

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N° 78

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Par **Jessica ELIS**

Née le 7 Février 1982 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2011

**ÉTUDE DESCRIPTIVE SUR LA PRISE EN CHARGE
DES BOUFFÉES DE CHALEUR :
ENQUÊTE AUPRÈS DE 108 FEMMES MÉNOPAUSÉES**

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrice LOPÈS

Directeur de thèse : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO

« La patience rend tolérable ce qu'on ne peut empêcher. »

HORACE

TABLE DES MATIÈRES

Partie I – Introduction et rappels	9
1- Problématique	10
2- Objectifs du travail	10
3- Définitions	11
31- La ménopause	11
32- La périménopause	11
33- La préménopause	11
34- Le syndrome climatérique	12
35- Les bouffées de chaleur	13
4- Rappels sur la physiologie de la ménopause	13
41- La périménopause	13
42- La ménopause	14
43- La postménopause	14
5- Physiopathologie des bouffées de chaleur	14
51- Physiologie de l'axe hormonal féminin avant la ménopause	14
52- L'insuffisance en œstrogènes	15
53- Le rôle de l'hypothalamus	15
54- Modèle théorique	17
6- Le THM	18
61 - Recommandations de l'AFSSAPS	18
62 – Contre-indications du THM	19
621- Contre-indications absolues	19
622- Contre-indications relatives	20
63 - Petit historique du THM	20
631- Les travaux précurseurs : la méta-analyse du Lancet en 1997	21
632- L'étude HERS en 1998	21
633- L'essai ESPRIT en 2002	22
634- L'étude WHI (Women Health Initiative) en 2002	22
635- L'étude Million Women Study (MWS) en 2003	23
636- L'étude ESTHER en 2004	24
637- L'étude E3N en 2005	24
638- L'étude MISSION en 2006 et 2007	24
64 – Résumé de la balance bénéfice-risque	24

7- Alternatives au THM	26
71 - Traitement hormonal en dehors du THM : la tibolone (Livial®)	26
72 - Traitement non hormonal ayant l'AMM = l'Abufène®	26
73 - Autres traitements pharmaceutiques non hormonaux délivrés sur prescription médicale	27
731- Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et/ou de la norépinéphrine	27
732- La clonidine	28
733- La gabapentine	28
74- Remèdes en vente libre	29
741- Les phytoestrogènes	29
7411- Isoflavones extraites du soja	30
7412- Les extraits de trèfle rouge	30
742- Les extraits de black cohosh	30
743- L'homéopathie	31
744- Vitamine E	31
745- La DHEA	31
746- Autres remèdes dans le domaine de la phytothérapie ...	32
8- Médecines non conventionnelles à visée thérapeutique	33
81 - L'acupuncture	33
82- Le yoga	33
83- L'hypnothérapie	33
9- Comportements et astuces pour lutter contre les bouffées de chaleur	34
 Partie II - Matériel et méthode	36
1- Description de l'étude	37
2- Outils	37
3- Population étudiée	38
4-Traitement des données	39
 Partie III – Résultats	40

1- Participation	41
2- Description de l'échantillon	41
21- Répartition selon les âges	41
22- Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude	42
23- Répartition de l'échantillon selon l'index de masse corporelle	42
24- Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants	43
3 - Syndrome climatérique et bouffées de chaleur	44
31- Fréquence des symptômes climatériques	45
32- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction du niveau d'étude	47
33- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction du nombre d'enfants	48
34- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction de l'activité sportive	50
35- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction de l'IMC	51
4- Le traitement hormonal de la ménopause	53
41- Proportion de prescriptions de THM	53
42- Durée de prise du THM	53
43- Raisons d'arrêt du THM	54
44- Personne à l'initiative de la prescription du THM	54
45- Prescription ou non d'un THM en fonction de la sévérité du syndrome climatérique	55
46- Traitement par THM en fonction du niveau d'étude	56
47- Traitement par THM en fonction de l'activité sportive	56
48- Raisons pour lesquelles les femmes ne prennent pas de THM	57
49- Raisons données selon le niveau d'étude	58
5 - Remèdes hors THM	59
51- Efficacité des produits cités selon les femmes interrogées	59
52- Recours à un traitement alternatif en fonction de l'intensité des symptômes	60
53- Utilisation d'un traitement hors THM en fonction du niveau de formation	61
54- Influence de la source d'information et du mode de procuration sur l'efficacité	61
6 - Médecines non conventionnelles	63

7- Traitements hors THM en général (produits et MNC confondus)	64
8- Comportements adoptés par les femmes pour diminuer leurs bouffées de chaleur	65
9- Informations complémentaires que les femmes ont voulu nous transmettre ..	66
Partie IV – Discussion	72
1- Intérêt du travail	73
2- Limites de l'étude	73
21- Limites du questionnaire	73
211- <i>L'âge de la ménopause</i>	73
212- <i>Durée de présence des bouffées de chaleur</i>	74
213- <i>Le recours aux médecines non conventionnelles à visée thérapeutique pour la prise en charge de pathologies non climatiques.</i>	74
22- Limites de l'échantillon	75
221- <i>Répartition des âges</i>	75
222- <i>Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude</i>	75
223- <i>Puissance de l'étude</i>	76
3- La ménopause et le syndrome climatérique	77
31- Incidence des symptômes	77
32- Les troubles du sommeil	78
33- Les facteurs prédictifs de l'intensité des symptômes climatiques	80
331- <i>L'Index de Masse Corporelle</i>	80
332- <i>Autres facteurs</i>	80
4- Le THM	82
41- Proportion de femmes sous THM	82
42- La durée d'utilisation du THM	83
43- Les raisons expliquant l'arrêt du traitement hormonal	84
44- L'efficacité du THM sur les bouffées de chaleur	84
45- Caractéristiques de la population prenant un THM	85
46- Initiateur du traitement	86
47- Raisons justifiant la non prise de THM	86
5- Les alternatives au THM dans la prise en charge des bouffées de chaleur ...	88

51- Produits consommés	88
52- Facteurs prédictifs de l'efficacité des traitements alternatifs	90
53- Caractéristiques des patientes qui ont recours aux traitements alternatifs	91
54- Modifications comportementales et hygiéniques	91
55- Médecines non conventionnelles à visée thérapeutique	93
Partie V – Conclusion	94
Bibliographie	97
Annexes	
Annexe 1 : Le score de Kupperman	107
Annexe 2 : Le questionnaire	108
Annexe 3 : Tableau récapitulatif du recours aux traitements alternatifs au THM . .	113

Partie I

INTRODUCTION

ET

RAPPELS

1- Problématique

En France en 2011, environ 15 millions de femmes sont ménopausées, et on estime que chaque année, avec les générations issues du baby-boom, 450 000 femmes environ débutent leur ménopause. La proportion de femmes sous traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) n'est pas connue avec précision ; on l'estime de 30 % à 50 % entre 48 à 64 ans, soit 2 à 4 millions de femmes.⁽¹⁾

La SOFRES a réalisé en mars 2004 ⁽¹⁾ une enquête sur un échantillon représentatif de 1 010 femmes âgées de 45 à 70 ans (70 % étaient ménopausées) dont les résultats ont montré que :

- 25% des femmes ménopausées prenaient un THM au moment de l'enquête et 33% environ en avaient pris un antérieurement
- sur les 261 femmes qui prenaient un THM en décembre 2003, 28,7 % l'avaient arrêté temporairement ou définitivement ; environ 1 femme sur 4 avait repris le traitement, le plus souvent en raison de la réapparition des symptômes climatiques.

De nombreuses femmes qui ne prennent plus ou n'ont jamais pris de THM présentent des symptômes climatiques dont le plus fréquent est les bouffées de chaleur. Certaines y remédient grâce à des médicaments, compléments alimentaires ou médecines non conventionnelles. D'autres ne trouvent rien d'efficace et, soit s'en accommodent, soit reprennent le THM qu'elles avaient arrêté.

Ces méthodes hors THM, qui auparavant intéressaient principalement les femmes ayant survécu à un cancer du sein (contre indication absolue au THM), ont pris de l'importance depuis la publication et la médiatisation des résultats « préoccupants » des études américaines WHI et MWS concernant les effets secondaires du traitement hormonal.

2- Objectifs du travail

L'étude que nous avons réalisée sur un échantillon de 108 femmes ménopausées avait pour objectifs :

- de décrire l'attitude de ces femmes vis-à-vis du THM
- d'identifier les moyens (médicamenteux ou non) que celles-ci utilisent pour soulager leurs bouffées de chaleur
- d'apprécier l'efficacité subjective qu'elles reconnaissent à ces thérapeutiques.

Nous avons ensuite confronté nos observations aux données de certaines études ou méta-analyses qui se sont intéressées à la prise en charge des bouffées de chaleur chez la femme ménopausée.

3- Définitions⁽²⁾

31- La ménopause :

La ménopause se définit comme un arrêt permanent des menstruations, résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne (selon l'OMS en 1996).

Cette définition est avant tout une définition rétrospective, puisqu'elle est basée sur une période d'aménorrhée consécutive de 12 mois sans cause physiologique ou pathologique évidente.

Afin d'éviter une année de symptômes gênants et de perte osseuse, le diagnostic peut être posé en s'aidant d'un test à la progestérone. Le diagnostic n'est probable que lorsque le test est négatif au moins deux fois consécutives.

L'âge médian de la ménopause en Europe est compris entre 50 et 51 ans. Globalement, 90 à 95 % des femmes sont ménopausées à 55 ans.

On parle de ménopause précoce lorsqu'elle est diagnostiquée avant 40 ans.

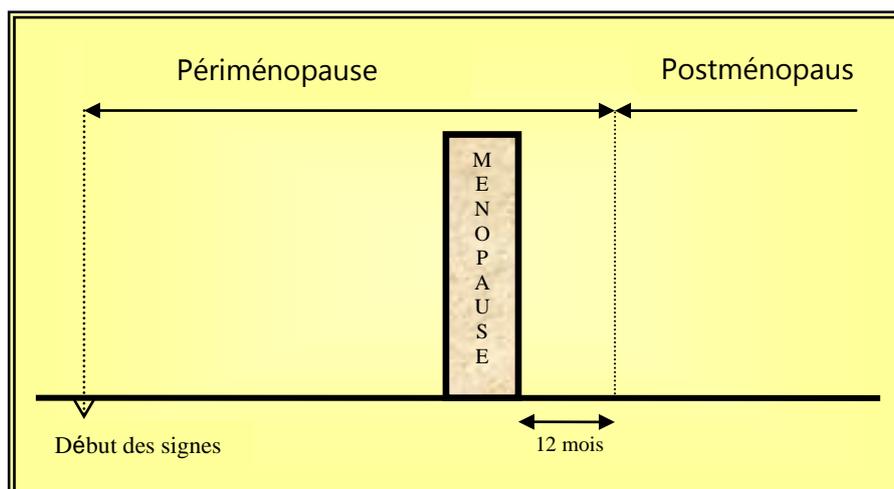
La ménopause est dite tardive lorsqu'elle s'installe après 55 ans.

32- La périménopause :

La périménopause inclut la phase où les symptômes de la ménopause sont observés avant la période d'une année d'aménorrhée. Elle peut débuter 5 ans avant la ménopause et dure jusqu'à un an après les dernières règles.

33- La préménopause :

Ce terme est employé en France pour définir la période de transition s'observant avant la ménopause, alors que chez les anglo-saxons, il définit la période d'activité de procréation (de la puberté à la ménopause).



34- Le syndrome climatérique

Le climatère désigne la période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause.

Certains symptômes sont classiques de la phase ménopausique :

- les bouffées vasomotrices (ou bouffées de chaleur)
- les sueurs nocturnes
- la sécheresse vaginale

D'autres sont fréquents, mais le caractère attribuable à l'insuffisance ovarienne est parfois difficile à démontrer : la sécheresse cutanée, le prurit, les troubles du sommeil, l'asthénie, les troubles de l'humeur (irritabilité, dépression), les arthralgies, la prise de poids, les céphalées, les vertiges, la constipation, les troubles génito-urinaires.

Une évaluation standardisée sous le nom de « score de Kupperman » permet de caractériser les symptômes du climatère comme importants ou non, selon que le score est supérieur ou inférieur à 18 (sur un total de 51). (cf. annexe 1)

Ces symptômes touchent environ 70% des femmes ménopausées, et disparaissent le plus souvent avec le temps. Leur intensité est très variable d'une femme à l'autre.

Leur durée peut varier de quelques mois à plusieurs années (voire plusieurs dizaines d'années chez certaines).^(3,4)

L'incidence des symptômes climatériques selon l'AFEM (Association Française pour l'Etude de la Ménopause) figure dans le tableau ci-dessous :

Bouffées de chaleur	67%
Etat dépressif	38.5%
Sueurs nocturnes	31%
Insomnies	26%
Sécheresse vaginale	20%
Asthénie	18.5%

Incidence des symptômes climatériques selon l'AFEM

Les bouffées vasomotrices ou bouffées de chaleur représentent le symptôme le plus fréquent et souvent le plus gênant.

35– Les bouffées de chaleur^(2,5)

Elles durent entre 4 à 30 minutes (selon les auteurs) et se déroulent en 3 phases :

- une phase de prodromes
- une deuxième phase avec sensation de chaleur qui débute au niveau de la face et du cou puis descend vers le thorax et les épaules et éventuellement se généralise. Elle s'associe à une hypersudation, des palpitations et une augmentation de la fréquence cardiaque

- une troisième phase de résolution avec tremblements et frissons.

On les classe en trois niveaux d'intensité :

- légères lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de sueurs
- modérées si elles s'accompagnent de sueurs
- sévères si, en plus des sueurs, elles obligent la patiente à interrompre son activité

Ce symptôme touche environ 70% des femmes ménopausées

4- Rappels sur la physiologie de la ménopause⁽²⁾

41- La périménopause

Pendant les mois ou années qui précèdent la ménopause, la production par les cellules de la granulosa d'un peptide dimérique appelé "inhibine B" diminue. Ce phénomène s'accompagne d'une résistance de l'ovaire à la FSH, ce qui peut expliquer l'augmentation du taux de FSH (4 à 10 UI/L en périménopause jusqu'à plus de 30UI/L en postménopause).

Au début, lorsque les cycles sont encore ovulatoires, l'augmentation du taux de FSH va être responsable :

- d'une augmentation de l'œstradiolémie en début de cycle avec un pic ovulatoire d'œstradiol précoce et plus marqué
- d'une chute plus rapide de l'œstradiolémie en fin de phase lutéale sans qu'il n'y ait pour autant de retentissement sur la fréquence des cycles menstruels.

Dans un deuxième temps, s'installe une dysovulation avec allongement des cycles. A ce moment, les dosages retrouvent un taux élevé de FSH, mais aussi souvent un taux élevé d'œstradiol. L'anovulation étant responsable d'une absence de sécrétion significative de progestérone, il apparaît des troubles du cycle avec irrégularité, plus ou moins des ménorragies. Le test à la progestérone (pendant 10 jours) reste positif et s'accompagne de règles à l'arrêt du traitement, jusqu'à ce que l'œstradiolémie chute définitivement.

42- La ménopause

La ménopause s'installe lorsque le nombre de follicules ovariens atteint le seuil critique de 1000, à l'âge moyen de 51 ans.

Les taux de FSH et LH sont élevés, reflet de l'atrésie folliculaire et de la chute de la sécrétion en inhibine B puis de l'œstradiol.

La production d'œstradiol s'effondre avec des taux résiduels de 10 à 20 pg/ml, essentiellement secondaires à une conversion périphérique des androgènes surrénaliens.

43- La postménopause

L'imprégnation œstrogénique résiduelle peut varier d'une femme à l'autre, en fonction de son degré d'adiposité et de la capacité d'aromatation des androgènes par le tissu graisseux. Cela explique en partie que les femmes obèses soient moins touchées par l'ostéoporose, mais en revanche développent plus facilement des cancers de l'endomètre.

5- Physiopathologie des bouffées de chaleur^(6,7,8)

Les bouffées de chaleur liées à la ménopause s'expliqueraient par un dysfonctionnement des centres de la thermorégulation causé par la chute brutale du taux d'œstrogènes.

L'exploration et la compréhension de la physiologie de l'axe hormonal féminin, pendant la période reproductive et au moment de la ménopause, permettent d'identifier de potentielles cibles pour les traitements.

51- Physiologie de l'axe hormonal féminin avant la ménopause

Pendant la période reproductive, les hormones FSH et LH conduisent mensuellement les follicules ovariens à maturation. Les cellules thécales de ces follicules sécrètent des œstrogènes à des taux croissants qui exercent un rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus et l'hypophyse.

En l'absence de fécondation, la production d'œstrogènes et de progestérone par le corps jaune diminue, le rétrocontrôle négatif disparaît, la sécrétion de FSH reprend avec un nouveau cycle menstruel.

Au cours de la vie reproductive, le capital de follicules ovariens s'épuise et leur capacité de production diminue : la ménopause s'installe. Il n'y a alors plus de sécrétion ovarienne d'œstrogènes, donc plus de rétrocontrôle négatif. En conséquence, la production de FSH augmente.

Les bouffées de chaleur apparaissent de façon synchrone avec ces modifications hormonales.

52- L'insuffisance en œstrogènes

La nature spécifique du rôle de la carence œstrogénique dans l'apparition des bouffées de chaleur reste méconnue. Cependant, il semblerait que c'est la chute brutale des œstrogènes (plus qu'un taux bas d'hormones circulantes) qui induirait un dérèglement central responsable de l'apparition du symptôme.

Plusieurs observations vont dans le sens de cette théorie :

- La carence en œstrogènes induite par une ovariectomie chez des femmes non ménopausées entraîne rapidement des bouffées vasomotrices. En revanche, chez celles qui ont une œstradiolémie basse à cause de malformations ovariennes, on n'observe pas ce genre de symptômes.

- Si ces femmes qui présentent une œstradiolémie basse prennent un traitement par œstrogènes pendant plusieurs mois et l'arrêtent soudainement, elles ont alors des bouffées de chaleur.

Ces constatations suggèrent que la chute brutale des œstrogènes est un important instigateur des bouffées vasomotrices.

53- Le rôle de l'hypothalamus

L'origine des troubles appartient-elle au système nerveux central ou périphérique ? Des études tendent à prouver que le phénomène responsable est un dysfonctionnement des centres thermorégulateurs situés sur la face antérieure de l'hypothalamus.

La transpiration et la vasodilatation sont les mécanismes classiques de déperdition de chaleur, activés lors des bouffées de chaleur.

L'aire pré-optique médiane de l'hypothalamus est le siège du noyau thermorégulateur. Celui-ci commande les mécanismes de déperdition de chaleur dans le but de maintenir la température de l'organisme dans une zone régulée « normale », appelée « zone d'homéothermie ».

Des études menées par Freedman et son équipe⁽⁷⁾, utilisant une sonde thermométrique ultrasensible, ont mis en évidence que des petits changements de température apparaissent 15 minutes avant les bouffées de chaleur dans plus de 60% des épisodes.

Ces mêmes chercheurs ont montré par la suite que les femmes ayant des bouffées de chaleur semblaient avoir une zone d'homéothermie plus étroite et avec

un seuil abaissé, comparé aux femmes qui n'ont pas de symptômes. Cela implique que des variations de température minimales (et sans conséquence chez d'autres individus) déclenchent chez ces femmes les mécanismes de perte de chaleur.

Des voies complexes neuroendocrines qui impliquent la norépinéphrine, les œstrogènes, la testostérone et les endorphines contrôlent le centre de thermorégulation. Un dysfonctionnement au niveau de ces voies pourrait être à l'origine des bouffées de chaleur.

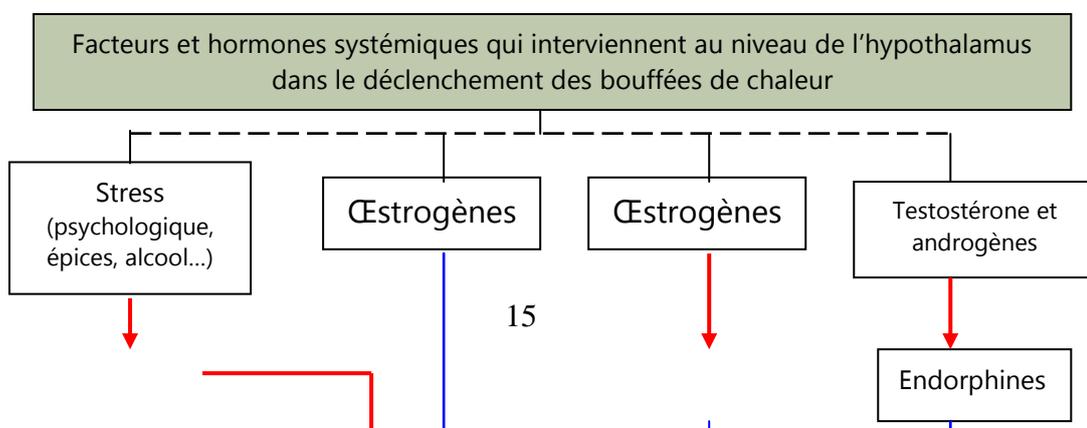
La norépinéphrine semble être responsable, en majeure partie, de l'abaissement du seuil de la zone d'homéothermie.

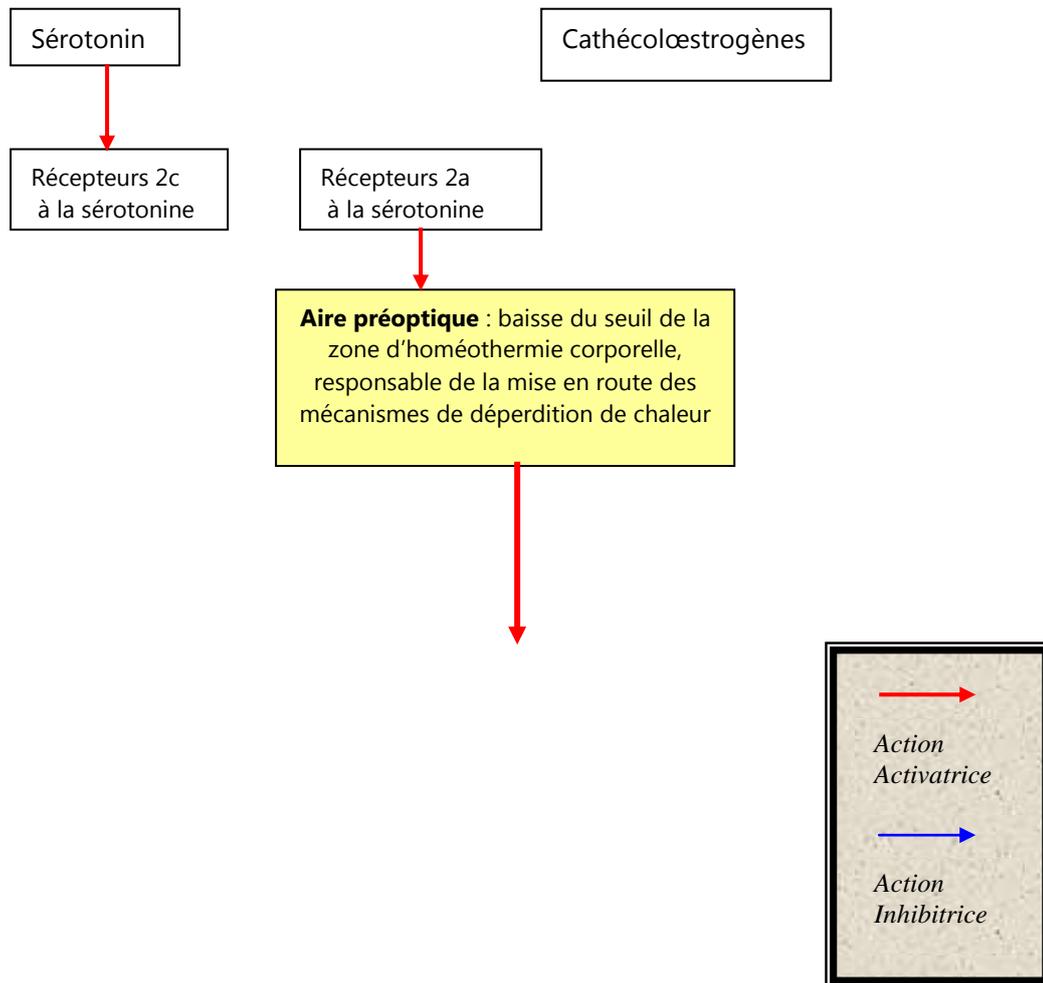
Les taux plasmatiques de métabolites de norépinéphrine sont augmentés avant et durant les bouffées de chaleur. Une injection intrahypothalamique de norépinéphrine peut augmenter la température de l'organisme et induire l'activation des mécanismes de perte de chaleur.

