juste avant leurs règles. Il peut aussi s'accompagner de gênes physiques : sensation de gonflement dû à une rétention d'eau, de tensions dans les seins, voire des crises de larmes...

Le SPM est souvent lié à un rapport calcium-magnésium pas assez élevé.

Le syndrome prémenstruel (SPM) est lié aux fluctuations hormonales, mais le mécanisme est complexe et n'est pas encore entièrement élucidé. Selon le Dr Alain Tamborini : « D'autres facteurs ont été évoqués : la prolactine, les prostaglandines (lire encadré « Zoom sur 4 hormones-clés »), des phénomènes allergiques, des modifications de la répartition de l'eau dans l'organisme, de l'hypoglycémie ou encore des déficits en vitamines (B6) et en sels minéraux (magnésium notamment). »

Comment on rééquilibre ?

En surveillant d'abord son hygiène de vie

Manger des oranges tous les matins ne fera pas disparaître le SPM ni ses effets sur l'humeur, mais plusieurs études ont démontré que ce qu'on mange influe, via les vitamines et les sels minéraux, sur l'ampleur du SPM. Le premier réflexe est donc d'adopter une alimentation équilibrée et de diminuer les sucres rapides (biscuits, barres d'énergie...) qui entraînent des hypoglycémies quelques heures plus tard. Il est également temps de faire une cure d'oligoéléments. Les femmes souffrant de SPM ont souvent un rapport magnésium/calcium plus faible que les autres. À essayer : une cure de 1 g de calcium + 300 mg de magnésium par jour. On peut également avaler des gélules de gaillet (gomme Elysium, lab. Pierre Fabre, 1 gélule matin et soir). Utilisée depuis Ève, ou presque, pour soulager le SPM, cette plante a fait l'objet d'une publication dans le célèbre *British Medical Journal* (Revue) : 52 % de symptômes en moins. Autre complément intéressant à base de plantes durant cette période : Cyclo-Norme (lab. Monin-Chanteau). Cette association de plantes (indiane et gromme) et de vitamines (B6 et biotinoïde) a des effets régulatoires sur le plan hormonal et l'humeur, et se révèle antispasmodique pour celles qui ont également mal au ventre. Prendre 1 comprimé matin et soir les 15 derniers jours du cycle, mais compter de 1 à 3 mois pour que le traitement fasse effet. Enfin, si la gêne est très importante et que ces traitements ne marchent pas, on peut essayer la progestérone (sur prescription médicale). Elle combat les effets des oestrogènes, implique notamment dans les sensations de gonflement. À prescrire sous forme de comprimés du 16^e au 25^e jour du cycle et parfois dès le 11^e jour. La prise de pilule à « climat progestatif » peut également régler le problème. Aux États-Unis, la pilule Yas (lab. Bayer) a même obtenu une indication « spécial SPM ».

A 30 ans, gérer l'après-bébé

Après neuf mois plutôt hormonaux (sur le plan hormonal, évidemment), l'accouchement vient à nouveau chambouler nos hormones. Les oestrogènes, endormis pendant la grossesse, vont se réveiller. La

progestérone, au top durant les neuf mois, va chuter brutalement. Et celles qui allaitent sont submergées de prolactine. Thérèse de la lactation. Bref, de vagues montagnes russes, à l'origine du baby-blues, de la baisse de libido, des montées de lachrymes... En prime, il y a la fatigue, le stress de l'accouchement et du retour, de plus en plus précoce à la maison. Un cocktail hormone-social détonnant.

Comment on rééquilibre ?

En anticipant !

Tous ces bouleversements sont normaux, naturels... et passagers. Il n'en sont pas moins périlleux à supporter. « En cette période, on peut recourir à l'homéopathie, conseille Evelyne Cosquer-Féry sage-femme. Ainsi, pour diminuer le baby-blues, on utilise *Spiral 30 CH*, le médicament antirépressif, 48 h après l'accouchement, puis à raison de 1 dose par semaine pendant 1 mois. Contre les réactions douloureuses dans les seins, on opte pour 3 granules de *Bryonia* et de *Psyllium 9 CH*, 3 fois par jour pendant 1 semaine.