Par ailleurs, la production et le relargage de norépinéphrine au niveau du centre thermorégulateur semblent être inhibés par les endorphines et les cathécolœstrogènes.

La sérotonine serait également un neuromédiateur clé dans le processus, mais son rôle est difficile à déterminer. L'action activatrice ou inhibitrice dépend des récepteurs mis en jeu.

54- Modèle théorique ⁽⁶⁾





La chute du taux d'œstrogènes entraîne une diminution du taux d'endorphines et de cathécolœstrogènes, ce qui aboutit à un relargage plus important de norépinéphrine et de sérotonine au niveau de l'hypothalamus.

La norépinéphrine et la sérotonine abaissent le seuil de la zone d'homéothermie, ce qui conduit au déclenchement des mécanismes de déperdition de chaleur pour de très faibles variations de température de l'organisme.

6- Le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM)

Le THM, avec ou sans l'utilisation de progestérone, est le traitement de plus efficace des bouffées de chaleur et autres symptômes climatiques. Il réduit de près de 75% la fréquence des épisodes.⁽⁹⁾

61 - Recommandations de l'AFSSAPS⁽¹⁰⁾

Quelle que soit l'indication, il est rappelé que : le traitement est individuel. Le rapport bénéfice-risque doit être établi pour chaque femme et réévalué régulièrement, au moins une fois par an.

Le traitement doit être le plus court possible tout en prenant en compte ses objectifs.

Avant d'initier ou de réinstaurer un THM, un examen clinique et gynécologique complet doit être effectué. Un examen régulier des seins doit être pratiqué.

Les contre-indications doivent être éliminées. (Partie I paragraphe 62)

A l'instauration du traitement, les patientes doivent être clairement informées des risques inhérents à ce traitement.

Prescription chez la femme présentant des troubles fonctionnels liés à la carence œstrogénique

Un THM peut être instauré, si la patiente le souhaite, à la dose minimale efficace, tant que durent les symptômes. Dans cette indication, le rapport bénéfice-risque du THM reste favorable à court terme (moins de 5 ans). Les études ne permettent pas de conclure à un effet positif ou négatif des THM sur l'incontinence urinaire.

Prescription chez la femme ménopausée ayant des facteurs de risque d'ostéoporose

Dans la prévention du risque fracturaire, le rapport bénéfice-risque du THM, quel que soit le produit envisagé, est défavorable sur la base des données actuellement disponibles.

L'administration d'un THM pourra être envisagée chez la femme ménopausée qui a un risque élevé de fractures :

- lorsque la patiente présente des troubles du climatère qu'elle perçoit comme altérant sa qualité de vie
- lorsque la patiente présente une intolérance à un autre traitement indiqué dans la prévention de l'ostéoporose, après une évaluation individuelle précise et soigneuse du rapport bénéfice-risque.

Le THM doit être instauré à la ménopause, le plus précocement possible. L'effet sur la densité de masse osseuse augmente avec la dose d'œstrogènes.

La durée recommandée de traitement est d'environ 5 ans. Au-delà, il est difficile de formuler des recommandations compte tenu du risque de survenue d'effets indésirables.

La perte osseuse reprend à l'arrêt du traitement. Elle est identique à celle des femmes de même âge non traitées.

Chez la femme sans trouble fonctionnel et sans facteur de risque d'ostéoporose

Le THM ne doit pas être prescrit de manière systématique. Il doit être décidé au cas par cas, en fonction de la situation et des souhaits de la femme, en l'informant de l'ensemble des bénéfices attendus et des risques potentiels.

Selon le dernier communiqué de l'AFSSAPS en Février 2008⁽¹¹⁾ :

« Le THM reste indiqué chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la ménopause et altérant sa qualité de vie. Il doit être prescrit à la dose minimale efficace, pour la durée la plus courte possible, dans le respect des précautions d'emploi et des contre-indications. Dans tous les cas, l'Afssaps rappelle que toutes les femmes traitées par THM doivent bénéficier d'une ré-évaluation régulière de leur traitement, au moins une fois par an. »

62 – Contre-indications du THM

621- Contre-indications absolues

- cancer du sein connu ou suspecté, ou autres tumeurs œstrogéno-dépendantes connues ou suspectées
- hémorragie génitale sans diagnostic établi
- accident thromboembolique veineux en évolution, antécédents thromboemboliques veineux récidivants, ou maladie thrombotique connue chez une patiente non encore traitée par anticoagulant.
- accident thromboembolique artériel récent ou en évolution
- affection hépatique aiguë ou chronique, antécédent d'affection hépatique (jusqu'à normalisation des tests hépatiques)
- hypersensibilité à l'un des composants

622- Contre-indications relatives (nécessitant une évaluation attentive du rapport bénéfice-risque)

- antécédents d'accident thromboembolique veineux ou un état thrombotique connu
- cardiopathie emboligène, facteurs de risque coronariens

63 - Petit historique du THM^(12,13)

De 1942 à la fin des années 1990, on a pensé qu'en traitant les femmes ménopausées par les œstrogènes, non seulement on ferait disparaître les manifestations climatériques, mais on corrigerait aussi les autres pathologies chroniques apparaissant chez la femme à cette période : ostéoporose, troubles cognitifs, maladies cardio-vasculaires.

En 1966 a été publié aux USA « Feminine forever », un ouvrage dans lequel Robert Wilson vantait les très grands avantages du traitement œstrogénique.

Les résultats d'essais cliniques prouvant l'efficacité des œstrogènes sur les bouffées de chaleur n'ont été publiés que dans les années 1980. C'est aussi à cette époque qu'à partir de résultats d'enquêtes d'observation, l'effet cancérigène sur l'endomètre des œstrogènes administrés seuls a été reconnu. Ainsi, à partir de ce moment, il a été décidé d'associer des progestatifs aux œstrogènes pour assurer la protection de l'endomètre chez les femmes qui n'étaient pas hystérectomisées.

Durant ces années sont parues les premières études d'observation suggérant un effet protecteur des œstrogènes sur le risque de maladie cardio-vasculaire.⁽¹⁴⁾

En 1984 a été publiée la première étude d'observation suggérant aussi un effet protecteur des œstrogènes sur le risque de maladie d'Alzheimer.⁽¹⁵⁾

Le rapport bénéfice-risque semblait donc favorable, faisant recommander le THM chez toute femme ménopausée, en l'absence de contre-indications.

En 1991 paraissent les premières méta-analyses réunissant des études d'observation portant sur le lien entre prise d'œstrogènes et risque de cancer du sein. En 1997, la méta-analyse du Groupe d'Oxford est publiée, et conclut à une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes traitées par œstrogènes.

La réalisation de l'étude HERS, première publication d'une étude prospective randomisée contre placebo, en 1998, a révélé que le THM ne prévenait pas le risque cardio-vasculaire, voire l'augmentait en prévention secondaire. Puis en 2002, l'interruption prématurée de l'étude WHI, en confirmant que cela était vrai aussi en prévention primaire, a ébranlé les convictions concernant le THM : s'il exposait à un risque cardio-vasculaire plutôt qu'à une protection, son rapport bénéfice-risque s'inversait.

Depuis cette époque, moins de femmes sont traitées et un certain nombre ont arrêté le traitement. Des recommandations plus raisonnables ont été proposées,

concernant la mise en route du traitement, surtout conditionnée par l'importance du syndrome climatérique et en particulier des bouffées de chaleur.

631- Les travaux précurseurs : la méta-analyse du Lancet en 1997^(16,17)

Il a été publié dans Le Lancet le 11 octobre 1997 une ré-analyse de 90% des essais épidémiologiques mondiaux s'intéressant à la relation entre le risque de cancer du sein et la prise d'un THM. Il regroupe 51 études de 21 pays. Il en résulte que le risque de cancer du sein serait plus élevé chez les patientes qui prennent un THM que chez celles qui n'en prennent pas. Le risque augmenterait avec le cumul des années d'utilisation. Dans cette méta-analyse, on peut retenir les chiffres suivants :

Le risque relatif de cancer du sein est de 1,023 par année de THM.

Le risque naturel de cancer du sein est de 1,028 par année de ménopause supplémentaire.

Le risque absolu de cancer du sein pour 1000 femmes traitées par THM :

- pendant 5 ans est de 2 cas supplémentaires
- pendant 10 ans est de 6 cas supplémentaires
- pendant 15 ans est de 12 cas supplémentaires

En revanche, l'influence du THM sur la mortalité due au cancer du sein n'a pas été établie.

632- L'étude HERS en 1998⁽¹⁸⁾

Cette étude randomisée en double insu a analysé l'effet du THM sur le plan cardio-vasculaire, chez des femmes ayant déjà eu un évènement coronarien (âge moyen de 67 ans à l'entrée dans l'étude).

Un des deux groupes était traité par 0,625mg d'œstrogènes conjugués équins associés à 2,5mg d'acétate de médroxyprogestérone. L'autre groupe était sous placebo.

Cette étude s'est déroulée en deux phases avec un premier suivi pendant 4,1 ans de 2763 femmes dans HERS, puis 2,7 ans supplémentaires pour les 2321 patientes toujours en vie pour HERS II.

Alors que l'on s'attendait à un effet protecteur du THM sur le plan cardio-vasculaire, il a été observé une augmentation du risque vasculaire la première année dans le groupe sous THM.

L'étude HERS II a poursuivi l'analyse jusqu'en 2002 et a conclu à une diminution de ce sur-risque avec les années.

Par ailleurs, l'étude n'a pas mis en évidence d'augmentation significative de l'incidence des cancers du sein (ce qui n'était cependant pas dans les objectifs de cette étude).

633- L'essai ESPRIT en 2002⁽¹⁹⁾

Cet essai britannique a comparé en double aveugle un groupe traité par 2mg de valérate d'œstradiol (sans progestérone) à un groupe sous placebo. Les patientes incluses étaient en convalescence après un infarctus du myocarde (IDM) (moyenne d'âge 62,5 ans).

A 24 mois, il n'a pas été noté de différence concernant la fréquence de récurrence d'IDM. Il n'a pas non plus été noté de différence significative sur le nombre de décès total.

634- L'étude WHI (Women Health Initiative) en 2002^(20,21)

Cette étude américaine avait pour principaux objectifs d'évaluer l'influence de l'association œstroprogestative sur le risque coronarien et sur le risque de cancer du sein invasif.

Cette étude comprenait 2 bras : un bras comparant l'association œstroprogestative à un placebo chez des femmes non hystérectomisées, et un deuxième bras comparant la prise d'œstrogènes seuls à un placebo chez des femmes hystérectomisées.

Les premiers résultats publiés dans JAMA en juillet 2002 sont inquiétants, avec une balance bénéfice-risque jugée négative surtout sur le plan cardio-vasculaire, obligeant l'arrêt de l'étude dans le bras comparant l'association œstroprogestative au placebo.

En 2004, l'étude sur le bras comparant la prise d'œstrogènes au placebo est également suspendue 1 an plus tôt que prévu pour cause d'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral essentiellement (+ 12 événements / 10 000 femmes/an).

En 2007, une nouvelle synthèse portant sur l'ensemble de l'étude WHI⁽²²⁾ retrouve une variation des effets du THM en fonction de l'âge des femmes et du délai entre le début de la ménopause et l'initiation du traitement hormonal. Il en ressort un probable effet protecteur du THM sur les risques cardio-vasculaires chez les femmes ménopausées depuis moins de 10 ans (mais cette tendance n'a pas atteint les critères de significativité statistique).

Le risque de cancer du sein semble augmenter sous œstroprogestatifs, surtout chez les femmes ayant déjà pris un THM avant le début de l'étude. Le risque serait plutôt moindre sous œstrogènes seuls.

En résumé, il a été montré dans cette étude⁽²¹⁾ que la prise de THM entraînait une augmentation significative :

- du risque d'accident coronarien (RR : 1,29; IC 95 % 1,02-1,63)
- du risque d'accident vasculaire cérébral (RR : 1,41 ; IC 95% 1,07-1,85)
- du risque d'accident thromboembolique veineux (RR : 2,13 ; IC 95% 1,39-3,25)

- du risque du cancer du sein invasif (RR : 1,26 ; IC 95% 1,00-1,59).

La prise de THM a eu aussi comme conséquence une diminution significative :

- du risque de fracture de hanche (RR : 0,66 ; IC 95% 0,45-0,98)
- du risque de cancer du côlon (RR : 0,63 ; IC 95% 0,43-0,92).

D'autre part, d'après cette étude, le THM :

- ne semblerait pas prévenir la détérioration cognitive, voire augmenterait le risque de démence
- n'aurait statistiquement pas d'effet sur la mortalité.

635- L'étude Million Women Study (MWS) en 2003^(11,23)

Il s'agit d'une étude de cohorte britannique qui s'attache à la relation entre le THM et le risque de cancer du sein (suivi sur 2,6 ans), ainsi qu'à la mortalité liée à ce traitement (suivi sur 4,1 ans).

Les principaux résultats sont :

- une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes sous THM (quel qu'il soit)

- ce risque est supérieur avec les associations œstroprogestatives (en comparaison aux œstrogènes seuls ou la tibolone) et avec une longue durée de traitement.

Cette étude est très critiquable, avec des risques relatifs très augmentés (les intervalles de confiance de la MWS et ceux de la WHI ne se recouvrent pas...)⁽²⁴⁾

Les dernières données publiées en 2007⁽²⁵⁾, en accord avec la NIH-AARP Diet and Health Study⁽²⁶⁾ (*importante étude de cohorte américaine s'intéressant à l'influence des comportements et modes de vie sur l'apparition de cancers et autres maladies*) confirment l'augmentation du risque de cancer de l'ovaire chez les femmes traitées par THM, qu'il s'agisse d'œstrogènes seuls ou d'associations œstroprogestatives, et ce, à partir de 5 ans.

636- L'étude ESTHER en 2004⁽²⁷⁾

Cette étude cas-témoins française qui s'est déroulée de 1999 à 2004 a mis en évidence une augmentation du risque thromboembolique avec la prise orale d'œstrogènes, quel que soit le progestatif associé. Ce risque s'amende avec la voie cutanée.

637- L'étude E3N en 2005^(28,29)

Il s'agit d'une étude de cohorte française à grande échelle, qui porte sur près de 100 000 femmes nées entre 1925 et 1950 s'intéressant à l'effet du THM sur le risque de cancer du sein. Cette étude s'est déroulée entre 1990 et 2002.

Les résultats retrouvent une légère augmentation du risque de cancer du sein pour tout type de THM, conformément aux autres études, mais le risque diffère selon le THM utilisé :

- le risque relatif de cancer invasif du sein sous œstrogènes seuls est de 1,2 (IC 0,9-1,6)

- l'association des œstrogènes à la progestérone micronisée serait dépourvue d'effet cancérigène à court terme (RR=1,0 ; IC 0,8-1,2), contrairement à la dydrogestérone (RR=1,2 ; IC 0,9-1,5) et autres progestatifs de synthèse (RR=1,6 ; IC 1,4-1,9).

638- L'étude MISSION en 2006 et 2007^(30,31)

Cette étude française historico-prospective a pour but d'évaluer la morbidité des femmes suivies par des gynécologues et exposées ou non à un THM dit « à la française ».

Les premiers résultats publiés en 2006 et 2007 ne semblent pas retrouver de différence de risque de cancer du sein entre les femmes qui sont sous THM et celles qui ne le sont pas (temps moyen d'exposition au THM = 9 ans)⁽³⁰⁾. L'étude ne retrouve pas non plus de différence en ce qui concerne l'incidence des pathologies cardiaques (avec un moindre risque lorsque que le THM est pris tôt après la ménopause).⁽³¹⁾

64 - Résumé de la balance bénéfico-risque⁽³²⁾

Positions de la North American Menopause Society (NAMS)⁽³³⁾ et de la European Menopause and Andropause Society (EMAS) en 2008 :

Syndrome climatérique : Le THM représente le traitement de première intention des symptômes climatériques (qui en sont la principale indication).

Infarctus du myocarde : Chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, « une fenêtre d'intervention » avec un bénéfice pour les affections cardio-vasculaires est hautement plausible (ce qui préconise une prescription précoce du THM après la ménopause)

Accident vasculaire cérébral (AVC) : Le risque d'AVC est modérément augmenté par les œstrogènes seuls et l'association œstroprogestative mais demeure de faible impact clinique chez les moins de 70 ans

Maladie ThromboEmbolique Veineuse (METV) : le risque est rare entre 50 et 59 ans (sauf en cas d'antécédent de MTEV ou de thrombophilie)

Cancer du Sein : Le risque de cancer du sein augmente avec la durée du traitement et est plus élevé sous association œstroprogestative que sous œstrogènes

seuls. Un THM utilisé depuis 5 ans ou moins ne semble pas avoir un impact majeur sur le sein ; au-delà il existe une augmentation modérée du risque

Ostéoporose : le THM diminue significativement la perte osseuse et le risque de fractures ostéoporotiques

Cancer du côlon : le THM a un effet protecteur sur le cancer du côlon

Troubles cognitifs : aucun effet protecteur n'a été mis en évidence.

Dans le rapport d'orientation sur les THM publié par l'AFSSAPS en mai 2004⁽³⁴⁾, la commission a établi la balance bénéfice-risque suivante :

Hypothèses : 30% de femmes exposées dont : 80% d'œstroprogestatifs 20% d'œstrogènes seuls	Nombre des cas attendus en l'absence de THM (pour 100 000 femmes /an)	Nombre de cas en excès ou évités (pour 100 000 femmes traitées par THM/an) Œstroprogestatifs	Nombre de cas en excès ou évités (pour 100 000 femmes traitées par THM/an) Œstrogènes 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			
IDM	69 [65 ; 73]	+17 [0 ; 35]	0
AVC	83 [75 ; 90]	+26 [2 ; 51]	+32 [9 ; 58]
MTEV	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]
Tassements vertébraux	108 [98 ; 115]	-38 [-62 ; -8]	-41 [-67 ; -7]
Fracture des poignets	480 [459 ; 500]	-139 [-205 ; -69]	-139 [-205 ; -69]

Effets potentiels ou avérés des traitements en fonction du type de THM

7- Alternatives au THM dans la prise en charge des bouffées de chaleur

71 - Traitement hormonal en dehors du THM : la tibolone (Livial®)

La tibolone est une hormone synthétique ayant des propriétés œstrogéniques, progestatives et androgéniques. En France, ce médicament a obtenu une autorisation de mise sur le marché en mai 2000, exclusivement pour le traitement des troubles climatiques (bouffées de chaleur, ...) chez les femmes ménopausées depuis plus d'un an. ⁽³⁵⁾

Une synthèse de la littérature publiée en 2010 ⁽³⁶⁾ s'est intéressée aux essais les plus pertinents, avec pour critères : les symptômes climatiques, la qualité de vie, la sexualité, les risques osseux, cardio-vasculaires et oncologiques.

La tibolone soulage significativement les symptômes climatiques, les troubles de l'humeur et améliore les rapports sexuels. Elle est aussi efficace que le THM dans la prévention de l'ostéoporose. Les données concernant le risque cardiovasculaire sont variables en fonction des facteurs de risque individuels, avec un effet plutôt bénéfique sur les risques thromboemboliques et d'infarctus du myocarde. Bien que les données sur les risques de cancer du côlon et de l'endomètre soient rassurantes, les études ne concluent pas quant au risque de cancer du sein sous tibolone, et une augmentation du risque de récurrence chez les patientes ayant un antécédent de cancer mammaire est probable.

Une augmentation du risque d'AVC a été mise en évidence pendant une étude (LIFT) qui était destinée à évaluer l'efficacité de la spécialité dans la réduction de nouvelles fractures vertébrales chez des femmes atteintes d'ostéoporose, âgées de plus de 60 ans (ce qui a provoqué l'arrêt précoce de cette étude). ⁽³⁵⁾

72 - Traitement non hormonal ayant l'AMM = l'Abufène® ⁽³⁷⁾

Depuis le retrait européen du véralipride (Agréal®), il n'existe plus qu'un seul produit non hormonal ayant l'AMM pour le traitement des bouffées de chaleur : la bêta-alanine ou Abufène®.

La bêta-alanine 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. Si le seul objectif est le soulagement des bouffées de chaleur, en particulier chez une femme réticente vis-à-vis des traitements hormonaux, on peut toujours l'essayer sans risque, mais surtout sans garantir un résultat comme on pourrait le faire avec un THM.

Une seule étude clinique, réalisée par Roueche J.C. *et al* en 1991 s'est intéressée à l'efficacité de l'Abufène® versus placebo. 26 femmes ont pris 400mg de bêta-alanine 3 fois par jour pendant 8 semaines et 26 ont pris un placebo. La réduction des bouffées de chaleur a été significative dès la troisième semaine sous Abufène®, et moins intenses dès la cinquième semaine. Mais cette étude n'a pas été prise en compte en raison d'insuffisances méthodologiques (notamment : 44% de patientes incluses non ménopausées, absence de description des tests statistiques utilisés).

73 - Autres traitements pharmaceutiques non hormonaux délivrés sur prescription médicale

731- Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et/ou de la norépinéphrine^(7,38)

Au cours des années 1990, certains cliniciens ont observé de façon anecdotique une diminution des bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées traitées pour un syndrome dépressif par un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS).

Le mécanisme d'action des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans le soulagement des bouffées de chaleur n'est en fait pas connu. Deux hypothèses sont avancées. Celle de Berendsen est complexe. Elle fait intervenir les récepteurs 5-HT_{2c}. Ceux-ci freineraient l'action des récepteurs 5-HT_{2a} (hyperthermisants). Celle de Rubinov est plus simple. Les ISRS pourraient bloquer les récepteurs 5-HT_{2a} et stimuler les récepteurs 5-HT_{1a} (hypothermisants).⁽³⁹⁾

Suite à ces observations, des études ont été réalisées, dont la première avec la **venlafaxine** à 3 doses différentes versus placebo. Les femmes incluses avaient un cancer du sein et prenaient pour 69 % d'entre elles du tamoxifène. L'étude a conclu à une différence statistiquement significative de l'amélioration de la qualité de vie et des symptômes vasomoteurs dans les groupes prenant de la venlafaxine. Les effets secondaires étaient aussi plus importants.

La **fluoxétine** a également été étudiée contre placebo et en double aveugle. Une réduction significative des bouffées de chaleur a été mise en évidence, mais moindre qu'avec la venlafaxine.

Concernant la **paroxétine**, une étude (*Stearns et al, 2005*) randomisée, en cross-over contre placebo a inclus 151 femmes, présentant au moins 2 bouffées de chaleur par jour depuis plus d'un mois. La paroxétine a diminué de manière significative la fréquence des bouffées de chaleur de 40,6% avec 10mg et 51,7 % avec 20mg (contre 26,6% avec le placebo)⁽⁴⁰⁾

L'**escitalopram** a été évalué au cours d'une étude américaine réalisée entre 2004 et 2006 sur 25 femmes dépourvues d'antécédents médicaux ou psychiatriques (*DeFronzo Dobkin et al, 2009*). Après une phase sous placebo seul, permettant d'exclure les patientes qui y étaient répondeuses (amélioration >25%), une dose de 10 à 20mg par jour leur a été prescrite pendant 8 semaines⁽⁴¹⁾. Les résultats de cette étude suggèrent que l'escitalopram est un traitement non hormonal efficace dans le traitement des bouffées de chaleur et autres symptômes associés à la ménopause (avec une réduction moyenne de 55% de la fréquence et de la sévérité des bouffées de chaleur). Une autre étude randomisée incluant 205 femmes (*Freeman et al, 2011*) a confirmé ces résultats.⁽⁴²⁾

732- La clonidine^(7,39)

Agoniste des récepteurs α -adrénergiques, la clonidine diminue l'activité du système noradrénergique.

Une étude contre placebo (*Pandya et al, 2000*) a été menée en double aveugle aux Etats-Unis sur 194 femmes ayant un antécédent de cancer du sein, pendant 8 semaines à la dose de 0,1mg/j de clonidine.⁽⁴³⁾

La réduction des bouffées de chaleur a été modeste (37% contre 24% dans le groupe « placebo »), et les effets secondaires importants.

Une dose équivalente administrée en trans-dermique diminuerait la fréquence des bouffées de chaleur de 20% par rapport à l'état initial mais aussi leur sévérité.

D'autres études n'ont pas retrouvé d'efficacité significative.⁽³⁸⁾

Ces études sont peu nombreuses et concernent le plus souvent des femmes ayant eu un cancer du sein, traitées par Tamoxifène. Elles sont difficilement extrapolables à une plus large population.⁽⁴⁴⁾

733- La gabapentine^(39,45)

La gabapentine est un analogue de l'acide γ -aminobutyrique (GABA) mais son mécanisme d'action est encore méconnu. Ce n'est ni un agoniste du GABA, ni un inhibiteur de la recapture du GABA et agit indépendamment des récepteurs au GABA.

Une étude randomisée, en double aveugle contre placebo a inclus 59 femmes présentant au moins sept bouffées de chaleur par jour, pendant 4 semaines initialement (*Guttuso et al, 2003*). Un suivi ouvert de 5 semaines supplémentaires avec possible augmentation des doses a été proposé et accepté par 54 femmes. A la fin de l'étude ouverte, soit à 9 semaines de gabapentine, la diminution des bouffées de chaleur fut de 54 % (contre 31% pour le placebo).⁽⁴⁶⁾

Une étude publiée en 2010, randomisée, en simple aveugle incluant 45 femmes ménopausées ayant des bouffées de chaleur a comparé sur 8 semaines la gabapentine à 60mg/jour aux œstrogènes transdermiques à la dose de 25 μ g/jour. Bien que la réduction de la fréquence et de la sévérité des bouffées de chaleur fût

plus importante dans le groupe traité par œstrogènes, les chiffres ne sont pas statistiquement différents : 68,2% vs 60,6% pour l'intensité et 70,1% vs 58,9% pour la fréquence.⁽⁴⁷⁾

Bien que ces résultats soient en faveur d'une efficacité de la gabapentine, plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- le plus long suivi au cours d'une étude est seulement de 12 semaines.⁽⁴⁵⁾
- les études manquent de puissance (échantillons de petite taille)

Outre la validité de ces études, notons que les effets secondaires de la gabapentine sont non négligeables.

74- Remèdes en vente libre

741- Les phytoestrogènes

Les phytoestrogènes sont des substances d'origine végétale définies par leur capacité à induire *in vivo* des effets comparables à ceux des œstrogènes. Ces effets sont liés à leur capacité à se fixer sur les récepteurs des œstrogènes, du fait de leur analogie structurale avec ces composés. Les phytoestrogènes comprennent essentiellement les isoflavones, retrouvées en quantité importante dans le soja et les produits dérivés, et les entérolignanes, dont les précurseurs (lignanes) sont présents en plus faible quantité dans un grand nombre d'aliments : fruits, légumes, céréales et graines oléagineuses dont la graine de lin. D'autres molécules comme les coumestanes, ne font pas partie de l'alimentation humaine mais se retrouvent dans des compléments alimentaires.

L'idée que les phytoestrogènes pourraient avoir un effet bénéfique sur les symptômes de la ménopause repose sur l'observation d'une fréquence des bouffées de chaleur et des fractures ostéoporotiques moindre chez les femmes asiatiques, dont le régime traditionnel est riche en soja.

Les phytoestrogènes ont le statut de compléments alimentaires et sont mis sur le marché sans avoir à se soumettre à la très rigoureuse « autorisation de mise sur le marché » (AMM) des médicaments.

7411- Isoflavones extraites du soja

Une méta-analyse publiée dans JAMA en 2006⁽³⁸⁾ a synthétisé les résultats de 11 essais plus ou moins pertinents publiés de 2000 à 2005, concernant les isoflavones dérivés du soja :

- 3 essais mettent en évidence une réduction de la fréquence des bouffées de chaleur par rapport au placebo

- les 8 autres essais ne retrouvent pas de différence significative dans la fréquence ou la sévérité des bouffées de chaleur entre les deux groupes.

Six essais surveillèrent l'épaisseur de l'endomètre et ne constatèrent pas de différence entre les deux groupes. Une autre méta-analyse publiée en 2007 conclut à l'absence d'efficacité des phytoestrogènes dans le traitement des bouffées de chaleur de la ménopause. Cet article insiste sur le manque de pertinence et de puissance des essais, ainsi que sur la force de l'effet placebo, pouvant réduire jusqu'à 59% les bouffées de chaleur chez certaines femmes.⁽⁴⁸⁾

7412- Les extraits de trèfle rouge^(38,45,49)

Le trèfle rouge, comme le soja, contient des isoflavones. Comme pour les extraits de soja, des études randomisées ont été réalisées, mais les effectifs sont souvent faibles, et les produits évalués sont inconstants dans leur teneur en substance active, donc difficilement comparables. La grande majorité des essais contre placebo n'ont pas montré de différence dans la réduction de la fréquence des bouffées de chaleur.

742- Les extraits de black cohosh

Le black cohosh, aussi connu sous le nom de *Cimicifuga racemosa*, est une plante originaire de l'est des Etats-Unis et du Canada. Son mécanisme d'action est mal connu, mais il aurait une action activatrice sur certains récepteurs à la sérotonine. Son action sur les récepteurs à œstrogènes serait nulle. Il ferait également baisser le taux d'hormone lutéinique, ce qui conduirait à une diminution des bouffées de chaleur.^(7,9,45)

Le black cohosh n'a pas montré d'efficacité significativement supérieure au placebo.

Un essai randomisé, en cross-over, en double aveugle sur 4 semaines (2003-2004) a comparé l'efficacité du black cohosh sur les bouffées de chaleur au placebo sur 132 patientes (*Pockaj et al, 2006*). Il n'a pas été mis en évidence de différence d'efficacité entre le traitement et le placebo. Au terme de l'essai, 34% des femmes ont dit préférer le black cohosh, 38% le placebo, et 28% n'avaient pas de préférence.⁽⁵⁰⁾

En 2009 ont été publiés les résultats d'une étude randomisée, en double aveugle, comparant 4 traitements : black cohosh, trèfle rouge, THM et placebo. Après 12 mois de suivi, seul le THM avait une efficacité significativement plus importante que le placebo avec 94% de réduction de la fréquence des bouffées de chaleur (Black cohosh 34%, trèfle rouge 57%, placebo 63%).⁽⁵¹⁾

743- L'homéopathie

Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui consiste à traiter les maladies en prescrivant à doses infinitésimales des médicaments aptes à produire des symptômes analogues à ceux de ces maladies elles-mêmes. L'homéopathie est considérée comme non toxique et dépourvue d'effets secondaires.⁽⁵²⁾

Nous manquons d'études randomisées contrôlées pour prouver l'efficacité de l'homéopathie.

Une étude observationnelle multinationale, prospective, non comparative a inclus 438 patientes âgées en moyenne de 55 ans, à travers 8 pays. Les principaux traitements prescrits étaient : *Lachesis mutus*, *Belladonna*, *Sepia officinalis*, *Sulphur* et *Sanguinaria canadensis*. Les résultats de cette étude tendent à montrer que le traitement des bouffées de chaleur par homéopathie serait efficace au bout de 15 jours. Mais seule une étude contrôlée randomisée pourrait confirmer cette hypothèse.⁽⁵³⁾

744- Vitamine E⁽⁹⁾

La vitamine E a été reconnue comme un possible traitement des symptômes climatiques dans les années 1940. La première étude randomisée en cross-over contre placebo (*Barton et al, 1998*) a montré une réduction modérée de la fréquence des bouffées de chaleur avec une dose de 800 UI par jour. Au terme du suivi, les femmes n'avaient pas de préférence entre la Vitamine E et le placebo.⁽⁵⁴⁾

745- La DHEA (DéHydroEpiAndrosterone)⁽⁹⁾

La DHEA est un pro-androgène produit par les glandes surrénales et le foie. On suppose que son taux diminue avec l'âge et qu'une supplémentation en DHEA aurait un effet bénéfique sur les symptômes de la ménopause. Des études ont montré une réduction jusqu'à 50% des bouffées de chaleur avec une amélioration de la qualité de vie chez les femmes prenant de la DHEA, mais ces résultats nécessitent d'être évalués dans des essais randomisés contrôlés contre placebo pour être pris en compte.

746- Autres remèdes dans le domaine de la phytothérapie⁽⁹⁾

- Huile d'onagre : un essai randomisé, en double aveugle contre placebo n'a pas mis en évidence de supériorité de l'huile d'onagre par rapport au placebo sur le traitement des bouffées de chaleur.⁽⁵⁵⁾

- Dong quai (*Angelica sinensis*) : il s'agit d'une herbe chinoise traditionnellement utilisée pour soulager les symptômes climatiques. Une étude randomisée en double aveugle contre placebo incluant 71 femmes n'a pas retrouvé de différence d'efficacité entre les deux groupes.⁽⁵⁶⁾

- Ginseng (*Panax ginseng*) : le ginseng est un des compléments alimentaires les plus populaires aux Etats-Unis pour vaincre la fatigue. Une étude randomisée en double aveugle contre placebo n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.⁽⁵⁷⁾

- Wild Yam (*Dioscorea villosa*) : il s'agit d'une crème enrichie à la progestérone naturelle, contenant des phytostéroïdes, qui prétend soulager les bouffées de chaleur. Quoiqu'il en soit, un essai randomisé en double-aveugle contre placebo n'a pas mis en évidence de différence significative au niveau de l'efficacité entre les deux groupes.⁽⁵⁸⁾

8- Médecines non conventionnelles à visée thérapeutique

81 - L'acupuncture

L'acupuncture fait appel à de très fines aiguilles que l'on insère plus ou moins profondément dans la peau en des points spécifiques. Cette technique est utilisée depuis des milliers d'années en Asie et a récemment gagné de la popularité pour traiter divers troubles.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs études se sont penchées sur l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement des bouffées de chaleur. En 2008 a été publiée une synthèse des essais portant sur le sujet, incluant au total 764 cas. Il n'est pas démontré que l'acupuncture traditionnelle chinoise soit plus efficace qu'une acupuncture « placebo » (c'est-à-dire n'utilisant pas les points prescrits) pour réduire les bouffées de chaleur. Les études comparatives avec un groupe placebo (où les aiguilles ne pénètrent pas) ou avec un groupe sous traitement hormonal sont trop peu nombreuses et la méthodologie est souvent de faible qualité.⁽⁵⁹⁾

82- Le yoga

Le yoga est une pratique associant exercices et méditation, impliquant la prise de postures, des étirements et le contrôle de la respiration.⁽⁹⁾

Certaines études ont mis en évidence une amélioration plus importante des symptômes climatériques dans les groupes pratiquant le yoga que dans les groupes témoins (exercice physique régulier ou absence de traitement).⁽⁶⁰⁾

Cependant, une récente synthèse de la littérature publiée en 2009, reprenant 7 études qui se sont intéressées à ce sujet, a conclu à l'absence de bénéfice de la pratique du yoga dans le traitement des symptômes de la ménopause.⁽⁶¹⁾

83- L'hypnothérapie

L'hypnothérapie est une méthode thérapeutique qui travaille sur les états modifiés de conscience et fait appel à des moyens de l'inconscient pour traiter des troubles psychiques ou somatiques.

Les bouffées de chaleur sont souvent associées à une anxiété ou un stress. Il a donc été supposé que l'hypnothérapie, reconnue efficace dans la prise en charge des troubles anxieux, les insomnies et autres désordres liés au stress, pourrait avoir un effet sur les bouffées de chaleur.⁽⁹⁾

Cette théorie a été évaluée sur 16 patientes ayant un antécédent de cancer du sein et souffrant de bouffées vasomotrices (*Elkins et al, 2007*). Une réduction de la fréquence des symptômes de 59% a été observée, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.⁽⁶²⁾

Un autre essai sur un effectif plus important (51 femmes) a retrouvé les mêmes résultats avec une diminution de 68% des bouffées de chaleur dans le groupe traité

par hypnose (*Elkins et al, 2008*). La qualité de vie, le sommeil, l'anxiété s'en trouvaient également améliorés.⁽⁶³⁾

Ces premiers résultats sont encourageants mais nécessitent d'être appuyés par des études plus puissantes et plus rigoureuses.

9- Comportements et astuces pour lutter contre les bouffées de chaleur^(7,9,64)

Bien que peu ou mal explorés, certains comportements ou habitudes de vie sembleraient améliorer les bouffées de chaleur.

Quelques essais qui se sont intéressés à la relaxation et à la concentration sur la respiration, ont mis en évidence un effet bénéfique de ces techniques sur ces symptômes. L'efficacité de ces pratiques s'expliquerait par une diminution du climat adrénérgique au sein du système nerveux central.

D'autres études ont rapporté que l'exposition à une température basse pourrait stopper immédiatement une bouffée de chaleur.

La NAMS (North American Menopause Society) recommande quelques modifications dans le mode de vie, dans le but de garder la température corporelle assez basse, telles que :

- porter des vêtements amples
- boire des boissons fraîches
- éviter les épices et l'alcool
- maintenir une certaine fraîcheur dans la chambre à coucher

Partie II

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- Description de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive menée sur un échantillon de 116 femmes ménopausées, entre le 5 Janvier 2011 et le 10 Avril 2011. Le nombre de sujets nécessaires avait été estimé à 100.

2- Outils

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme de 16 items divisé en 3 parties :

- Une *première partie* concernant le profil de la personne interrogée, avec des données générales et sociodémographiques :
 - âge, poids, taille, nombre d'enfant(s), niveau socioprofessionnel, situation conjugale, activité sportive, consommation tabagique, antécédents médicaux
 - évaluation par le score de Kupperman de la sévérité des symptômes climatériques, intensité des bouffées de chaleur

Il s'agissait de questions fermées à réponse simple ou multiple (excepté âge/poids/taille).

- Une *deuxième partie* s'intéressant aux méthodes thérapeutiques utilisées pour soulager les bouffées de chaleur :
 - traitement hormonal de la ménopause (les questions étaient différentes selon que la personne prenait ou non un THM)
 - traitements hors THM (avec questions supplémentaires en cas de réponse positive)
 - médecines non conventionnelles (avec questions supplémentaires en cas de réponse positive)
 - méthodes comportementales (alimentaire, hygiénique...)

- Une *troisième partie* sous la forme d'un espace libre si la personne souhaitait apporter des informations supplémentaires.

Ces questionnaires ont été adressés par courrier électronique pour 106 d'entre eux, par courrier postal pour les 10 autres.

Nous avons utilisé, pour les envois électroniques, le logiciel proposé par « Google doc ». Celui-ci permet :

- l'élaboration du questionnaire avec :

- différents modèles de questions (texte, choix multiple, case à cocher, échelle, grille...)
- possibilité de rendre certaines questions obligatoires
- adaptation des questions selon une réponse affirmative ou non
- l'envoi par e-mail du lien autorisant l'accès au document en ligne
- la récupération des réponses de façon anonyme (avec simplement la date et l'heure de l'envoi) sous forme d'un tableau extrapolable au logiciel Excel.

3- Population étudiée

Notre objectif était de cibler un échantillon représentatif de la population française.

Les critères d'inclusion étaient :

- sexe féminin
- ménopause confirmée
- âge minimum de 45 ans
- avoir (ou avoir eu) des bouffées de chaleur (en lien avec la ménopause)
- vivant en France

Les critères d'exclusion étaient :

- ménopause précoce (femmes ménopausées avant 45 ans)
- l'absence de bouffées de chaleur

Les femmes qui ont participé à l'étude ont été recrutées de façon « pseudo exponentielle ».

J'ai sollicité les personnes de mon entourage, pour obtenir des adresses (électroniques de préférence) de femmes de 45 ans ou plus, ménopausées, et présentant (ou ayant présenté) des bouffées de chaleur. Un mail leur était alors adressé pour présenter l'étude et son objectif, ainsi que le lien du questionnaire en ligne.

A la fin de ce mail, j'invitais la personne à me transmettre (si elle en connaissait) des adresses de personnes de son entourage qui pouvaient être concernées par l'enquête.

J'ai ainsi pu récupérer 106 adresses électroniques et 10 adresses postales.

4-Traitement des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft EXCEL 2007.
Des tableaux récapitulatifs ont été réalisés dans un but descriptif.
Nous avons ensuite constitué des tableaux croisant plusieurs séries de données avec un objectif plus analytique, permettant l'observation de certaines tendances.

Pour confirmer ou réfuter l'hypothèse d'indépendance entre deux variables, nous avons utilisé le test du χ^2 selon les conditions de validité suivantes⁽⁶⁵⁾ :

- l'effectif total était supérieur à 30
- les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5 (quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons regroupé des classes ou utilisé le test du χ^2 corrigé de Yates).

Dans le test du χ^2 , deux hypothèses sont posées :

- l'hypothèse H_0 dite « nulle » dans laquelle les deux variables sont indépendantes
- l'hypothèse H_1 dite « alternative » qui suppose qu'il existe un lien entre les deux variables.

Nous avons choisi un risque d'erreur α de 5%.

A partir de tableaux regroupant les données des 108 questionnaires, nous avons calculé les effectifs théoriques puis le χ^2 à partir de ces résultats. Le χ^2 est ensuite comparé au χ^2 théorique repéré dans une table du χ^2 en fonction du « degré de liberté » (ddl) et pour un risque d'erreur α de 5%.

Si χ^2 calculé < χ^2 théorique : acceptation de l'hypothèse H_0 au seuil de 5 %

Si χ^2 calculé > χ^2 théorique : rejet de l'hypothèse H_0 au seuil de 5 %

Partie III

RÉSULTATS

1- Participation

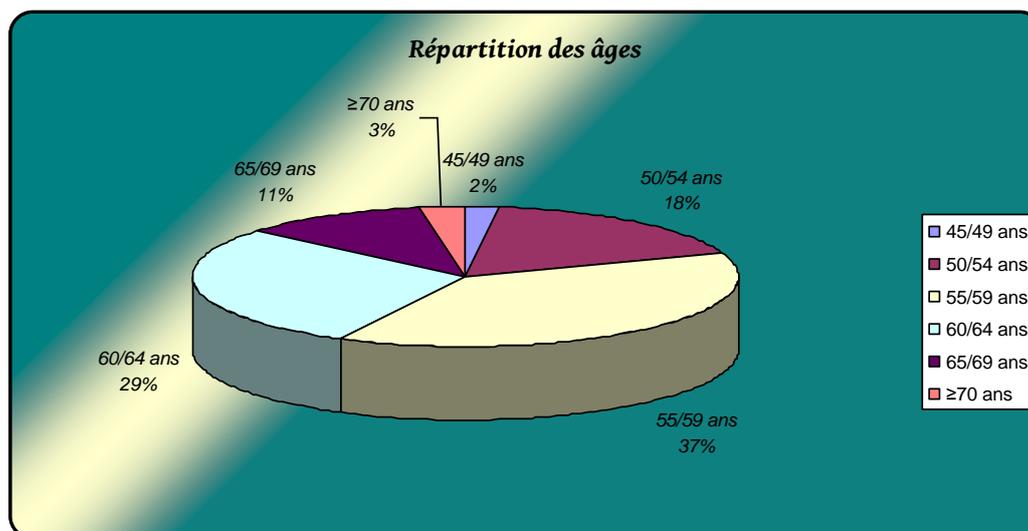
Les 106 questionnaires envoyés par mail ont été remplis et renvoyés. Seul un d'entre eux n'était pas exploitable car la personne concernée n'avait jamais eu de bouffées de chaleur.

Parmi les 10 questionnaires adressés par courrier postal, 8 m'ont été retournés. 5 n'étaient pas satisfaisants (incomplets ou ne remplissant pas la condition de présence de bouffées de chaleur).

Au total, nous avons pu exploiter 108 questionnaires, soit 93,1% des documents envoyés.

2- Description de l'échantillon

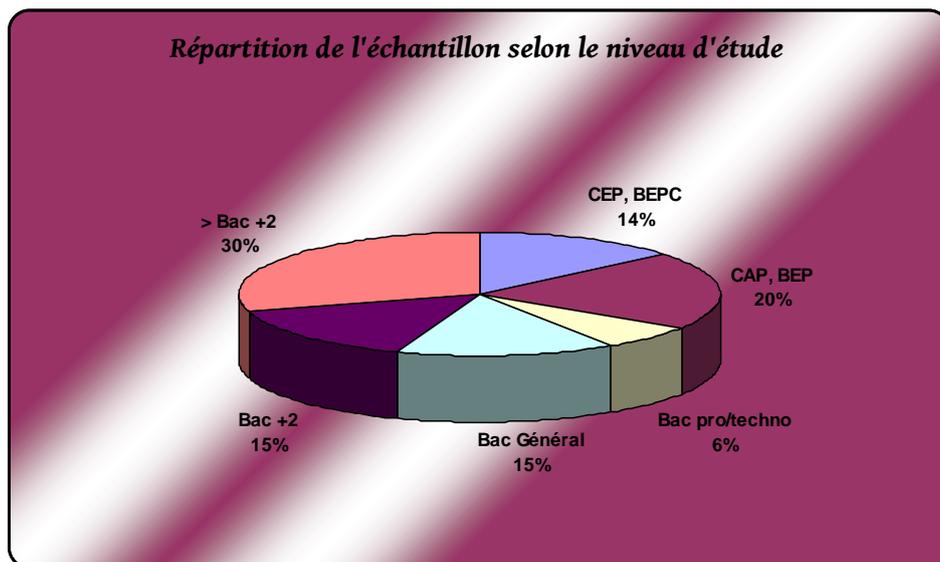
21- Répartition selon les âges



Nous avons décidé d'exclure les femmes âgées de moins de 45 ans, c'est-à-dire, celles ménopausées précocement. Nous voulions que l'échantillon soit représentatif de la majorité des femmes ménopausées.

Les deux tiers de l'échantillon sont représentés par des femmes âgées de 55 à 64 ans. Les catégories extrêmes (moins de 50 ans ou plus de 70 ans) sont peu représentées (5% au total).

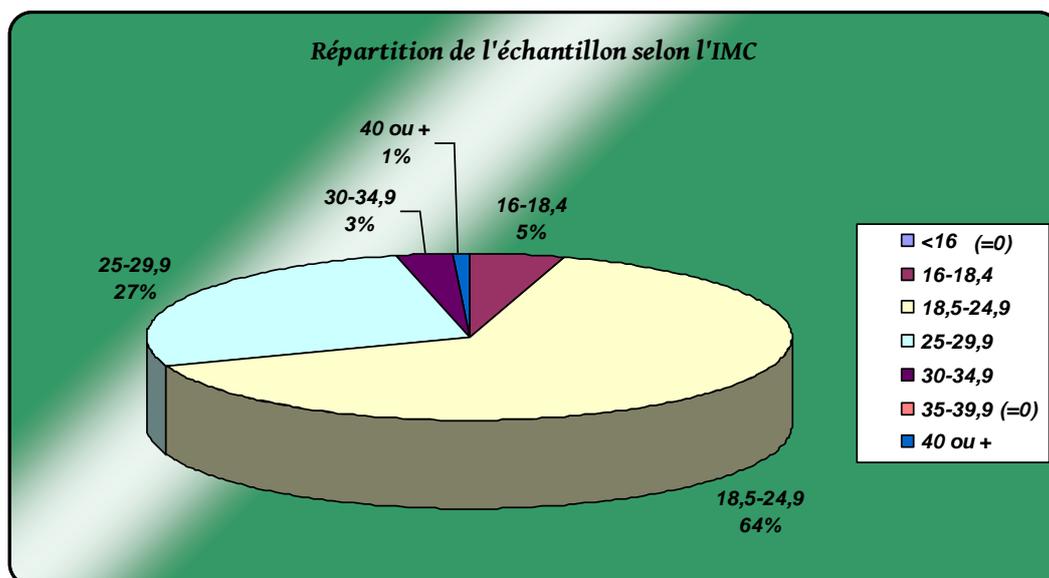
22- Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude



23- Répartition de l'échantillon selon l'index de masse corporelle (IMC)

L'IMC a été calculé à partir des données « poids » et « taille », selon la formule :

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$



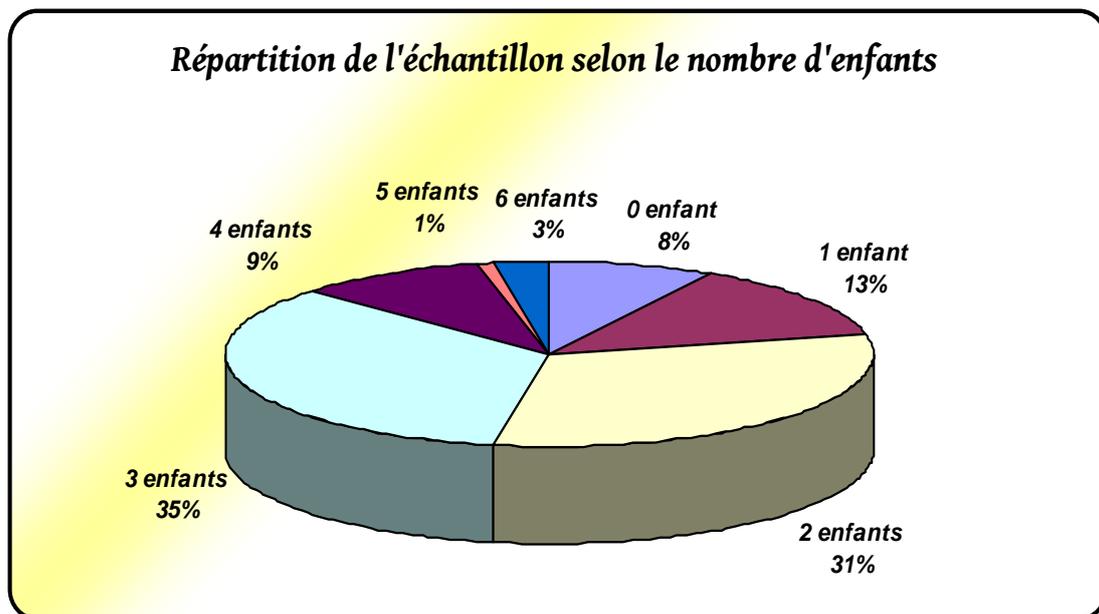
Interprétation de l'IMC :

<p>IMC <16 → dénutrition 16 < IMC < 18,4 → insuffisance pondérale 18.5 < IMC < 24,9 → corpulence normale 25 < IMC <29,9 → surpoids 30 < IMC < 34,9 → obésité modérée 35 < IMC < 39,9 → obésité sévère IMC ≥ 40 → obésité morbide</p>

Environ deux tiers des femmes de l'échantillon sont de corpulence normale, 27% sont en surpoids et une patiente est en obésité morbide.