A 50 ans et plus, stopper les bouffées de chaleur

Après 450 cycles en moyenne, nos ovaires cessent progressivement de produire des hormones. Sauf que le processus est irrégulier : on alterne les hypersecretions d'oestrogènes et les manques. Ce zoning hormonal va durer de quelques mois à... sept ans ! Cette période est la plus inconfortable à vivre, prévient le Dr Tamborini. C'est aussi le temps de tous les dangers pour la prise de poids et des premières bouffées de chaleur.

Comment on rééquilibre ?

En prolongeant l'harmonie acquise

Les homéopathes proposent des dilutions hormonales pour gérer les fluctuations hormonales. Le traitement de référence est *Folliculinum* en 7 ou 9 CH, qui régule les voyos hormonaux. On y ajoute souvent *Bella-lana* et *Lachesis* contre les bouffées de chaleur. Certains médecins associent à ce traitement des phyto-oestrogènes, présents dans les plantes. Plusieurs études ont montré que ceux du soja pourraient atténuer les bouffées de chaleur.

Mais « actuellement, on n'a pas de certitude sur leur sécurité, met en garde le Pr Philippe Descombes, chef de service gynécologie-obstétrique au CHU d'Angers. La restriction entre cancer du sein et soja n'est pas claire, les études sérieuses manquent », affirme-t-il. De fait, les phyto-oestrogènes étant très actifs, il est toujours préférable, si on prend des compléments alimentaires de soja, de ne pas consommer en plus d'œufs, de lait, de produits de soja. Enfin, les utilisatrices de pilule peuvent garder leur contraception. En différant son lot quotidien d'oestrogènes et de progestérone, la pilule maintient le palis hormonal. « Le processus de ménopause-sénescence, rien ne peut empêcher, précise Alain Tamborini, mais ses symptômes passent inaperçus. » Enfin, c'est à cette période qu'on se pose « la » question : faut-il ou non prendre un traitement hormonal substitutif (THS) ? À chacune de décider, après en avoir parlé avec son médecin et effectué une mammographie. « En cas de bouffées de chaleur importantes, à faible dose d'abord, et en réévaluant régulièrement ses bénéfices », estime le Dr Tamborini.

En homéopathie, Folliculinum 7 ou 9 CH régule les voyos hormonaux.

ZOOM SUR

4 HORMONES-CLÉS

Oestrogènes Ils agissent principalement sur l'aspect général - ils entraînent l'hydratation des muqueuses et entraînent l'épaississement de la muqueuse de l'utérus et la production de glycène au niveau du col de l'utérus (ce qui facilite la montée des spermatozoïdes pour obtenir une fécondation).
Progestérone Surtout élevée peu avant l'ovulation et durant la deuxième partie du cycle, c'est elle qui prépare l'utérus à la nidation et permet le maintien de la grossesse. Quand son taux chute, les règles surviennent et les oestrogènes remontent.
Prostaglandines Ces médiateurs chimiques sont impliqués dans tous les fluxes et tous les organes. Au niveau de l'utérus, elles favorisent sa contraction. Elles interviennent donc principalement au moment des règles et du détachement.
Prolactine C'est l'hormone de la lactation, mais elle est produite en permanence à de faibles taux et est impliquée dans près de 200 fonctions. Un de ses effets notables elle engendre une « stabilité sociale » : du coup, la libido baisse.

POUR EN SAVOIR PLUS

- 800 questions au gynécologue, du Dr Alain Tamborini, Marabout.
- *L'équilibre hormonal*, c'est facile du Dr John R. Lee et Virginia Negrete, éd. Sully.
- *Je viens d'accoucher*, d'Evelyne Cosquer-Féry, Marabout.
- *Le grand guide des médecines douces*, du Dr Serge Rabat, Marabout.

Où en est-on du traitement hormonal de la ménopause ?