Les catégories de dénutrition (IMC<16) et d'obésité sévère (35< IMC < 39,9) ne sont pas représentées.

24- Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants



3 - Syndrome climatérique et bouffées de chaleur

Pour évaluer l'importance des symptômes climatiques, nous avons utilisé le score de Kupperman (modifié de Wilklund). Ce score tient compte des symptômes et de leur sévérité. Les signes les plus caractéristiques de la ménopause ont un coefficient multiplicateur (2 ou 4). Lorsqu'il est supérieur à 18, on estime que les symptômes du climatère sont importants.

Symptômes	Coefficient	0	1	2	3
Bouffées de chaleur	4	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Sueurs	2	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Troubles du sommeil	2	Aucun	Rares	Fréquents	Très fréquents
Nervosité	2	Jamais	Légère	Modérée	Sévère
Céphalées	1	Aucune	Légères	Modérées	Sévères
Humeur dépressive	1	Jamais	Rare	Fréquente	Très fréquente
Vertiges	1	Aucun	Faibles	Modérés	Sévères
Asthénie	1	Jamais	Faible	Modérée	Sévère
Arthralgies	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Palpitations	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Sècheresse vaginale	1	Aucune	Légère	Modérée	Sévère

Exemple : $2 \times 4 + 2 \times 2 + 3 \times 2 + 1 \times 2 + 0 + 1 + 0 + 1 + 1 + 1 + 1 + 3 = 28$

Nous avons donc calculé ce score à partir des réponses qui nous étaient données pour chacun des symptômes.

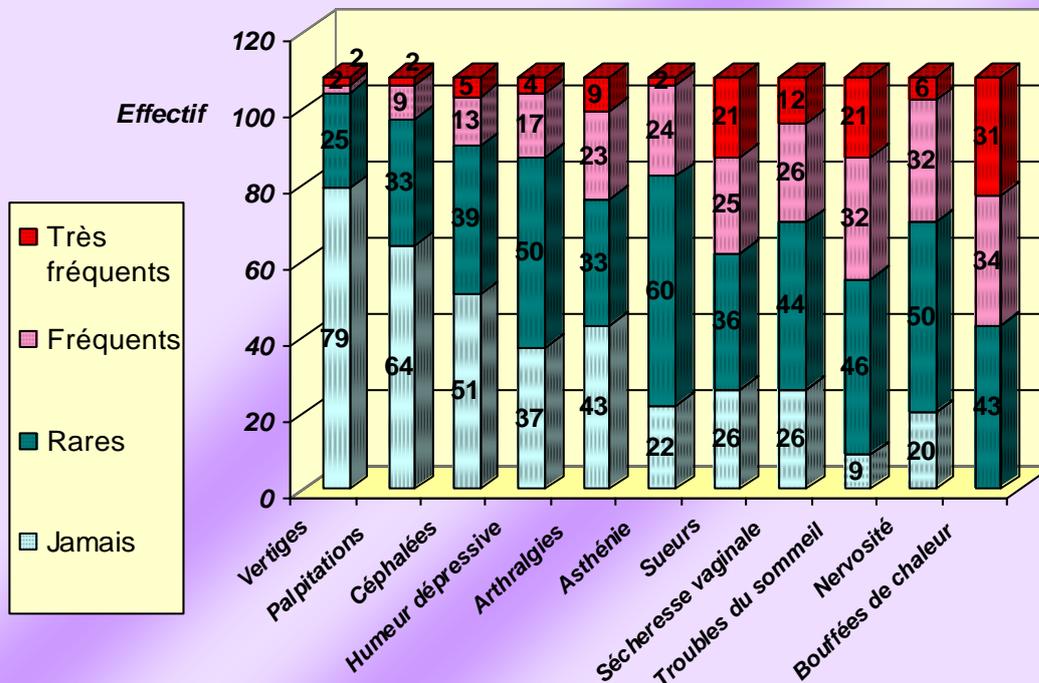
Selon leur intensité, les bouffées de chaleur peuvent être classées comme :

- **légères** lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de sueurs
- **modérées** si elles s'accompagnent de sueurs
- **sévères** si elles s'accompagnent de sueurs et obligent la femme à interrompre son activité en cours

31- Fréquence des symptômes climatiques

Fréquence des différents symptômes climatériques

(référéncés dans le score de Kupperman)



Les symptômes les plus fréquemment rapportés au sein de cet échantillon sont, après les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil et les sueurs.

Viennent ensuite les problèmes de sécheresse vaginale, d'arthralgies et d'asthénie.

Les symptômes les moins fréquents sont les vertiges, les palpitations et les céphalées.

⇒ Nous avons voulu vérifier s'il existait une relation entre l'importance des bouffées de chaleur (fréquence et intensité) et les troubles du sommeil.

Nous avons donc dressé ce graphique après avoir attribué un score à chaque paramètre :

Score « Intensité des bouffées de chaleur » :

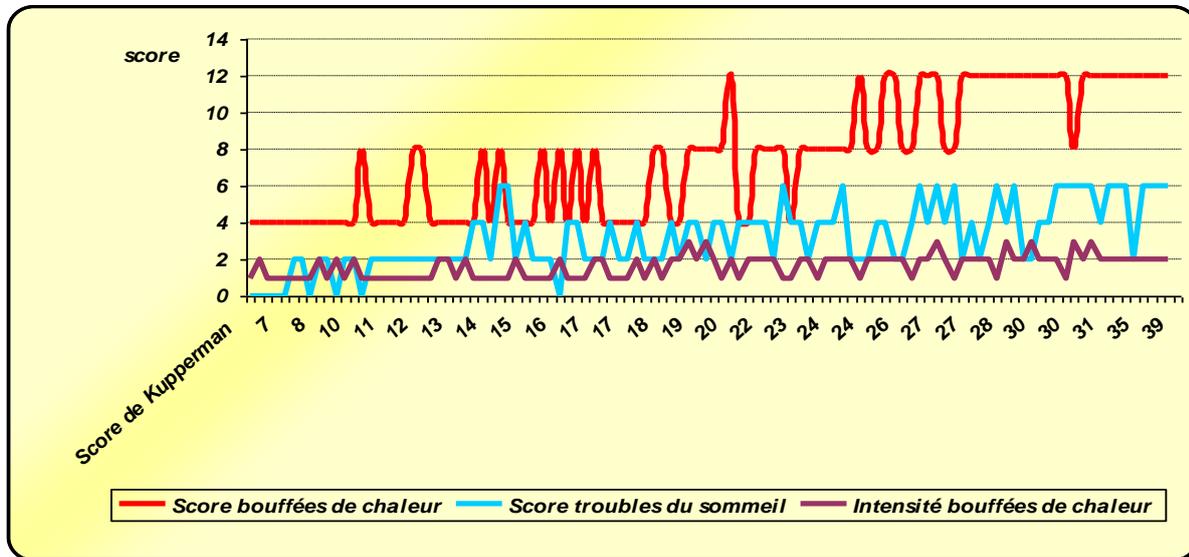
- légères = 1
- modérées = 2
- sévères = 3

Score « bouffées de chaleur » (selon Kupperman) :

Score « troubles du sommeil » (selon Kupperman) :

- jamais = 0
- occasionnellement = 2
- fréquemment = 4
- très fréquemment = 6

- occasionnelles = 4
- fréquentes = 8
- très fréquentes = 12



Sur ce graphique, les troubles du sommeil semblent augmenter avec l'importance des bouffées de chaleur.

Pour étudier la relation de dépendance ou non entre ces deux symptômes, nous avons réalisé ce tableau de contingence et lui avons appliqué le test du χ^2 corrigé de Yates (des effectifs théoriques étant $<$ à 5)

Bouffées de chaleur	Troubles du sommeil				Total
	Jamais	Occasionnellement	fréquemment	Très fréquemment	
Occasionnelles	9 (4.4) 3.9	24 (17.5) 2	9 (12.7) 0.8	1 (8.4) 5.6	43 12.3
Fréquentes	2 (3.5) 0.3	12 (14.2) 0.2	16 (10.5) 2.5	5 (6.8) 0.2	35 3.2
Très fréquentes	0 (3) 2.1	8 (12.2) 1.12	7 (8.9) 0.8	15 (5.9) 13	30 17.02
Total	11 6.3	44 3.32	32 4.1	21 18.8	108 32.52

(ø) : effectifs théoriques ø : χ^2 calculé

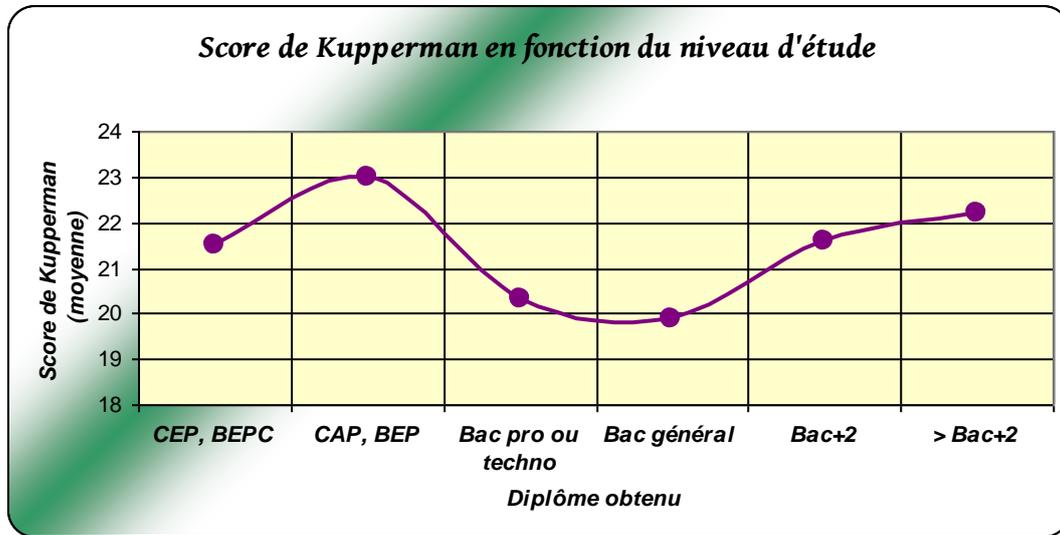
χ^2 calculé = **32,52**

χ^2 théorique (ddl=6 ; $\alpha=0,05$) = **12,592**

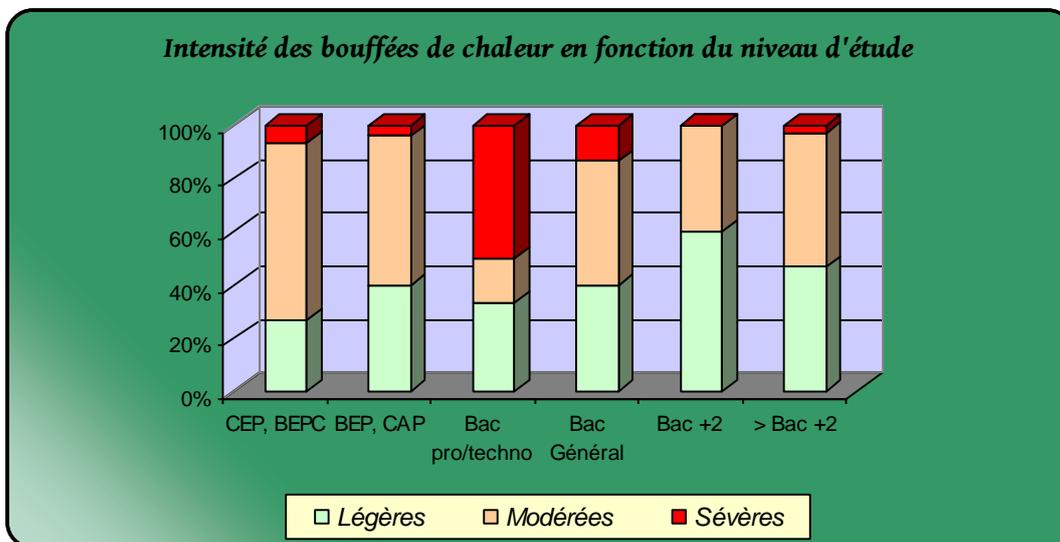
Donc **χ^2 calculé $>>$ χ^2 théorique.**

L'hypothèse soutenant que les troubles du sommeil sont liés à l'importance des bouffées de chaleur est retenue.

32- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction du niveau d'étude

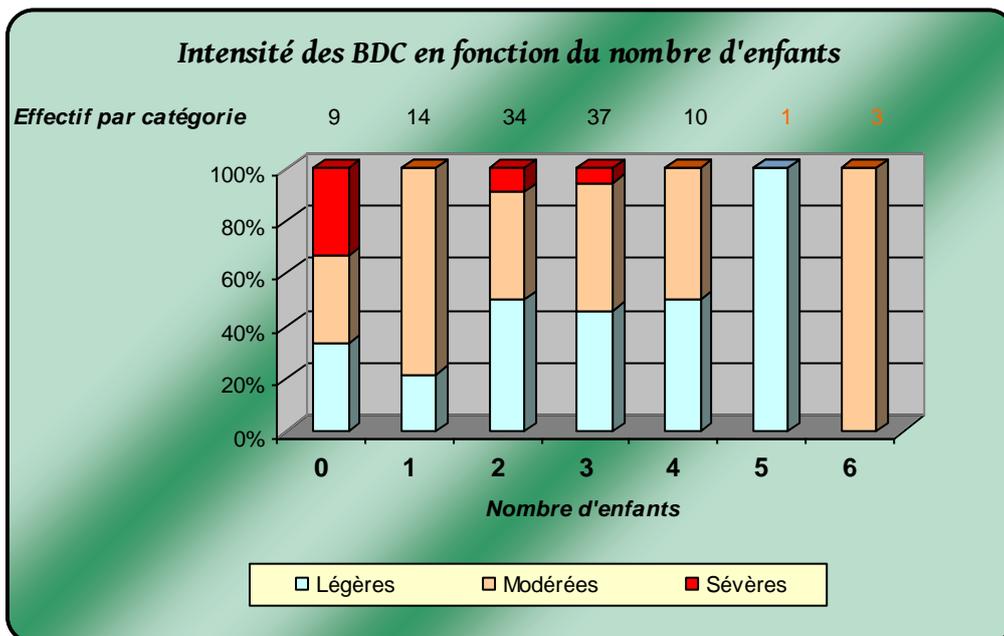
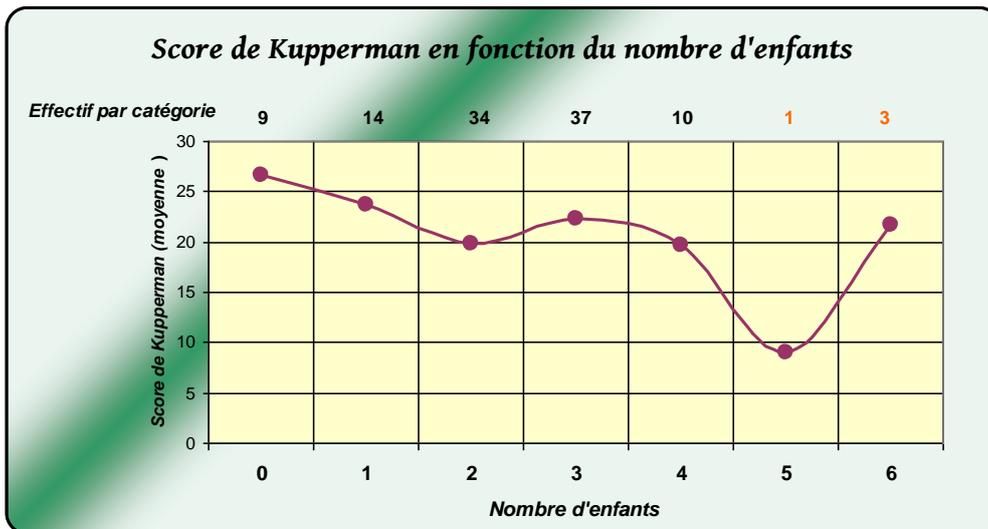


Ce graphique, réalisé après avoir calculé le score moyen de Kupperman par catégorie de niveau d'étude, ne met pas en évidence de relation entre l'importance des symptômes climatériques et le niveau de formation des patientes.



L'histogramme ci-dessus ne permet pas de conclure à une corrélation entre l'intensité des bouffées de chaleur et le niveau d'étude, même si la proportion de femmes déclarant ne pas avoir de sueurs (bouffées de chaleur légères) semble augmenter avec le niveau de formation.

33- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction du nombre d'enfants



Si on ne tient pas compte des réponses des 4 femmes ayant eu 5 ou 6 enfants (effectif très faible et peu significatif), ces graphiques laissent penser que l'intensité des symptômes climatiques et des bouffées de chaleur diminue avec un plus grand nombre d'enfants.

Application du test (χ^2) d'indépendance entre les variables « score de Kupperman ou importance des symptômes climatiques » et « nombre d'enfants » :

Score de	0 ou 1	2 enfants	3 enfants	4 à 6 enfants	Total
----------	--------	-----------	-----------	---------------	-------

Kupperman	enfant				
0-17	4 (8.1)	15 (11.9)	13 (13)	6 (5)	38
	0.5	0.81	0.0	0.2	1.51
18-51	19 (15)	19 (22)	24 (24)	8 (9)	61
	1.13	0.41	0.0	0.11	1.65
Total	23	34	37	14	108
	1.63	1.22	0.0	0.31	<u>3.16</u>

(∅) : effectifs théoriques ∅ : χ^2 calculé

Le χ^2 calculé est : **3,16**

Le χ^2 théorique pour un risque α de 5% et un degré de liberté de 3 est : **7,815**

Donc : **χ^2 calculé < χ^2 théorique**

L'hypothèse H_0 est retenue : ***l'importance des symptômes climatiques est indépendante du nombre d'enfants.***

Application du test (χ^2) d'indépendance entre les variables « intensité des bouffées de chaleur » et « nombre d'enfants ».

Intensité des bouffées de chaleur	0 ou 1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 à 6 enfants	Total
Légères	6 (9.78)	17 (14.48)	17 (15.46)	6 (5.96)	46
	1.46	0.44	0.15	0	2.05
Modérées ou sévères	17 (13.2)	17 (19.52)	20 (21.24)	8 (8.04)	62
	1.09	0.32	0.72	0	2.13
Total	23	34	37	14	108
	2.55	0.76	0.87	0	<u>4.18</u>

(∅) : effectifs théoriques ∅ : χ^2 calculé

Le χ^2 théorique pour un risque α de 5% et un degré de liberté de 3 est : **7,815**

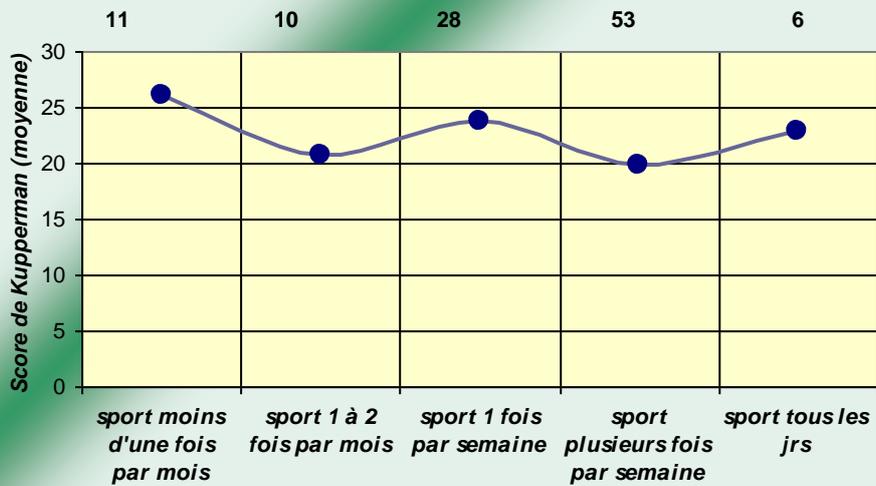
Donc : **χ^2 calculé < χ^2 théorique**

L'hypothèse H_0 est retenue : ***l'intensité des bouffées de chaleur est indépendante du nombre d'enfants.***

34- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction de l'activité sportive

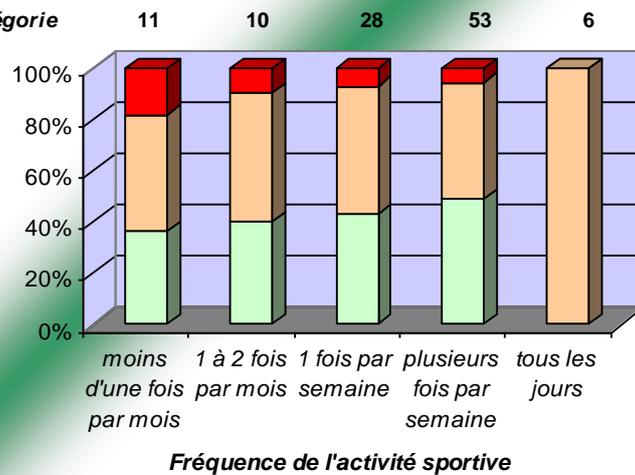
Score de Kupperman en fonction de l'activité sportive

Effectif par catégorie



Intensité des BDC en fonction de la pratique sportive

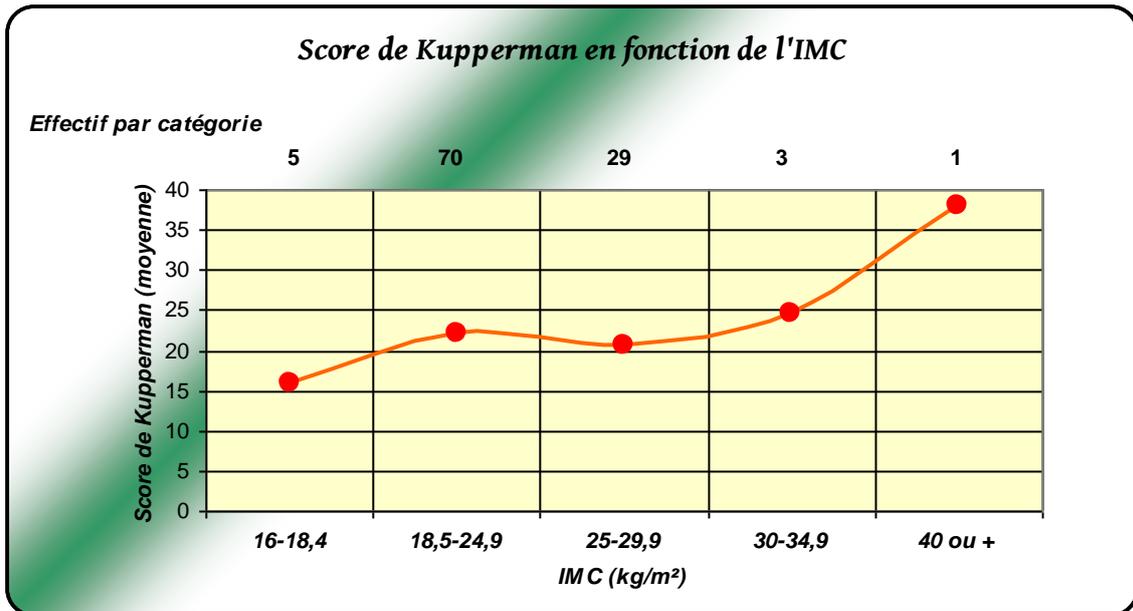
Effectif par catégorie



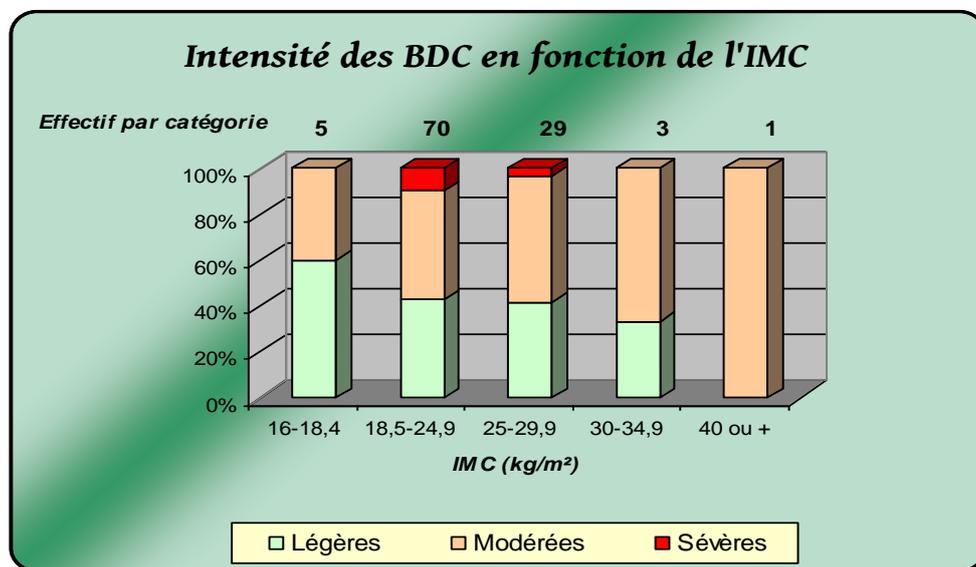
■ Légères
 ■ Modérées
 ■ Sévères

La pratique régulière ou intense du sport ne semble pas influencer notablement sur l'intensité des symptômes climatériques ou des bouffées de chaleur.

35- Score de Kupperman et intensité des bouffées de chaleur en fonction de l'IMC



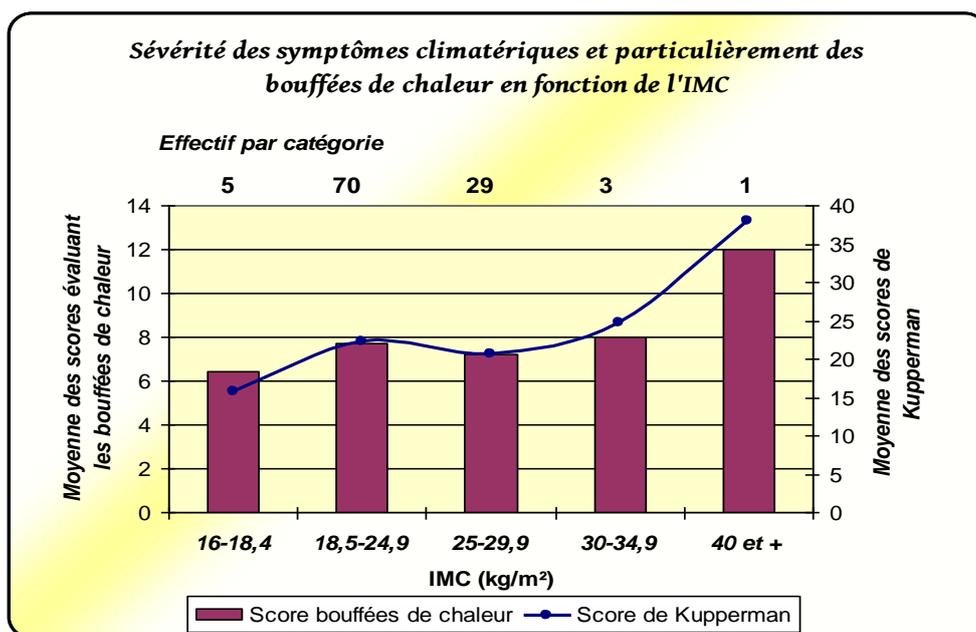
Les femmes en insuffisance pondérale ont un score de Kupperman en moyenne inférieur à 18 (score = 15,8), alors que les femmes qui ont un IMC entre 18,5 et 34,5 kg/m² ont un score moyen entre 20,6 et 24,6. La seule patiente en obésité morbide a obtenu un score de Kupperman à 38.



La proportion de femmes ayant des bouffées de chaleur modérées ou sévères augmente avec l'IMC : 48% chez les patientes en insuffisance pondérale, jusqu'à 70% chez celles en obésité modérée.

Nous avons croisé, dans le schéma suivant, les moyennes (par catégorie d'IMC) :

- des scores attribués aux bouffées de chaleur (au sein du score de Kupperman, caractérisant leur fréquence plus que leur intensité)
- des scores de Kupperman



La tendance semble aller dans le même sens que les observations des deux graphiques précédents, avec une augmentation de l'importance du syndrome climatérique avec l'IMC.

Les effectifs par catégories sont trop faibles pour utiliser le test d'indépendance du χ^2 .

Si on les regroupe selon un IMC inférieur ou supérieur à 25 (limite au-dessus de laquelle les femmes sont en surpoids), le test appliqué aux variables « IMC » et « intensité des bouffées de chaleur » donne un χ^2 calculé à 0,2.

Le χ^2 théorique est de 3,841 (ddl=1, $\alpha=0,05$)

Donc : χ^2 calculé < χ^2 théorique et l'hypothèse soutenant l'indépendance entre l'intensité des bouffées de chaleur et l'IMC est retenue.

Intensité des bouffées de chaleur	IMC < 25	IMC ≥ 25	Total
Légères	33 (31.95) <i>0.04</i>	13 (14.05) <i>0.08</i>	46 <i>0.12</i>
Modérées ou sévères	42 (43.05) <i>0.02</i>	20 (18.95) <i>0.06</i>	62 <i>0.08</i>
Total	75 <i>0.06</i>	33 <i>0.14</i>	108 <u><i>0.2</i></u>

(∅) : effectifs théoriques ∅ : χ^2 calculé

4- Le traitement hormonal de la ménopause (THM)

41- Proportion de prescriptions de THM

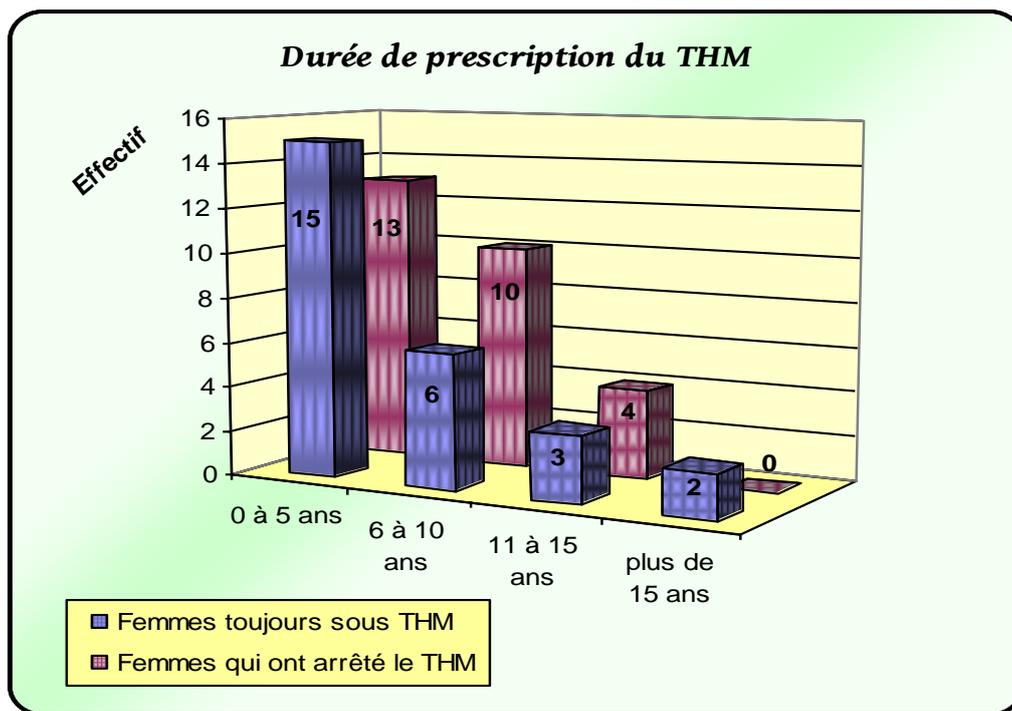
Dans l'échantillon étudié, exactement 50% des femmes prennent (n=26), ont pris (n=27) ou envisagent (n=1) de prendre un THM, contre 50% (n=54) qui n'en ont jamais pris.

42- Durée de prise du THM

Parmi les 27 femmes qui ont pris un THM :

- 13 l'ont pris pendant moins de 6 ans
- 10 l'ont pris pendant 6 à 10 ans
- 4 l'ont pris pendant 11 à 15 ans.

Parmi les 26 femmes qui étaient toujours sous traitement au moment de l'étude, 5 le prenaient depuis plus de dix ans.



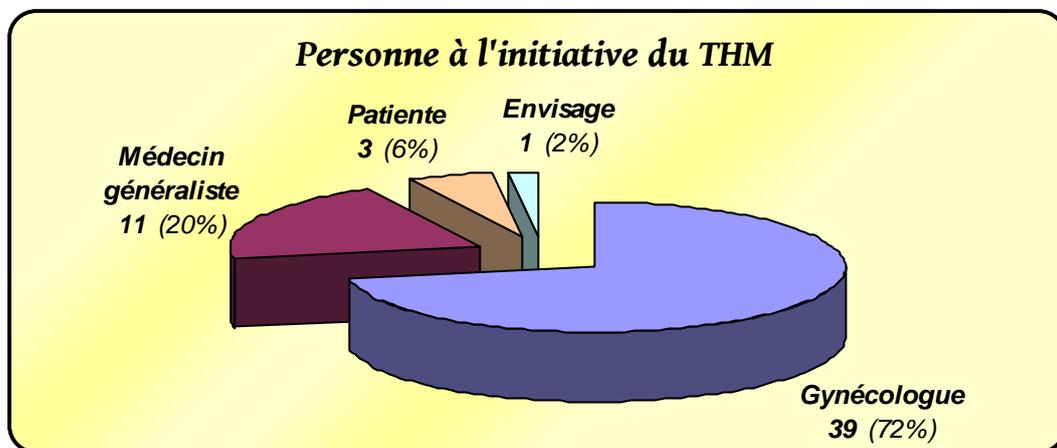
43- Raisons d'arrêt du THM

Les raisons données par les femmes interrogées pour expliquer l'arrêt du traitement (*question ouverte*) sont classées ci-dessous :

Raisons de l'arrêt du THM	Effectif
Recommandation du médecin généraliste ou du gynécologue	n=7
Polémique sur le THM	n=5
Disparition des symptômes	n=5
Pathologie mammaire	n=5
Recours à des traitements non hormonaux et efficaces en relais	n=2
Prise en charge d'une HTA	n=1
En avaient assez de prendre un THM	n=2

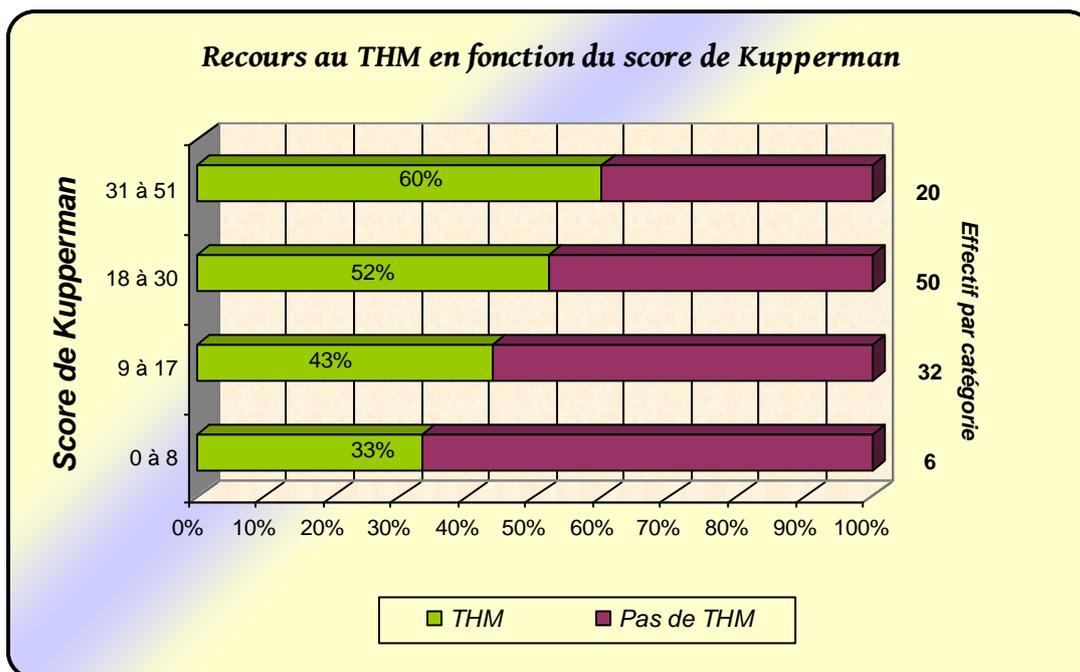
Concernes des **prescriptions de plus de 10 ans** pour 5 d'entre elles, **de 5 à 7 ans** pour les 2 autres
 Concernes essentiellement des **prescriptions de 6 mois à 5 ans**
 Dont 2 cancers du sein, 1 antécédent familial de cancer du sein, 2 mastoses
 (après 2 ans de THM)
 (après 10 et 11 ans de traitement)

44- Personne à l'initiative de la prescription du THM



Le gynécologue reste le médecin de référence en ce qui concerne la prise en charge de la ménopause (72% des prescriptions).

45- Prescription ou non d'un THM en fonction de la sévérité du syndrome climatérique



La présence de symptômes climériques gênants (score de Kupperman supérieur à 18) s'accompagne d'un plus grand pourcentage de femmes ayant recours au THM (56% en moyenne).

L'application du test (χ^2) d'indépendance entre « l'importance des symptômes climériques » et « le recours au THM » :

Score de Kupperman	THM	Pas de THM	Total
0 à 17	16 (19) <i>0.47</i>	22 (19) <i>0.47</i>	38 <i>0.94</i>
18 à 48	38 (35) <i>0.26</i>	32 (35) <i>0.26</i>	70 <i>0.52</i>
Total	54 <i>0.73</i>	54 <i>0.73</i>	108 <u><i>1.46</i></u>

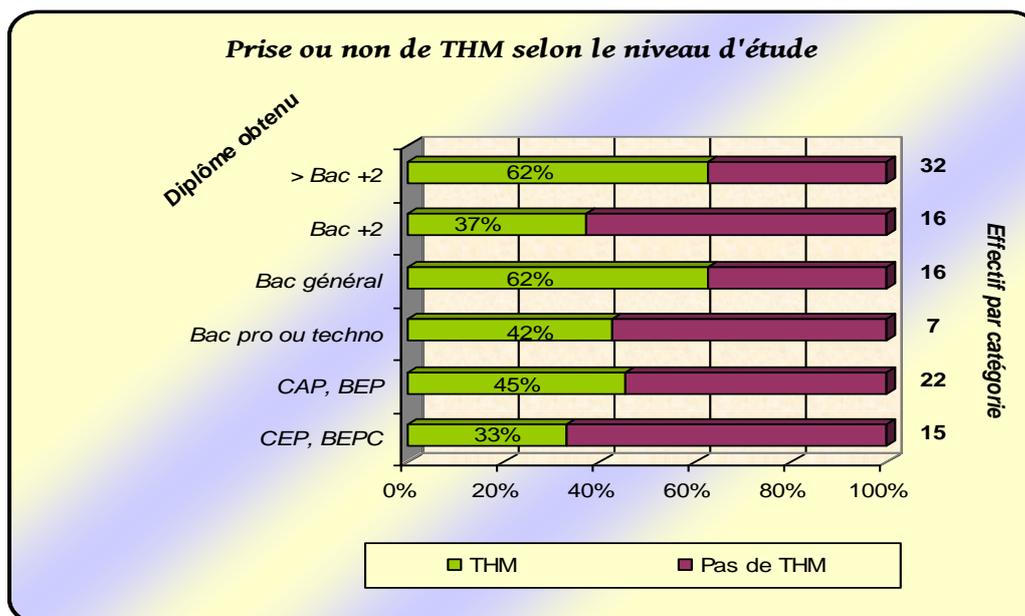
(\emptyset) : effectifs théoriques \emptyset : χ^2 calculé

Le χ^2 calculé est de 1,46

Le χ^2 théorique (ddl=1 ; $\alpha=0,05$) est de 3,841

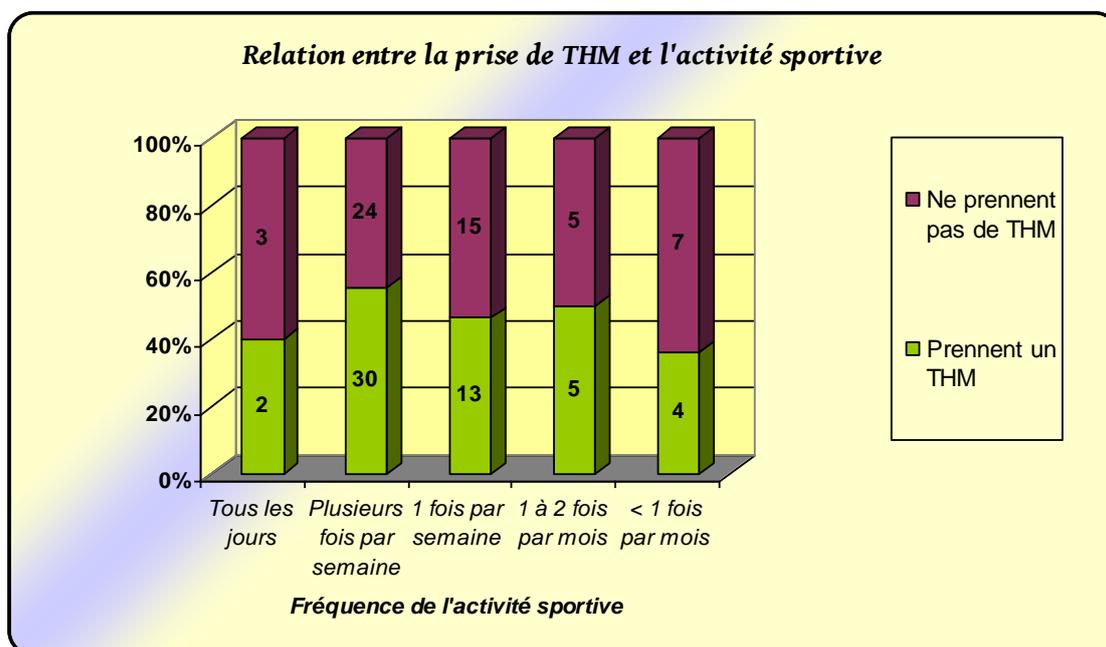
χ^2 calculé < χ^2 théorique : en choisissant un risque de 5%, l'hypothèse selon laquelle le recours au THM est indépendant de l'importance du syndrome climérique est retenue.

46- Traitement par THM en fonction du niveau d'étude



Le niveau d'étude, au sein de l'échantillon, ne semble pas avoir influencé la décision de prise ou non de THM.

47- Traitement par THM en fonction de l'activité sportive



D'après nos observations, les femmes pratiquant un sport régulièrement ou tous les jours ne semblent pas plus nombreuses à prendre un THM que les femmes moins sportives.

48- Raisons pour lesquelles les femmes ne prennent pas de THM

La question à ce sujet était à choix multiple :

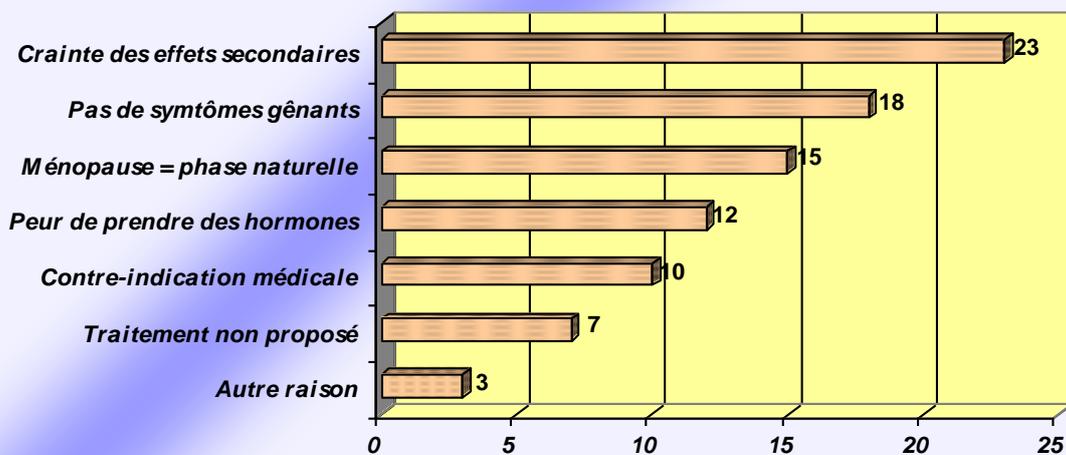
Si vous ne prenez pas de THM, est-ce (1 à 3 réponses) :

- Pour cause de contre-indication médicale
- Par crainte des effets secondaires
- Parce que ni votre médecin ni votre gynécologue ne vous l'ont proposé
- Parce que vous n'avez pas de symptômes gênants
- Parce que pour vous, la ménopause est une phase naturelle
- Parce que « prendre des hormones » vous fait peur
- Autre raison

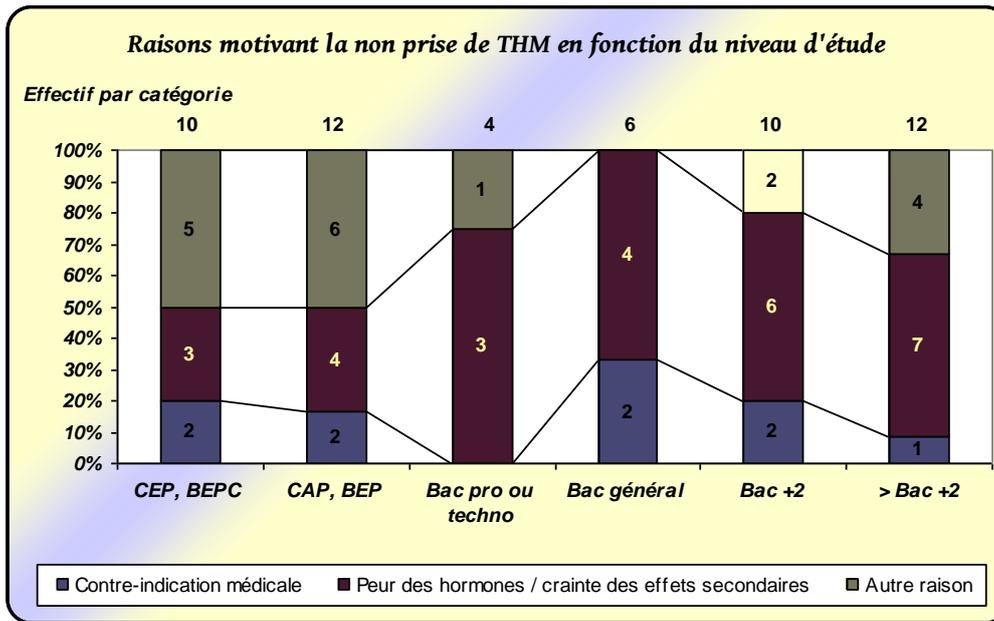
La « *crainte des effets secondaires* » est le motif le plus fréquemment donné, avec un nombre non négligeable de « *peur de prendre des hormones* », qui s'en rapproche.

Parmi les 54 patientes qui n'ont pas pris de THM, 7 n'ont pas eu de proposition de traitement par leur médecin. Parmi ces 7 femmes, 2 seulement ont déclaré ne pas avoir de symptômes gênants.