AUJOURD'HUI ENCORE, 80 % DES FRANÇAISES CONCERNÉES PRÉFÈRENT S'EN PASSER. À TORT OU À RAISON ? EN AVANT-PRÉMIÈRE POUR "VERSION FEMINA", ANNE DE KERVASDOUÉ, GYNÉCOLOGUE, NOUS LIVRE LE FRUIT DE SES RECHERCHES. ELLE EST L'AUTEURE DE "AU BONHEUR DES FEMMES, LA VÉRITÉ SUR LES HORMONES"* (ODILE JACOB).



Gynécologue de renom, Anne de Kervasdoué était la personne qu'on attendait sur ce sujet polémique. Rappel des faits.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause est apparu aux Etats-Unis en 1942, soit bien avant la première pilule contraceptive. Sa prescription s'accroît dans les années 70 et se multiplie en France à partir de 1990. Pour les millions de femmes qui y ont recours, c'est un miracle : finies les bouffées de chaleur, le moral en dents de scie... De plus, ce traitement leur promet une libido au beau fixe et même une prévention de la dégradation des artères et de l'ostéoporose. « Un réel progrès pour l'épanouissement des femmes », résume la spécialiste.

1 En 2002, le coup de tonnerre

Le 10 juillet 2002, les conclusions de l'étude américaine « WHI » (« Women's Health Initiative ») résonnent comme un coup de tonnerre dans ce tableau idyllique. Lancée en 1993 sur 16 600 femmes âgées de 50 à 79 ans, cette étude sur ce qu'on appelait à l'époque le traitement hormonal substitutif (THS) est financée en partie par le principal fabricant du traitement. Or les auteurs de l'étude annoncent qu'ils y mettent fin prématurément au vu des risques qu'il fait courir aux femmes : davantage d'infarctus, d'AVC (accidents vasculaires cérébraux), d'embolies pulmonaires et de cancers du sein. Un an plus tard, l'étude britannique « Million Women Study » vient encore renforcer la méfiance. Des personnes se souviennent alors qu'une ancienne étude, « Hers » (« Heart and Estrogen/progestin Replacement Study »), publiée en 1997, montrait déjà une légère augmentation du risque de cancer du sein et de thrombose veineuse. La réaction ne se fait pas attendre : paniquées, les femmes abandonnent en masse leur traitement. Alors que près de 50 % des Françaises ménopausées prenaient un traitement hormonal en 2002, elles ne sont plus que 20 % en 2006.

2 L'exception française, une réalité

Les gynécologues français ont du mal à faire entendre leur voix dans la tourmente. Ils savent pourtant que, pour une part significative de leurs patientes, les résultats américains ne peuvent être transposés. « L'école gynécologique française s'était vite démarquée de son pendant anglo-saxon, rappelle le D^r de Kervasdoué. Outre-Atlantique, les femmes continuaient à prendre par voie orale des doses massives d'œstrogènes

provenant d'urines de juments enceintes. Dès 1975, un certain nombre de médecins français ont préféré l'application cutanée d'œstrogènes de synthèse, associée à de la progestérone naturelle micronisée par voie orale, plus proche des hormones naturelles, le tout à des doses souvent inférieures. » Autre différence : les femmes incluses dans l'étude américaine, en moyenne plus âgées que les patientes françaises, souffraient plus souvent de surcharge pondérale (75 %), d'hypertension (35 %) et de diabète. De fait, fin 2004, les résultats des premières études françaises le confirment : « notre traitement » n'entraîne pas les mêmes effets que son homologue américain. Pris par la cutanée, il écarte par exemple le danger de thrombose veineuse

THM ou THS ? Avant 2006, on ne parlait que de THS. Aujourd'hui, il est réservé aux ménopauses précoces et le terme THM, aux ménopauses survenant à un âge normal.

Dr Anne de Kervasdoué
AU BONHEUR DES FEMMES
UN LIVRE POUR FAIRE LE POINT
Le but ? Rassurer les patientes et les informer honnêtement afin qu'elles puissent choisir en toute connaissance de cause la manière dont elles souhaitent vivre leur ménopause. « Je vois trop de personnes résignées, qui se retrouvent vingt ans en arrière, quand la ménopause apparaissait comme une fatalité redoutée, explique le D^r Anne de Kervasdoué, grande spécialiste de la santé des femmes. Nombreuses sont celles qui se privent d'une qualité de vie à cause de craintes injustifiées. Dans *Au bonheur des femmes...*, j'ai souhaité les aider à peser le pour et le contre, rationnellement. »
Mission accomplie!

3 Bon pour le cœur, pas si mauvais pour le sein

Une analyse plus fine des résultats de l'étude « WHI », publiée fin 2003, et d'autres travaux depuis (notamment la « Nurse's Health Study » de Boston) ont également apporté des nuances : le traitement hormonal protège bien de certaines maladies cardiaques (infarctus, AVC), à condition d'être prescrit dès la ménopause.

En revanche, il augmente le risque de caillots lorsqu'il est commencé plus tard, quand les parois des vaisseaux ont déjà eu le temps de se dégrader. Qu'en est-il de ses relations avec le cancer du sein ? Les travaux les plus pessimistes estiment qu'il augmente de 1,6 le risque d'apparition d'une tumeur après dix ans de prise (soit l'équivalent du risque engendré par une première grossesse passé 34 ans ou par le fait de boire trois verres de vin par jour). Traduit concrètement : sur 100 femmes indemnes à 50 ans, 6 auront « normalement » une tumeur vers 70 ans et, si toutes suivent un THM, ce nombre montera à 9.

Un surrisque faible, qui disparaît dans les deux ans suivant l'arrêt du traitement. « Les médecins continuent à penser que le THM agirait plutôt comme stimulateur d'une lésion déjà existante et non comme initiateur », précise le Dr de Kervasdoué. D'autant que deux récentes études françaises (« E3N » et « Mission ») ne constatent aucune augmentation du risque. « Comment expliquer alors que le nombre de cancers du sein, qui avait doublé depuis vingt ans, a justement commencé à diminuer depuis 2005 ? Plusieurs hypothèses sont envisagées, l'une d'entre elles étant que, parmi les patientes françaises, 45 % recevaient tout de même des progestatifs de synthèse au lieu de la progestérone naturelle micronisée.

Quasi nul les premières années, le risque de cancer du sein augmente légèrement après dix ans de prise. Un écueil qu'évite le traitement « à la française ».

LES ALTERNATIVES SONT-ELLES EFFICACES ET SANS DANGER ?

Le THM est déconseillé dans d'assez nombreuses situations : antécédents de cancer du sein, symptômes vasculaires veineux ou artériels, maladie cardiaque, hypertension sévère ou diabète compliqué...

Les femmes se tournent alors volontiers vers les phytoestrogènes, issus notamment du soja. Certaines y trouvent un soulagement suffisant, d'autres sont déçues. Bien que moins spectaculaires que le THM, ces compléments alimentaires semblent avoir une certaine efficacité. « Mais, s'ils sont actifs, cela veut dire qu'ils peuvent aussi avoir des effets secondaires, souligne le Dr Lachowsky. Je ne les conseille pas en cas d'antécédents de cancer du sein ou de l'endomètre. » La vente de ces produits a tellement explosé que leur qualité est en outre inégale. Avant d'y avoir recours, il ne faut pas hésiter à demander conseil au pharmacien.

4 D'autres bienfaits avérés pour la santé

Le THM offre également, d'un strict point de vue santé, des avantages qui compensent ses inconvénients. Il diminue notamment le risque de cancer du côlon, également en augmentation constante. Quant à son action sur l'ostéoporose, elle est indéniable, même si son effet bénéfique

ne dure que le temps du traitement : quelques années de gagnées représentent autant de fractures en moins. Par ailleurs, alors que trop de femmes ont tendance à négliger les rendez-vous de prévention une fois passée leur période fertile, celles qui recourent au THM font l'objet d'une surveillance étroite de leur santé.

« Malheureusement, aujourd'hui encore, seule une femme ménopausée sur cinq "ose" opter pour les hormones », regrette le Dr de Kervasdoué.

À la ménopause, l'épiderme s'affine et se déshydrate. Le traitement hormonal permet de garder une belle peau.