Raisons motivant la non prise de THM



49- Raisons données selon le niveau d'étude



La crainte des effets secondaires du THM (incluant la peur de prendre des hormones) est un motif apparaissant un peu plus fréquemment dans les catégories de niveaux d'étude supérieurs.

5 - Remèdes hors THM

La question concernant les traitements hors THM était la suivante :

Avez-vous eu recours à des traitements autres que le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) pour soulager vos bouffées de chaleur ?

↑ OUI ↑ NON

Si OUI :

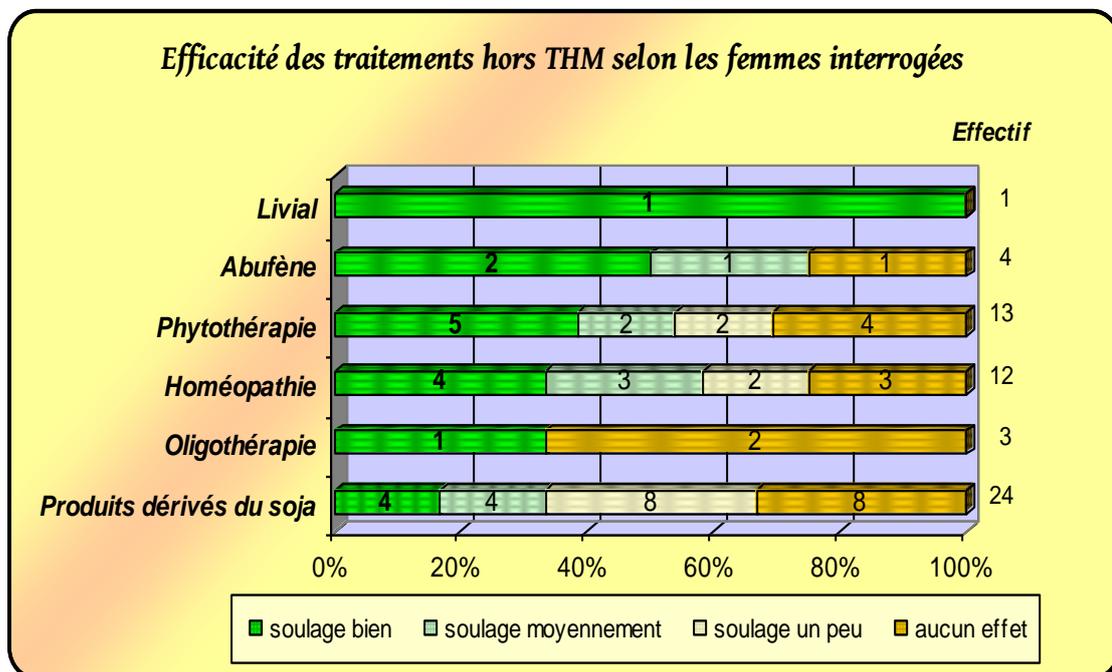
- le(s)quel(s) ?
- quelle a été leur efficacité sur vos bouffées de chaleur (BDC) ?
- comment vous les procurez-vous ?
- quelle a été votre source d'information pour ces traitements ?

(Réponses sous forme d'un tableau)

3) Nous avons, à partir de ces données, fait les observations suivantes.(cf. annexe

Parmi les 108 femmes interrogées, 35 ont essayé des traitements hors THM. Parmi ces 35 femmes, 17 prennent ou ont pris un THM et 18 n'en ont jamais pris.

51- Efficacité des produits cités selon les femmes interrogées



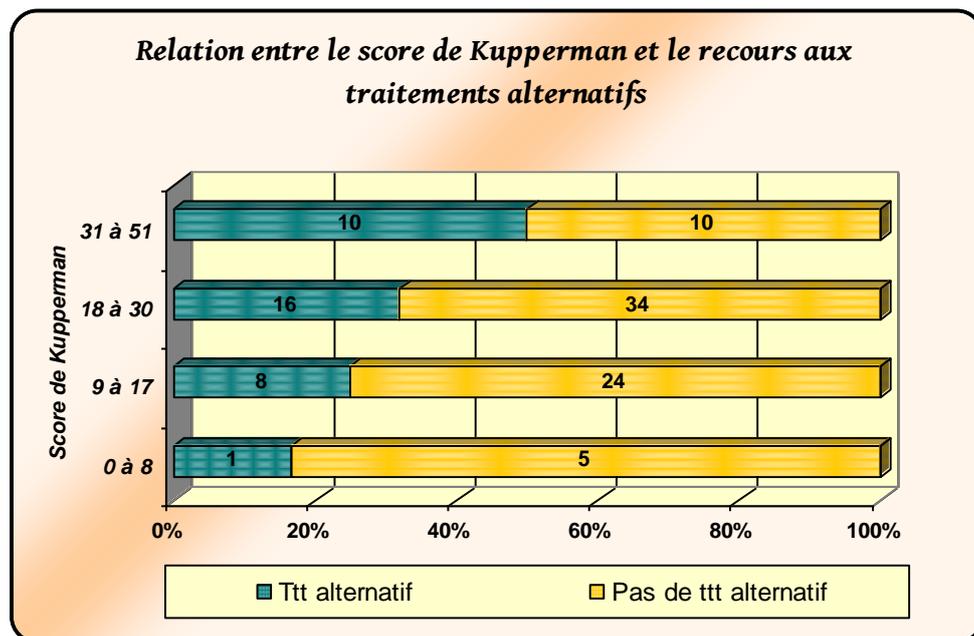
Vingt-quatre femmes ont essayé des produits à base de soja (tous produits confondus, du lait aux compléments alimentaires vendus en pharmacie) : 4 ont trouvé ça efficace, 8 n'ont trouvé aucun bénéfice, 12 étaient moyennement convaincues. La phytothérapie a satisfait 5 femmes sur 13.

Seulement 4 patientes ont pris de l'Abufène®, dont 2 ont été franchement soulagées et une pas du tout.

Une seule patiente a pris du Livial® et en est satisfaite.

Les avis concernant l'homéopathie sont divergents. Nous précisons, que nous n'avons pas les détails sur les molécules homéopathiques testées.

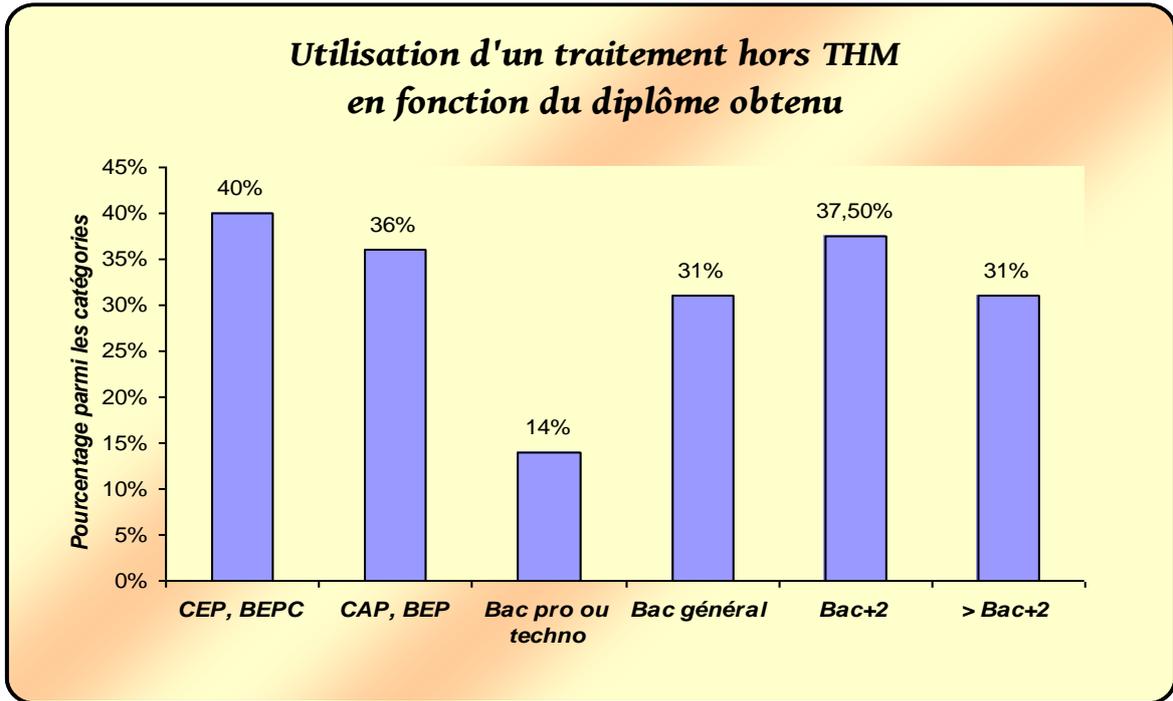
52- Recours à un traitement alternatif en fonction de l'intensité des symptômes



D'après ce graphique, la proportion d'utilisatrices de traitements alternatifs au THM augmente avec l'intensité des symptômes.

Cependant, l'association entre les facteurs « intensité des symptômes » et « recours à un traitement alternatif » n'est pas statistiquement démontrée dans notre étude.

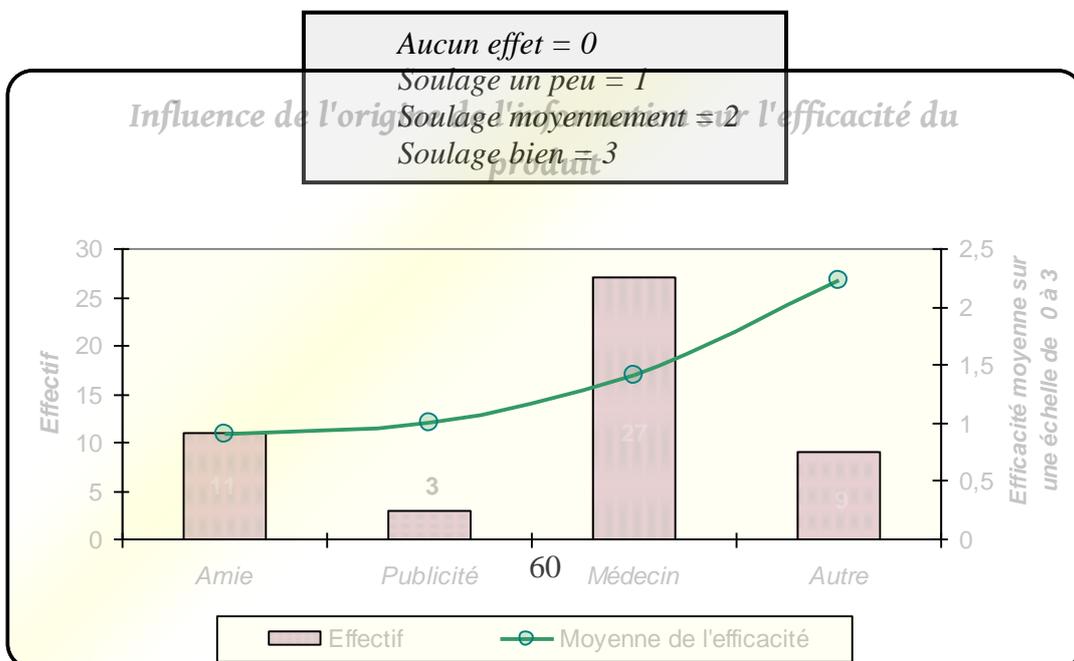
53- Utilisation d'un traitement hors THM en fonction du niveau de formation



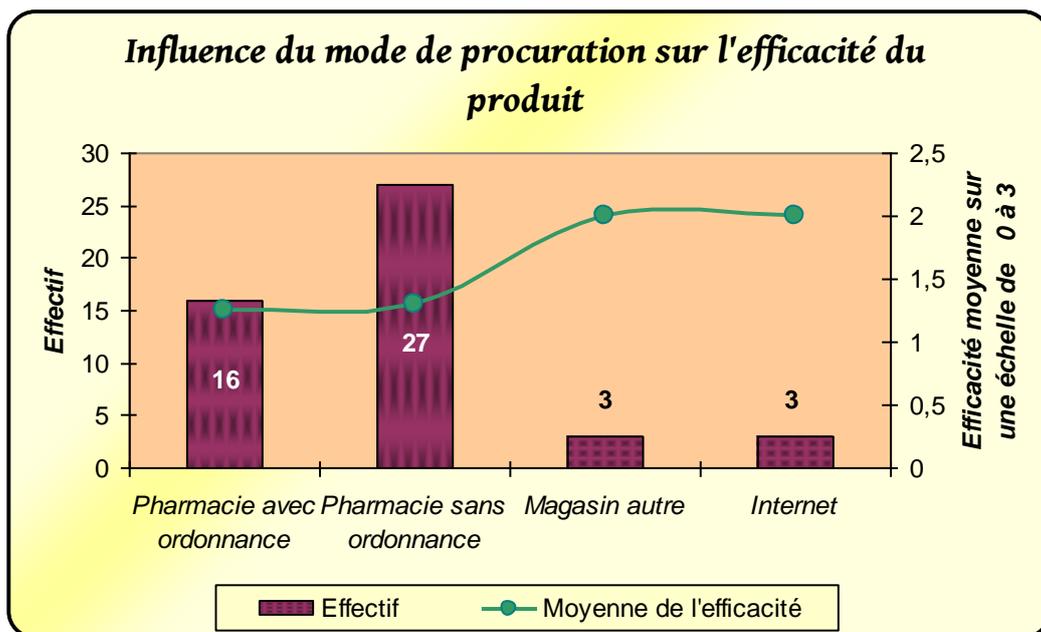
Le niveau d'étude ne semble pas avoir d'influence sur la prise ou non de traitements hors THM pour soulager les bouffées de chaleur.

54- Influence de la source d'information et du mode de procuration sur l'efficacité

Pour dessiner les graphiques suivants, nous avons traduit l'efficacité des produits en valeur chiffrée, afin d'en calculer les moyennes par catégorie (courbe sur les schémas) :



L'avis (ou la prescription) du médecin est la source d'information la plus fréquente concernant le traitement des bouffées de chaleur, mais ne prédit pas de l'efficacité ressentie.



Les produits sont le plus souvent achetés en pharmacie (majoritairement sans ordonnance), mais de même que pour le médecin, le passage par l'officine n'est pas un facteur prédictif d'efficacité du traitement sur la patiente.

6 - Médecines non conventionnelles (MNC)

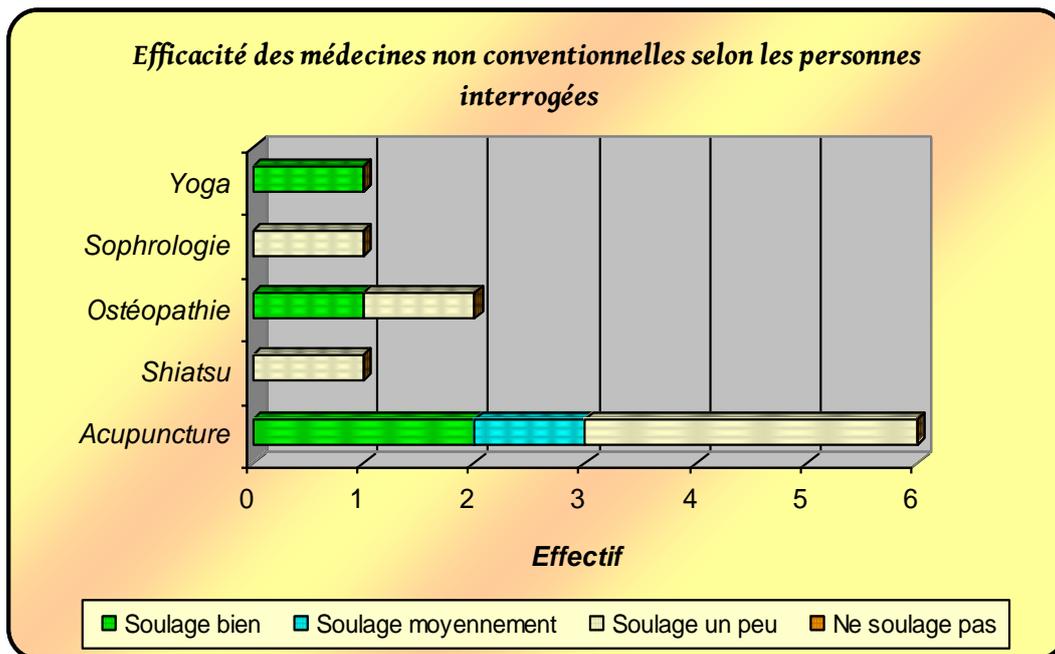
La question concernant les MNC était la suivante :

Avez-vous eu recours à des médecines non conventionnelles à visée thérapeutique pour soulager vos bouffées de chaleur ? (Exemples : acupuncture, ostéopathie, étiopathie, hypnothérapie...)

↑ OUI ↑ NON

Si OUI, la(les)quelle(s), et quelle a été leur efficacité

(Réponses sous forme d'un tableau)



Onze femmes parmi les 108 interrogées ont essayé une MNC. Elles y ont toutes trouvé un bénéfice, même modéré.

L'acupuncture est la thérapie le plus souvent citée, avec un bénéfice moyen ou important pour la moitié des femmes qui l'ont testée.

Le yoga et la sophrologie font appel, entre autres, à des techniques de respiration qui ont été mentionnées plusieurs fois dans les réponses concernant les habitudes comportementales visant à soulager les bouffées de chaleur.

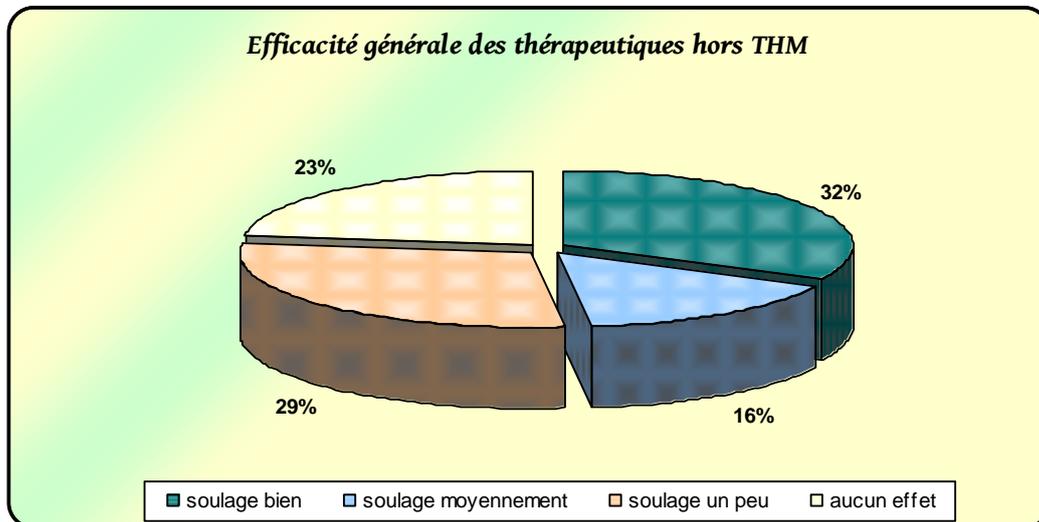
7- Traitements hors THM en général (produits et MNC confondus)

Parmi les 108 femmes interrogées, 37 ont essayé au moins une thérapeutique hors THM.

Parmi ces 35 patientes,

- 22 patientes ont essayé un seul moyen thérapeutique
- 10 en ont essayé deux
- 3 en ont essayé trois
- 2 en ont essayé 4 ou plus

Efficacité selon les patientes pour l'ensemble des méthodes utilisées :



Un tiers des appréciations données par les patientes évoquent l'impression d'une réelle efficacité pour certains remèdes ou MNC.

8- Comportements adoptés par les femmes pour diminuer leurs bouffées de chaleur

A la question :

Avez-vous trouvé des moyens non médicaux pour soulager vos bouffées de chaleur (comportements alimentaires, hygiéniques,...) ?

↑ OUI NON

Si OUI, lesquels : _____

Nous avons recueilli les solutions suivantes :

- vinaigre de cidre (pris le matin à jeun, en petite quantité, dilué dans un verre d'eau)
- augmenter son hydratation
- s'habiller léger (surtout la nuit)
- baisser le chauffage dans la chambre
- éviter les boissons alcoolisées et les excitants
- exercices sur la respiration (relaxation, yoga)
- centre d'amincissement et de bien-être

9- Informations complémentaires que les femmes ont voulu nous transmettre

Si vous avez des informations supplémentaires à apporter, merci de les noter ci-dessous.

Nous avons rapporté les données complémentaires données par les femmes interrogées, ce qui donne un aperçu de l'hétérogénéité du vécu de ces symptômes. Un tiers des femmes ont désiré nous donner des informations supplémentaires.

« Cette phase de notre vie est difficile. Etre soulagée par un traitement est un vrai bonheur. Le problème de la durée se pose, prendre la décision d'arrêter le traitement substitutif doit être bien accepté par la patiente et de ce fait nécessite l'accompagnement du médecin traitant, en particulier sur "l'après". » *[Âgée de 55/59 ans, traitée par THM depuis 2 ans]*

« Je précise, que maintenant, les bouffées de chaleur surviennent la nuit essentiellement, et très peu dans la journée. Ces bouffées de chaleur (3 à 4 épisodes) me réveillent systématiquement, et je me rendors presque toujours après. Par contre, j'ai remarqué que lorsque je suis dans une situation de "stress" (professionnel par exemple), j'ai une bouffée de chaleur, certes moins importante que celles de la nuit. A 55 ans, j'ai des bouffées de chaleur en moins grande quantité qu'avant, pendant la nuit, et les sueurs sont aussi moins intenses qu'auparavant. » *[Bouffées de chaleur très fréquentes, ne prenant pas de THM par crainte des effets secondaires et parce qu'on ne lui a pas proposé. N'a pas essayé d'autres traitements.]*

« Cancer du sein = non traitement. Au bout de 15 ans la situation s'est stabilisée naturellement pour les bouffées de chaleur. » *[N'a pas essayé d'autres traitements, malgré de fréquentes bouffées de chaleur.]*

« J'avais d'abord commencé par l'acupuncture, j'ai complété par le yam. Aujourd'hui je ne prends plus rien et les bouffées, accompagnées de sueur mais modérées, réapparaissent. » *[A pris un THM pendant 10 ans, surtout pour des mastoses.]*

« Les changements d'humeur sont encore plus difficiles à gérer. » *[N'a pas pris de THM, ni d'autres traitements.]*

« Pensant que les bouffées de chaleur sont naturelles, j'ai su adapter mon alimentation et surtout mon habillement. Je m'habille plus légèrement avec des vêtements sur le dessus que je peux enlever à souhait, plus jamais de col roulé ni de pull sans rien en dessous. » *[Fréquentes bouffées de chaleur.]*

« J'ai bientôt 72 ans et suis étonnée d'avoir toujours des bouffées de chaleur, moins fréquentes et moins fortes certes, mais toujours présentes. Elles m'ont pourri la vie autrefois !!!!! » *[A pris un THM pendant 15 ans, arrêté sur avis médical suivant les recommandations. A essayé plusieurs autres traitements jugés peu efficaces.]*

« Les traitements contre les bouffées de chaleur étaient excellents pour le confort et j'ai regretté leur arrêt. C'est épuisant et ça dure... » *[A pris un THM pendant 13 ans, arrêté sur avis médical suivant les recommandations. N'a pas essayé d'autres traitements.]*

« J'ai eu très peu de bouffées de chaleur pendant le jour ; par contre, j'en ai eu davantage la nuit mais uniquement dans les jambes. Est-ce lié à la ménopause ou pas, je ne sais pas. J'ai eu mes règles jusqu'à 52 ans. Ce dont je "souffre" le plus maintenant, c'est de sécheresse vaginale » *[N'a essayé aucun traitement, considérant la ménopause comme une phase naturelle de la vie.]*

« Je n'ai peut être pas utilisé l'homéopathie assez longtemps » *[Peu de symptômes.]*

« Je m'étais fixé cette durée et à cette même période on commençait à entendre parler de risques de cancer avec un traitement THM trop long. Pour plus de confort, j'envisage de parler avec mon gynéco pour le reprendre. » *[A pris un THM pendant 10 ans.]*

« J'ai arrêté le traitement hormonal par peur du cancer du sein. Les bouffées de chaleur se sont estompées au fil des années, mais elles ont été d'un inconfort, bien que présentes au cours de la nuit. Il faut une sacrée patience et beaucoup de volonté pour ne pas retomber dans le cycle des hormones !! » *[A pris un THM pendant 8 ans, et l'a arrêté pour mastoses importantes.]*

« J'ai suivi le traitement hormonal de 52 (âge de ma ménopause) à 55 ans, ensuite j'ai eu recours au Feminabiane chaque jour jusqu'à 60 ans et depuis 18 mois je continue à prendre 2 gélules par semaine. Efficace contre les bouffées de chaleur, contre la fatigue et la perte de moral » *[A arrêté le THM au bout de 3 ans suite à la polémique.]*

« Actuellement, j'ai 64 ans et j'ai de moins en moins de bouffées de chaleur, sans prendre de médicaments. » *[A essayé des traitements sans succès. Présentait des bouffées de chaleur fréquemment.]*

« Ménopausée jeune, à mon sens, j'ai très vite souffert de désordres divers. Maintenant, je me contente d'Abufène depuis un mois, et tout va bien. J'ai eu la grande chance d'avoir un médecin généraliste très à l'écoute, de bénéficier d'un suivi médical très strict, tous les six mois, et d'avoir un entourage familial compréhensif et aux petits soins !

De plus, ma vie "professionnelle" est enrichissante et gratifiante pour l'ego. Les bouffées de chaleur restent un souci, tempéré par l'Abufène. S'il y a hérédité féminine, ma mère a très longtemps souffert de ces ennuis.

La crainte de se voir vieillir comme une vieille pomme m'a un peu quitté. Je reste jeune et jolie (c'est moi qui le dis !) et dynamique à tous points de vue.» *[THM pris pendant 10 ans.]*

« J'ai commencé à avoir des bouffées de chaleur et des suées depuis octobre 2002, j'en ai toujours à ce jour mais un peu moins, surtout en hiver... » *[N'a pas pris de THM mais a essayé de nombreux autres remèdes, sans grande efficacité pour elle.]*

« Après trois mois de traitement homéopathique, les bouffées de chaleur s'estompent. Si mes bouffées reviennent, je pense changer de traitement, toujours en homéopathie car il n'y a aucun effet secondaire. » *[N'a pas pris de THM par crainte des effets secondaires, malgré des bouffées de chaleur très fréquentes.]*

« Le soja améliore et j'espère me passer de traitement hormonal. »

« Je ne prends plus de traitement et n'ai plus de bouffées de chaleur. » *[A pris un THM pendant 5 ans, arrêté suite à la polémique.]*

« J'ai supporté les désagréments de la ménopause car je n'aime pas les médicaments en général à cause de leurs effets secondaires, ayant eu des traitements anti-inflammatoires pendant quelques années. De plus je suis sujette aux phlébites après interventions chirurgicales traumatiques du genou. » *[Bouffées de chaleur très fréquentes et sévères.]*

« THM pris avant la ménopause puis arrêt pendant quelques années car je n'avais plus aucun symptôme. Reprise du traitement il y a un an car troubles de l'humeur et sécheresse vaginale. Je me sens beaucoup mieux depuis. »

« Tout a commencé alors que j'avais 47 ans. Je ne savais pas ce qu'il m'arrivait. Il fallait changer les draps toutes les nuits. Quand j'en ai parlé au médecin il a ri en me disant que c'était la ménopause et que je ne lisais pas suffisamment de magazines féminins.

J'ai été très déstabilisée. J'ai vu une gynécologue qui m'a apaisée. Depuis, je me suis rendu compte que beaucoup de femmes étaient dans le même cas que moi, mal prises en compte.

Sur le plan médicaments j'ai essayé d'arrêter le traitement souvent mais c'est impossible, les symptômes reviennent. » *[Sous THM depuis 5 ans.]*

« J'ai toujours considéré que les bouffées de chaleur sont un symptôme accompagnant les transformations hormonales liées à la ménopause; Je les ai donc vécues entre 54 et 60 ans comme une manifestation non dangereuse, relativement peu gênante en ce qui me concerne et par conséquent ne nécessitant absolument pas un traitement chimique dont les effets secondaires pouvaient à moyen ou long terme être bien pires que les "bouffées" elles-mêmes. J'ai consulté à ce propos des études réalisées dans les années 1990-2004... » *[N'a pas essayé d'autres traitements, malgré des bouffées de chaleur fréquentes.]*

« Ayant eu mon deuxième cancer à l'âge de 50 ans, j'ai dû subir une mastectomie du sein gauche et prendre de ce fait pendant cinq ans du Nolvadex ce qui m'a automatiquement mise en ménopause... mais qui m'a peut-être aussi évité d'avoir des bouffées de chaleur trop fréquentes et qui se manifestaient plutôt la nuit. »

« J'ai arrêté le traitement car on commençait à parler de certaines de ses conséquences. Et j'ai une amie qui est décédée d'un cancer du sein. Elle avait pris le traitement pendant plusieurs années.

Suite à l'arrêt du traitement hormonal, mes douleurs articulaires et rhumatismales ont nettement progressé. » *[THM pris pendant 5 ans.]*

« J'ai fini par prendre un traitement hormonal alors que je ne le souhaitais pas. Biopause m'a apporté un peu de confort au début, puis les bouffées de chaleur sont

revenues et devenues insupportables surtout la nuit avec des suées nocturnes (affreux !!)

Depuis je me sens beaucoup mieux dans la journée mais j'ai toujours un mauvais sommeil et suis réveillée car j'ai chaud sans vraiment avoir des bouffées de chaleur, est-ce que mon traitement est bien dosé ?

C'est un peu compliqué tout ça, il faudrait sans arrêt poser des questions à son gynéco, ce qui veut dire le voir tous les mois, alors je continue mon traitement en n'étant pas satisfaite à 100%. Je pense que je vais finir par consulter un endocrinologue et espère aussi un jour arrêter d'avalier ces hormones. » *[Sous THM depuis 7 mois.]*

« Je n'ai pas eu besoin de traitement car très peu de bouffées de chaleur, ayant un problème de thyroïde, plutôt frileuse. Ménopause tardive vers 57 ans, règles hémorragiques donc toujours en anémie. Aussi la ménopause était la bienvenue. »

« Je pense que j'aurais dû consulter un homéopathe ou faire de l'acupuncture. »

« Après quelques années, je ne souffre plus de bouffées de chaleur. La prise de Phytosoya a été réellement bénéfique.

Depuis 5 ou 6 ans je n'ai pas de traitement. Je n'ai plus de bouffées de chaleur. » *[A pris un THM pendant 3 ans.]*

« Une bonne préparation psychologique aide à accepter les inconvénients de la ménopause. » *[A pris un THM pendant 6 mois.]*

« La période des bouffées de chaleur a été relativement courte, donc m'a permis de ne pas avoir à rechercher d'autres remèdes. » *[Contre-indication médicale au THM.]*

« J'avais remarqué que les bouffées étaient plus importantes à 2 moments de l'année, au printemps et à l'automne et une dame âgée m'avait dit que c'était normal, que c'était lié à la nature, le printemps (montée de la sève, d'énergie) et l'automne lié à la chute des feuilles. » *[Bouffées de chaleur très fréquentes. A essayé plusieurs traitements hors THM, qu'elle a trouvés efficaces.]*

« J'ai 61 ans, j'ai eu mes premières bouffées de chaleur à 52 ans et ai été ménopausée à 56 ans. » *[Prend un THM depuis 6 ans.]*

« Pendant l'été 2009, j'ai commencé à avoir plus de bouffées de chaleur. Le généraliste m'a dit d'augmenter un peu la dose d'Oestrodose ! 4 mois plus tard, grâce à une bonne ordonnance d'examens de sang prescrite par mon gynécologue et oubliée depuis juin 2009 j'ai commencé à être soignée pour du diabète de type 2. Ce qui était la cause de l'augmentation de sensations désagréables de chaleur et de très mauvais sommeil. » *[Sous THM depuis 3 ans.]*

« Reprise des BDC dès arrêt de l'Abufène. »

« Moins de bouffées mais pas succès total. » *[Sous THM depuis 18 mois.]*

« [Yaménop] Il s'agit de complément alimentaire bio que j'ai commencé à prendre à l'âge de 45 ans, lors de mes premières bouffées de chaleur insupportables (voire toutes les heures avec des sueurs +++). Soulagement progressif en 3 à 4 semaines et il faut continuer la prise. Car j'ai essayé d'arrêter au bout de 5 ans et cela recommençait. Une dose nettement moins importante est nécessaire maintenant. » *[N'a pas pris de THM par crainte des effets secondaires.]*

Partie IV

DISCUSSION

1- Intérêt du travail

L'idée de m'intéresser aux bouffées de chaleur de la ménopause et leur traitement m'est venue progressivement, depuis que j'exerce en tant que médecin généraliste remplaçant. La récurrence de ces symptômes après l'arrêt du THM est un problème qui m'a souvent été posé. La plupart des femmes qui se sont confiées à moi ne trouvaient pas de solution pour soulager ces bouffées et certaines finissaient par reprendre le traitement hormonal malgré les recommandations. Bien que celui-ci soit un peu contraignant, accompagné souvent de saignements qui ne sont plus désirés, il restait pour ces femmes le seul remède vraiment efficace pour ces symptômes gênants et parfois insomniants.

Certaines femmes de mon entourage proche ont essayé sans succès plusieurs méthodes parmi les phytoestrogènes, l'Abufène®, l'oligothérapie, l'acupuncture. Elles se sont finalement résignées à vivre avec ces bouffées vasomotrices qui altèrent incontestablement leur qualité de vie.

D'autres femmes de ma connaissance ont adopté certains remèdes comme l'acupuncture ou l'oligothérapie, qu'elles trouvent très efficaces.

Suite à ces plaintes et témoignages, j'ai pensé qu'il serait intéressant de faire un état des lieux des attitudes qu'adoptent les femmes pour soulager leurs bouffées de chaleur et des traitements qu'elles trouvent efficaces en dehors du THM.

Quelques objectifs secondaires se sont intégrés à cette étude :

- l'attitude des femmes vis-à-vis du THM
- la mise en évidence ou non de facteurs prédisposant aux bouffées de chaleur
- la prévalence des symptômes associés à la ménopause

2- Limites de l'étude

21- Limites du questionnaire

Après analyse des réponses, nous avons réalisé que le questionnaire manquait de précision pour certaines données.

211- L'âge de la ménopause

Nous avons décidé d'adresser notre questionnaire aux femmes ménopausées de plus de 45 ans, c'est-à-dire d'exclure les cas de ménopause précoce. Notre but était d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la majorité des femmes ménopausées.

Or la question de l'âge auquel le diagnostic de ménopause a été posé n'apparaît pas dans le questionnaire et nous apprenons par les informations données librement à la fin du document, que certaines ont été ménopausées avant 45 ans.

Les facteurs influençant l'âge de la ménopause ont fait l'objet de nombreux essais ; en revanche, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'informations concernant la relation entre l'âge de la ménopause et l'importance du syndrome climatérique.

212- Durée de présence des bouffées de chaleur

Après analyse des résultats nous aurions aimé savoir pendant combien de temps les femmes avaient présenté des bouffées de chaleur, ou depuis combien de temps elles en avaient. Existe-t-il des facteurs prédictifs de cette durée (IMC ? prise de THM) ? Les attitudes thérapeutiques varient-elles en fonction de cette durée (résignation ? traitement à tout prix ?)

213- Le recours aux médecines non conventionnelles à visée thérapeutique (MNC) pour la prise en charge de pathologies non climatériques.

Concernant les femmes qui ont eu recours à des MNC pour leurs bouffées de chaleur, il aurait été intéressant de connaître leurs habitudes vis à vis de ces soins pour leur santé en général.

Une étude réalisée en 2002 aux Etats-Unis sur l'utilisation des thérapies alternatives pour le traitement des symptômes de la ménopause, a pris soin de faire préciser aux patientes si elles avaient, d'une façon générale, recours aux traitements alternatifs⁽⁶⁶⁾. Les auteurs ont observé que presque toutes les femmes qui faisaient habituellement confiance à une thérapie non conventionnelle y avaient trouvé un bénéfice lorsqu'elles y avaient eu recours pour leurs symptômes climatériques.

22- Limites de l'échantillon

221- Répartition des âges

Selon l'INSEE, au premier janvier 2011, la population française âgée de 45 à 74 ans se répartit suivant ce tableau, en comparaison avec la répartition au sein de l'échantillon étudié⁽¹⁾ :

Age	Pourcentage de la population féminine de 45 à 74 ans	Répartition au sein de l'échantillon étudié
45-54 ans	39,2 %	20 %
55-64 ans	40 %	66 %
65-74 ans	23,8 %	14 %

L'échantillon est en apparence peu représentatif de la population française de sexe féminin dans ces classes d'âge, avec une surreprésentation des 55-64 ans.

Plusieurs éléments en sont responsables :

- un biais de recrutement avec un recours à Internet qui a probablement favorisé les générations de moins de 70 ans
- le mode de recrutement par le « bouche-à-oreille », entraînant la participation de groupe d'amies d'une même classe d'âge
- l'âge moyen de la ménopause estimé autour de 50 ans, excluant une majeure partie des femmes âgées de 45 à 49 ans.

222- Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude

Selon l'INSEE en 2007⁽¹⁾:

Diplôme	Pourcentage parmi la population féminine française de 45 à 64 ans	Pourcentage au sein de l'échantillon
CEP, BEPC	45%	14%
CAP, BEP	23%	20%
BAC pro/techno, BAC général	13,6%	21%
BAC +2	9,7%	15%
> BAC +2	8,7%	30%

Tous les niveaux de formation sont présents dans l'échantillon étudié. Cependant, presque la moitié des femmes ont fait des études supérieures, ce qui n'est pas représentatif de la population française.

223- Puissance de l'étude

Nous avons pu recueillir 108 questionnaires exploitables pour un nombre de sujets nécessaires estimé à 100. C'est approximativement la taille des échantillons utilisés dans ce type d'étude.

La condition a donc été remplie.

Cependant, le recensement et l'évaluation de l'efficacité des méthodes thérapeutiques hors THM étaient un de nos principaux objectifs, et seulement 37 femmes sur les 108 ont eu recours à ces remèdes. Les observations et analyses concernant ces traitements ont donc une faible puissance, car réalisées sur un échantillon bien plus petit (N=37).

3- La ménopause et le syndrome climatérique

31- Incidence des symptômes

Incidence des symptômes de la ménopause selon l'AFEM⁽²⁾

Symptômes	Pourcentage de femmes ménopausées en France présentant le symptôme
Bouffées de chaleur	67%
Etat dépressif	38,5%
Sueurs nocturnes	31%
Insomnies	26%
Sécheresse vaginale	20%
Asthénie	19,5%

Incidence des symptômes parmi les femmes de notre échantillon, qui **présentent toutes des bouffées de chaleur.**

Symptômes	Pourcentage des femmes de l'échantillon présentant les symptômes		
	Fréquemment à très fréquemment	Rarement ou occasionnellement	Jamais
Etat dépressif	16,5%	36%	47,5%
Sueurs	42,5%	33%	24,5%
Insomnies	49%	42,5%	8,5%
Sécheresse vaginale	35%	40,5%	24,5%
Asthénie	24%	55,5%	20,5%

Dans notre étude, le principal critère d'inclusion était le vécu (actuel ou passé) de bouffées de chaleur en rapport avec la ménopause. Donc l'incidence est de 100% pour les bouffées vasomotrices.

On observe que dans notre échantillon, les femmes souffrent des symptômes climatériques de façon plus importante que dans la population générale et particulièrement de troubles du sommeil.

32- Les troubles du sommeil

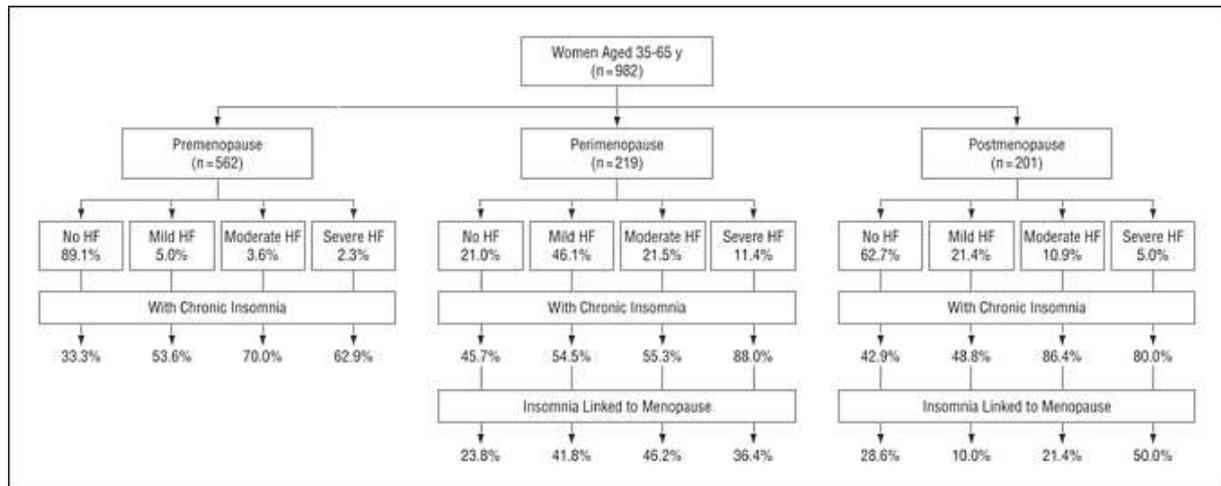
Dans une thèse de médecine (Courdille, 2005) sur le vécu de la ménopause⁽⁶⁷⁾, l'auteur rapporte d'après son enquête menée sur 95 patientes, que les troubles du sommeil étaient plus fréquents chez les femmes qui ne se plaignaient pas de bouffées de chaleur. La différence n'était cependant pas significative.

Dans notre étude, qui ne s'est intéressée qu'à des femmes présentant des bouffées vasomotrices, les chiffres indiquent que l'intensité des troubles de sommeil est associée à l'importance des bouffées de chaleur. (Partie III paragraphe 31)

En juin 2006 ont été publiés dans le journal « Archives of Internal Medicine » les résultats d'une étude portant sur l'association entre la sévérité des bouffées de chaleur et les insomnies chroniques.⁽⁶⁸⁾

Neuf-cent-quatre-vingt-deux femmes âgées de 35 à 65 ans ont été incluses et réparties selon leur statut par rapport à la ménopause :

- en préménopause : avaient des cycles réguliers pendant la dernière année
- en péri-ménopause : avaient des cycles irréguliers au cours de la dernière année (avec au moins un épisode de saignement au cours des 12 derniers mois)
- en post-ménopause : n'avaient pas eu de menstruation au cours des 12 derniers mois



Association entre la sévérité des bouffées de chaleur et les insomnies chroniques (Ohayon, 2006)⁽⁶⁸⁾

Cet arbre montre que la proportion de femmes se plaignant de troubles du sommeil est plus importante lorsqu'elles caractérisent leurs bouffées de chaleur comme modérées ou sévères. De même, les femmes souffrant de bouffées vasomotrices sévères associent plus volontiers les insomnies à la ménopause que celles qui n'ont pas ces bouffées.

Par ailleurs les résultats de cette étude montrent que l'incidence des insomnies chroniques augmente chez les femmes en péri-ménopause ou en post-ménopause, comparé aux femmes encore réglées. Ils mettent en évidence également que la présence de bouffées de chaleur intenses augmente la probabilité d'avoir des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou encore un sommeil non réparateur.

Cependant, l'auteur admet qu'il semblerait trop simple d'attribuer les troubles du sommeil à la sévérité des bouffées de chaleur. D'autres facteurs pouvant altérer le sommeil tels que les douleurs chroniques, l'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos qui augmentent avec l'âge, peuvent se déclarer lors de la péri-ménopause.

On retrouve cette hypothèse dans d'autres articles, qui évoquent le stress et les troubles de l'humeur, plus fréquents à cet âge, entraînant des perturbations du sommeil (soit directement, soit via les effets secondaires des traitements).^(69,70)

Par ailleurs, est paru dans le journal américain « Endocrine Practice » en 2011, un article concernant les troubles du sommeil primaires chez la femme ménopausée.⁽⁷¹⁾

D'après l'auteur, les troubles du sommeil ne seraient pas attribuables aux symptômes climatériques tels que les bouffées de chaleur, mais seraient liés aux modifications hormonales survenant à cette période, avec un effet de la carence estrogénique sur la modulation neuronale. L'étude polysomnographique retrouve certaines variations qui seraient caractéristiques du sommeil à la ménopause (pourcentage élevé d'ondes lentes, diminution du sommeil paradoxal, réveils fréquents...)

Les troubles du sommeil décrits chez la femme ménopausée ne seraient donc pas secondaires aux symptômes climatériques et s'avèreraient plurifactoriels.

Il n'en reste pas moins que dans l'étude publiée dans « Archives of Internal Medicine » (*Ohayon, 2006*), l'intensité des bouffées de chaleur et les troubles du sommeil sont fortement liés.⁽⁶⁸⁾

Nous retrouvons cette relation avec les résultats de notre enquête.

La prise en charge des troubles du sommeil chez la femme ménopausée est donc compliquée et doit prendre en compte plusieurs facteurs qui peuvent en être la cause. Un traitement efficace des bouffées de chaleur pourrait en l'occurrence participer à l'amélioration de la qualité du sommeil.

33- Les facteurs prédictifs de l'intensité des symptômes climatériques

331- L'Index de Masse Corporelle (IMC)

Dans notre étude, l'intensité des bouffées de chaleur et la sévérité du syndrome climatérique tendent à augmenter avec l'IMC. Cette observation n'est cependant pas statistiquement significative.

Théoriquement, les femmes en surpoids devraient présenter moins de symptômes liés à la carence en œstrogènes, du fait de l'aromatation des androgènes surrénaliens par le tissu adipeux.^(2,72)

Paradoxalement, une étude américaine (*Huang et al, 2008*) a mis en évidence l'existence d'une corrélation entre un IMC élevé et la persistance des bouffées de chaleur plusieurs années après l'âge de diagnostic de la ménopause.⁽⁷²⁾

En 2003 avait également été observé un risque plus important d'avoir des bouffées de chaleur modérées ou sévères lors que l'IMC était supérieur à 30kg/m² (par rapport à un IMC < 24,9kg/m²).⁽⁷³⁾

Une revue de la littérature réalisée en 2005 a tenté de répondre à la question de l'influence du mode de vie et de l'IMC sur les symptômes vasomoteurs.⁽⁷⁴⁾ Elle conclut qu'un IMC élevé serait un facteur de risque des symptômes vasomoteurs.

Intégrant les principes essentiels d'hygiène pour garder une bonne santé, obtenir ou maintenir un IMC inférieur à 24,9kg/m² diminuerait les risques de souffrir de bouffées de chaleur à la ménopause.

332- Autres facteurs

Dans notre étude, nous n'avons pu mettre en évidence de relation entre l'importance des bouffées de chaleur et le niveau d'étude, le nombre d'enfants, ou l'activité sportive. Nous n'avons pu étudier la relation avec le tabagisme car les effectifs étaient disproportionnés : 99 patientes non fumeuses, 5 patientes fumeuses, 4 patientes sevrées depuis moins de 3 ans.

- ◆ La revue de la littérature⁽⁷⁴⁾, déjà citée pour l'IMC, mentionne :
 - que, d'après la plupart des études, un **tabagisme** actif s'associe à des symptômes vasomoteurs plus importants (de même que le tabagisme passif d'après l'une d'elle)
 - qu'aucune des études recensées ne met en évidence un lien entre la consommation d'**alcool** et les symptômes climatiques
 - qu'il n'y aurait pas de relation entre l'**activité physique** et les symptômes vasomoteurs (mais les essais à ce sujet manquent de puissance).

◆ **Tabagisme** : Une étude réalisée en 2003 (citée plus haut) a retrouvé un risque plus important de présenter des bouffées de chaleur intenses et fréquentes, chez les femmes fumeuses que chez les non fumeuses.⁽⁷³⁾

Une autre étude (*Galicchio et al, 2005*) a confirmé ces observations en précisant que le mécanisme reliant la consommation de cigarettes et la majoration des symptômes vasomoteurs n'impliquait pas le taux d'œstrogènes (l'œstradiolémie n'étant pas significativement différente entre les deux groupes fumeurs et non fumeurs).⁽⁷⁵⁾

◆ **Niveau d'étude** : Certaines études retrouvent un moindre risque d'avoir des bouffées de chaleur avec un niveau d'étude supérieur.^(73,76) Cette observation s'expliquerait par le fait que les femmes qui ont fait de longues études auraient plus facilement les moyens d'adopter une hygiène de vie qui préviendrait les bouffées de chaleur.

◆ **Activité physique** : L'exercice physique n'améliorerait pas les bouffées de chaleur, voire augmenterait leur fréquence^(77,78). Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation de la température de l'organisme qu'entraîne l'activité physique. Ce phénomène déclencherait rapidement les bouffées vasomotrices chez ces femmes dont la zone d'homéothermie est plus étroite.