5 Une action positive côté bien-être

Traiter sa ménopause n'impose plus des années supplémentaires de saignements menstruels, puisqu'on peut désormais choisir une formule « avec ou sans règles ». Cela ne fait pas grossir – c'est la ménopause qui a tendance à entraîner une prise de poids. Au contraire, la prise d'hormones freinerait la migration de la graisse vers la taille. Un regret, toutefois : les troubles ont tendance à revenir comme au premier jour si l'on suspend le traitement. « D'où l'importance de le diminuer alors en pente douce », rappelle le Dr Michèle Lachowsky, présidente de l'AFem (Association française pour l'étude de la ménopause).

6 La polémique a eu du bon

Cette controverse a freiné l'ardeur des médecins qui avaient tendance à vouloir mettre toutes les femmes sous traitement, même lorsqu'elles étaient peu incommodées. Ils sélectionnent désormais plus rigoureusement les patientes qui en manifestent l'envie et choisissent résolument l'association gel et progestatif naturelle micronisée. En outre, ils ont diminué le dosage, ce qui limite également les éventuels effets indésirables – seins tendus, saignements, rétention d'eau... « Nous avons affiné notre façon de traiter », reconnaissent les Drs Lachowsky et de Kervasdoué. Aux patientes traitées, de ne plus se priver de cette aide lorsqu'elles en ont besoin, à cause de peurs infondées. Certes, la ménopause n'est pas une maladie et toutes les femmes ne la ressentent pas comme un fardeau, mais elle provoque des symptômes vraiment pénibles pour trois femmes sur quatre. À chacun de peser le pour et le contre avec son médecin, selon l'importance des troubles qu'elle subit et son état de santé personnel. Sans oublier que, pour vieillir jeune, on n'a encore rien trouvé de mieux qu'une bonne hygiène de vie !

* Sortie le 28 octobre.

Évelyne Collet

VU

NANCY, le 29 août 2011
Le Président de Thèse

NANCY, le 1^{er} septembre 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

Professeur P. JUDLIN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3701

NANCY, le 08/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Les huit dernières années ont été marquées par la polémique concernant le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM). La publication des études *WHI* et *MWS*, montrant une balance bénéfice/risque du THM peu favorable, entraîne une déferlante médiatique. La presse magazine critique alors la prise d'hormones systématiques, si longtemps vantée par l'univers médical. L'objectif de l'étude est d'analyser l'information donnée aux femmes sur la ménopause et ses traitements à travers la presse magazine.

Matériel et Méthodes : Nous avons collectés les articles parus dans les magazines français lus par plus de 500 000 femmes entre janvier 2009 et décembre 2010, traitant de la ménopause. Les caractéristiques quantitatives : dates de parution, types de presse, formes d'articles, thèmes abordés ont été analysées. L'étude qualitative est réalisée grâce à une grille de lecture élaborée spécifiquement.

Résultats : 92% des revues sélectionnées ont été contactées. Ont ainsi été évalué 64 articles de presse magazine dans 24 magazines différents. Nous objectivons la parution d'une majorité (62,5%) de grands articles –dossiers et articles de fond- sur le sujet. Ils sont, pour la majorité, publiés dans la presse dite « santé », préférentiellement dans la période automnale (41% des articles). Les objectifs des articles semblent dans l'ensemble bien exposés (note moyenne=3,8/5) au contraire de leurs référencements (sources, dates...) (note moyenne= 2,7/5). Les thèmes abordés et la présentation divergent en fonction du format de l'article.

Discussion : Même si les traitements de la ménopause constituent encore un sujet de préoccupation actuelle, l'information retrouvée est souvent pauvre, parfois erronée, sans bibliographie énoncée :aucune garantie n'existe à ce jour concernant l'information donnée à travers la presse magazine. Les dangers de la vulgarisation médicale sont mis en exergue.

TITRE EN ANGLAIS : An analysis of the information about menopause given to women through press magazines from 2009 to 2010.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE– ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : Ménopause – presse – magazine - femmes

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