4- Le THM

41- Proportion de femmes sous THM

Il est difficile de connaître le taux d'utilisatrices en France à ce jour.

D'après un rapport épidémiologique sur le THM publié en Septembre 2005⁽⁷⁹⁾, le taux d'utilisation du THM dans les années 2000-2002 était estimé entre 33 et 39% pour les femmes âgées entre 50 et 60 ans (entre 20,5 et 26,7% pour les femmes âgées entre 40 et 65 ans).

Un rapport d'orientation de mai 2004 rédigé par l'AFSSAPS et l'ANAES rapportait que 25% des patientes ménopausées étaient sous THM (et 33% des femmes l'avaient été antérieurement).

Dans notre étude, 26 femmes (soit 24% de notre échantillon) prenaient un THM, 27 (soit 25%) en avaient pris un antérieurement et une patiente envisageait d'en prendre un.

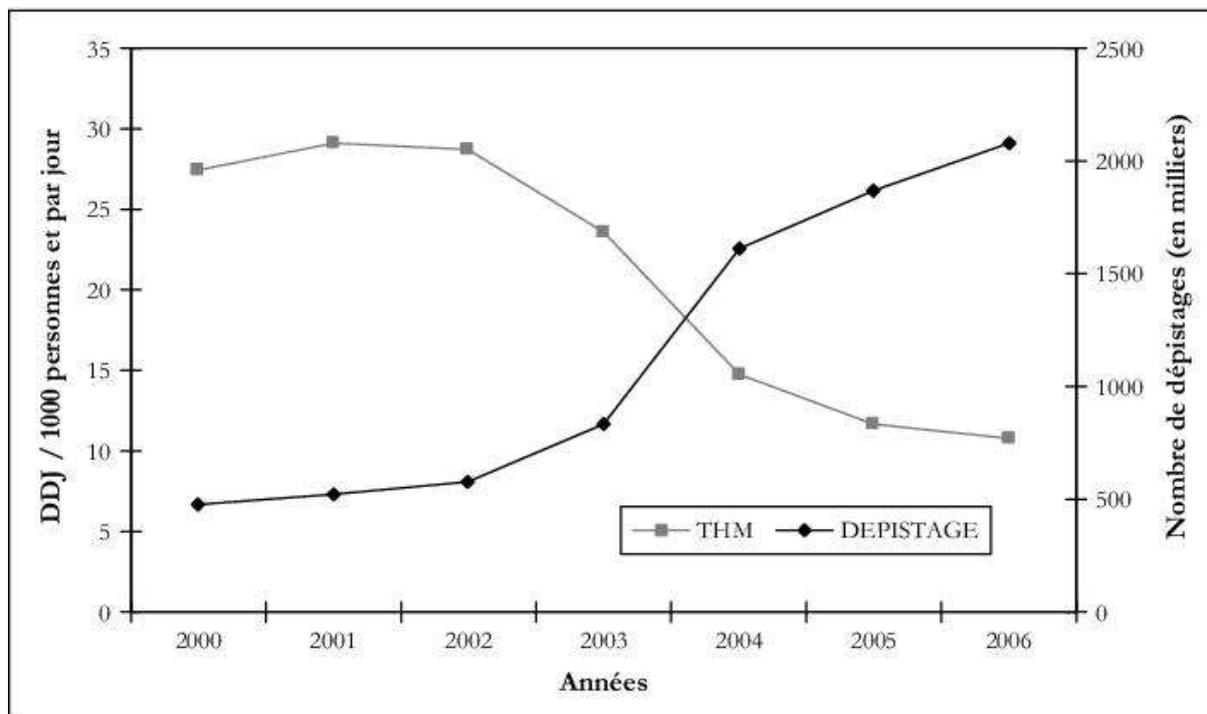
Ces chiffres sont comparables à ceux concernant la population française (cités plus haut).

Dans la thèse réalisée en 2005 sur le vécu de la ménopause⁽⁶⁷⁾, 35,8% des 95 participantes prenaient un THM au moment de l'enquête et 30,5% en avait pris un antérieurement.

Ces chiffres sont un peu plus élevés que dans notre étude. Ce phénomène est possiblement en rapport avec la diminution des prescriptions du traitement hormonal qui a fait suite aux résultats d'études parus entre 2002 et 2005.

En mai 2004, JAMA publie un article⁽⁸⁰⁾ concernant la promotion et la prescription des traitements hormonaux après les rapports de l'existence d'un risque par la Women's Health Initiative. Les prescriptions auraient chuté de 32% au cours de l'année 2003.

En janvier 2008, les auteurs d'un article paru dans la revue « Bulletin du Cancer »⁽⁸¹⁾ (concernant la diminution d'incidence des cancers du sein entre 2004 et 2006 en France), indiquent une baisse des prescriptions de THM de 62% en France entre 2000 et 2006. (cf. graphique)



Bulletin du Cancer. Volume 95, Numéro 1, 11-5, janvier 2008, synthèse ⁽⁸¹⁾
 DDJ : doses définies journalières

42- La durée d'utilisation du THM

L'AFSSAPS recommande une durée d'utilisation la plus courte possible (avec une limite suggérée à 5 ans).⁽¹⁰⁾

Dans notre étude, parmi les 27 femmes qui ne prenaient plus de traitement hormonal :

- 13 l'avaient pris pendant moins de 6 ans
- 10 l'avaient pris pendant 6 à 10 ans
- 4 l'avaient pris pendant 11 à 15 ans.

Parmi les 26 participantes qui étaient toujours sous THM, 11 le prenaient depuis plus de 5 ans, dont 5 depuis plus de 10 ans.

Une des participantes, qui prenait un THM depuis 6 ans, a précisé à la fin du questionnaire : « j'ai essayé d'arrêter le traitement souvent mais c'est impossible, les symptômes reviennent. »

Ces données traduisent la difficulté à respecter la durée maximale conseillée de 5 ans.

Soixante-quinze pour cent des femmes réussiraient à arrêter les hormones sans grandes difficultés.⁽⁸²⁾

Certaines études rapportent que la réminiscence de symptômes tels que les bouffées de chaleur, à l'arrêt du traitement hormonal, ainsi que l'inefficacité des traitements non hormonaux poussent les femmes à reprendre leur THM.⁽⁸³⁾ De plus, les praticiens sont pauvres en conseils, devant le peu de données à ce sujet. Certains proposent de diminuer progressivement les doses jusqu'à l'arrêt complet.

Une étude (*Haskell et al, 2009*) a comparé les effets d'un arrêt progressif du THM par rapport à un arrêt brutal⁽⁸³⁾ : il y aurait moins de récurrences des symptômes vasomoteurs en diminuant progressivement les doses, mais dans cet essai, nombreuses ont été celles qui ont repris des hormones quelques temps plus tard.

Chez ces patientes, pour qui l'arrêt du THM même progressif est intolérable, le soulagement apporté par le traitement est certainement bien plus important que les risques encourus.⁽⁸²⁾

43- Les raisons expliquant l'arrêt du traitement hormonal

Parmi les femmes qui ont arrêté leur traitement, les raisons invoquées sont principalement liées aux recommandations, sur l'avis de leur médecin. Cela concerne surtout des patientes traitées depuis plus de 5 ans.

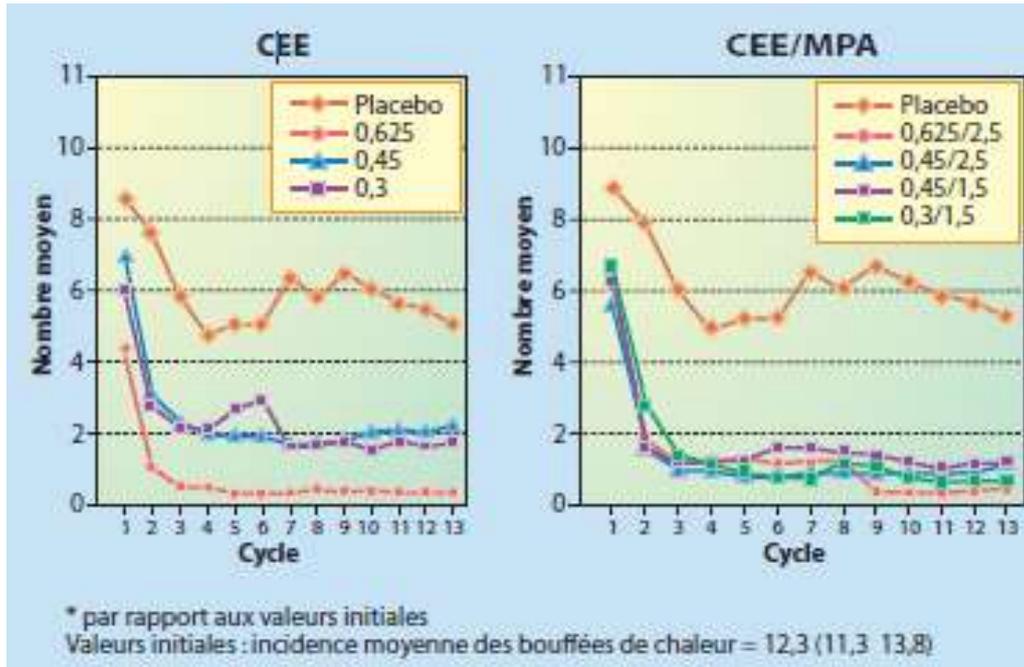
La polémique a également eu un impact puisque 5 d'entre elles déclarent avoir arrêté leur traitement suite à la diffusion de ces informations. Elles avaient suivi le traitement pendant moins de 5 ans.

Cinq patientes l'ont arrêté parce qu'elles ne présentaient plus de symptômes. Il s'agit de la situation idéale au regard des recommandations de l'AFSSAPS : le THM est prescrit pour des symptômes climatériques gênants, avec réévaluation régulière pour s'assurer que l'indication est toujours présente.

Deux patientes ont décrit une lassitude vis-à-vis de la prise de médicaments, après 10 et 11 ans de traitement.

44- L'efficacité du THM sur les bouffées de chaleur

Selon plusieurs études randomisées et contrôlées, le THM réduirait de 75% à 80% la fréquence des bouffées de chaleur.^(84,85) Une faible dose d'œstrogènes permettrait une diminution de 65% de la fréquence des symptômes, avec moins d'effets secondaires.



Influence de divers dosages d'un traitement par oestrogènes seuls ou d'un traitement œstroprogestatif combiné sur le nombre de bouffées de chaleur chez les femmes post-ménopausées symptomatiques. Il a été démontré qu'une dose faible suffit le plus souvent (d'après Utian et al., Fertility and Sterility 2001;75:1065-79).

CEE : œstrogènes conjugués équins MPA : Médroxyprogestérone acétate

Nous n'avons pas directement interrogé les femmes de notre étude à propos de l'efficacité du THM sur leurs bouffées de chaleur.

Deux participantes ont voulu préciser à la fin du questionnaire que le traitement hormonal n'était pas parfaitement efficace sur ce symptôme.

45- Caractéristiques de la population prenant un THM

Les résultats de notre étude ne mettent pas en évidence de facteurs prédictifs de recours au THM.

Parmi les femmes de notre échantillon, ni le niveau d'étude, ni la fréquence de l'activité sportive ne semblent influencer sur la décision de traitement. (Partie III paragraphes 46 et 47)

Selon nos résultats, le seul facteur qui semblerait jouer sur la prévalence de la prise d'un THM est l'intensité des symptômes climatiques, mais le test statistique ne l'a pas confirmé.

Un essai publié en 2001 (*Finley et al*) avait retrouvé que les femmes qui souffraient de symptômes climatiques modérés ou sévères étaient trois fois plus nombreuses à prendre un THM que les autres.⁽⁸⁶⁾

Dans l'étude réalisée dans le cadre d'une thèse en 2005 sur le vécu de la ménopause⁽⁶⁷⁾, l'auteur rapporte que la prise de THM est plus fréquente chez les femmes à haut niveau de formation.

Une étude menée au Portugal en 2007 (*Lucas*) affirme une prévalence de THM plus élevée chez les femmes qui ont un haut niveau d'éducation, qui pratiquent un sport régulièrement, et qui n'ont jamais fumé.⁽⁸⁷⁾

L'essai paru en 2001 (*Finley et al*) considérait que le plus puissant facteur prédictif d'un traitement hormonal était la recommandation et la prescription par un médecin.⁽⁸⁶⁾

46- Initiateur du traitement

Dans les femmes de notre échantillon qui prennent ou ont pris un THM, 72% d'entre elles déclarent que c'était sur l'avis de leur gynécologue, et 20% sur l'avis de leur médecin généraliste. Six pour cent auraient soumis l'idée à leur médecin.

Dans la thèse sur le vécu de la ménopause⁽⁶⁷⁾ réalisée en 2005, on retrouve des chiffres comparables (76,5% pour le gynécologue, 14,7% pour le médecin généraliste et 8,8% de leur propre initiative).

Bien que le médecin généraliste effectue de plus en plus de prises en charge et de gestes gynécologiques, le gynécologue conserve son rôle. Le traitement de la ménopause par THM n'est pas anodin et requiert un bilan préthérapeutique ainsi qu'une surveillance régulière. Cela peut expliquer que les femmes s'adressent préférentiellement au spécialiste.

47- Raisons justifiant la non prise de THM

La crainte des effets secondaires et la peur de prendre des hormones concernent 65% des femmes qui ne prennent pas de THM au sein de notre échantillon.

Parmi elles (et en excluant les femmes qui présentaient une contre-indication au traitement), la moitié avaient un score de Kupperman supérieur à 18 et un tiers disaient avoir des bouffées de chaleur modérées ou sévères ; 14% seulement auraient trouvé un remède non hormonal efficace.

La médiatisation des études WHI et MWS a eu un impact non négligeable. Cependant, si les résultats inquiétants ont été largement diffusés et bien compris par la population, il n'en est probablement pas de même pour les biais de ces études et la non comparabilité de la population étudiée avec la population française.

L'accès à Internet, devenu presque incontournable, ne rend pas la prise de décision aisée, d'autant que les sites et forums s'intéressant au THM appliquent le plus souvent le principe de précaution.

Il est important de discuter du projet de vie de la patiente et de la représentation qu'elle se fait de la ménopause. Lorsque la proposition d'un THM est justifiée et que la patiente ne présente pas de contre-indication, il est du devoir du médecin, non pas de la convaincre, mais de lui donner des informations objectives.⁽¹⁷⁾

Il doit :

- l'informer sur les résultats des principales études (WHI, MWS, E3N), leurs principales critiques méthodologiques et les recommandations françaises (AFSSPAS et HAS) qui en ont découlé.
- pondérer ces résultats et ces recommandations en fonction des molécules, des voies d'administration, des doses et des schémas thérapeutiques
- établir la balance bénéfice-risque pour la patiente
- l'informer sur les alternatives thérapeutiques.

La patiente dispose alors de toutes les données nécessaires pour prendre part objectivement à la décision de mettre en place ou non un traitement hormonal.

5- Les alternatives au THM dans la prise en charge des bouffées de chaleur

51- Produits consommés

Les produits cités par les femmes interrogées sont, pour presque la moitié d'entre eux, dérivés du soja : lait de soja, yaourts au lait de soja, compléments alimentaires.

Un tiers des patientes ont trouvé ces produits parfaitement inefficaces sur les bouffées de chaleur. Un tiers d'entre elles ont ressenti un soulagement important ou modéré. Celles du dernier tiers ont jugé ces produits peu efficaces.

Les données scientifiques sur l'efficacité des phytoestrogènes dérivés du soja sont variables en fonction des études, mais les méta-analyses concluent à une absence de supériorité des phytoestrogènes par rapport au placebo.^(38,48)

Concernant les effets secondaires, le risque de développer un cancer du sein (ou une récurrence de ce cancer) ne serait pas augmenté avec la consommation d'isoflavones, et serait même amoindri.⁽⁸⁸⁾ L'épaisseur de l'endomètre ne serait pas modifiée par la prise d'isoflavones.⁽³⁸⁾

Une méta-analyse publiée en 2010 incluant 21 études⁽⁸⁹⁾, arrive aux mêmes conclusions concernant le risque de cancer du sein avec la prise de lignanes. L'exposition à un fort taux de lignanes s'associerait à une diminution du risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées.

Douze patientes ont cité des produits de phytothérapie (Feminabiane®, Sérélys®...) Cinq d'entre elles étaient très satisfaites de ces compléments alimentaires.

L'homéopathie a été citée à 12 reprises avec des appréciations comparables à la phytothérapie. Les noms des remèdes homéopathiques n'ont pas été cités.

Dans l'étude⁽⁶⁶⁾ réalisée aux Etats-Unis en 2002 sur 886 femmes âgées entre 45 et 65 ans, 710 se plaignaient de bouffées de chaleur. Parmi elles :

- 26,1% avaient recours aux produits dérivés du soja (22,2% dans notre étude). 70% estimaient que ces remèdes leur apportaient un mieux, 20% les trouvaient vraiment efficaces.

- 43,7% avaient recours à l'homéopathie ou à la phytothérapie (22,2% dans notre étude). 65% se sentaient modérément soulagées avec ces remèdes, 30% en étaient très satisfaites.

Les taux de satisfaction sont un peu moindres dans notre enquête. L'échantillon de notre étude est bien plus petit et les femmes sont toutes ménopausées, contrairement aux patientes incluses dans l'étude américaine.

Dans une étude réalisée en Italie en 2005⁽⁹⁰⁾, les taux de satisfaction pour les différents produits sont indiqués dans le tableau ci-dessous (en comparaison avec les résultats de notre enquête).

Produit évalué	Appréciation des femmes dans l'étude italienne		Appréciation des femmes dans notre étude
Produits dérivés du soja	Aucun effet	35%	33%
	Effet modéré	46%	50%
	Effet important	19%	17%
Phytothérapie	Aucun effet	33%	30%
	Effet modéré	34%	30%
	Effet important	33%	40%
Homéopathie	Aucun effet	27%	25%
	Effet modéré	55%	42%
	Effet important	28%	33%

Les femmes de la population étudiée en Italie étaient également âgées entre 45 à 65 ans. Les chiffres reportés dans ce tableau sont comparables et traduisent le manque de certitude en ce qui concerne l'efficacité de ces produits populaires dans le traitement des bouffées de chaleur.

Il est important de noter que l'effet placebo est non négligeable.

Selon les études randomisées dont l'objectif est de démontrer l'efficacité de tel ou tel produit sur les bouffées de chaleur, la réduction des symptômes en intensité et en fréquence varie de 25% à plus de 50% sous placebo.^(84,91)

Une étude sur l'efficacité de la venlafaxine sur les bouffées de chaleur (*Carpenter et al, 2007*) s'est intéressée aux effets propres du placebo, avec évaluation subjective (fréquence et intensité des symptômes rapportées par les femmes) et objective (« monitoring » détectant les bouffées de chaleur validé par plusieurs études).⁽⁹²⁾

Les résultats de cette étude mettent en évidence une différence entre les données rapportées par les femmes et celles indiquées par le « monitoring ». D'après les patientes, le placebo entraînait une diminution notable des bouffées de chaleur. En revanche, les résultats du « monitoring » ne mettaient pas en évidence de différence entre le groupe avec placebo et le groupe sans placebo.

Un essai publié en 2009 a étudié les facteurs prédictifs de la réponse à un placebo dans un essai randomisé. Il a été mis en évidence que les femmes répondaient mieux au traitement par placebo lorsqu'elles présentaient des symptômes climatériques sévères.⁽⁹³⁾

Quoi qu'il en soit, on peut retenir qu'un certain nombre de femmes gênées par les bouffées de chaleur ont recours à des molécules ou produits alternatifs aux THM et y trouvent, dans environ 75% des cas, une certaine efficacité, même modérée.

L'essentiel est de s'assurer que ces produits ne sont pas dangereux pour la santé à long terme, ce qui nécessiterait de mener des essais sur des périodes plus longues.

Par ailleurs, notons qu'aucune des molécules évaluées dans le traitement des bouffées de chaleur, tels que les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou la clonidine n'a été citée. S'agit-il d'un oubli de la part des patientes ? Ces molécules sont-elles si rarement prescrites par les médecins pour cette indication ?

Il serait intéressant de mener une enquête auprès des médecins généralistes et/ou des gynécologues afin de connaître leurs habitudes de prescription dans la prise en charge des bouffées de chaleur, en dehors du THM. Les molécules telles que la venlafaxine (qui n'ont pas l'AMM mais qui ont fait preuve d'une efficacité supérieure au placebo dans le soulagement des bouffées vasomotrices de la ménopause) sont-elles reconnues par les professionnels de santé ?

52- Médecines non conventionnelles à visée thérapeutique

Onze patientes ont eu recours à des soins non conventionnels pour soulager leurs bouffées de chaleur, et toutes y ont trouvé un soulagement même modeste.

Dans l'étude américaine de 2002⁽⁶⁶⁾, la quasi-totalité des patientes qui avaient recours aux soins tels que l'acupuncture, le yoga, la sophrologie ou les médecines manuelles éprouaient un certain soulagement de leurs symptômes climatiques avec ces méthodes. L'efficacité était caractérisée comme importante pour 40% de celles soignées par acupuncture, 75% des femmes traitées par massages ou thérapies manuelles, et 55% de celles pratiquant le yoga ou la sophrologie.

En Italie⁽⁹⁰⁾, l'acupuncture était très efficace pour 42% des patientes qui y avaient recours. (Les autres méthodes n'étaient pas mentionnées dans l'étude).

Dans l'étude réalisée aux Etats-Unis⁽⁶⁶⁾, les auteurs ont demandé aux femmes de préciser dans quelle mesure elles faisaient appel à ces médecines alternatives pour leur santé en général.

Il a été observé que les patientes qui avaient la plus grande satisfaction avec ces soins y avaient régulièrement recours pour tout autre symptôme.

53- Caractéristiques des patientes qui ont recours aux traitements alternatifs

◆ Intensité des symptômes climatiques :

Dans notre étude, la proportion de femmes ayant recours aux traitements non conventionnels augmente avec l'intensité des symptômes de la ménopause (Partie III paragraphe 51). Cependant, le test statistique du χ^2 avec un risque d'erreur inférieur à 10% ne met pas en évidence de relation entre la prévalence d'utilisation de ces traitements et l'intensité des symptômes.

L'étude menée en Italie sur les traitements alternatifs rapporte également que les patientes qui utilisent ces traitements présentent des symptômes climatiques plus sévères que les femmes qui n'y ont pas recours.⁽⁹⁰⁾

Le syndrome climactérique serait d'autant plus important chez les patientes qui prennent simultanément un THM et des traitements alternatifs.⁽⁹⁴⁾

◆ Niveau de formation :

Les résultats de notre enquête, tout comme les données de l'étude italienne⁽⁹⁰⁾, ne mettent pas en évidence de relation entre le niveau d'étude et la prévalence d'utilisation de traitements alternatifs.

En revanche, l'étude américaine publiée en 2002 observait une consommation plus importante de ces traitements chez les patientes qui avaient un haut niveau d'éducation.⁽⁶⁶⁾

54- Facteurs prédictifs de l'efficacité des traitements alternatifs

◆ Source d'information et mode de procuration du traitement

Nous avons observé dans notre enquête que le médecin est très souvent impliqué dans la décision de prise d'un traitement alternatif, sans pour autant que son intervention ne prédise de l'efficacité du traitement chez la patiente.

Le fait de se procurer le produit en pharmacie ne semble pas non plus influencer sur l'efficacité du traitement.

Dans l'enquête italienne⁽⁹⁰⁾, la source d'information au sujet des traitements alternatifs était majoritairement le médecin, suivi des livres ou magazines et des amies. L'article souligne que d'une façon générale, les patients sont nombreux à taire à leur médecin l'utilisation de traitements non conventionnels par crainte d'une incompréhension ou d'un désaccord. Notre questionnaire n'abordait pas cet aspect de la relation médecin-patient.

◆ Intensité des symptômes

Au vu des résultats d'études menées sur l'effet placebo, il semble très probable que la sévérité des bouffées de chaleur soit prédictive de la réponse au traitement. Comme nous l'avons écrit plus haut, l'amélioration des symptômes sous placebo est plus importante chez les patientes qui en souffrent le plus. De ce fait, il est raisonnable de penser que, quelle que soit la preuve de son efficacité, un traitement

administré à une patiente aura plus de succès si celle-ci est initialement très gênée par ses bouffées de chaleur.

Cette « théorie » n'est cependant pas applicable aux patientes de notre échantillon. Les indices de satisfaction ne sont pas corrélés à l'intensité des symptômes.

◆ « Croyances » et convictions ?

Dans notre étude, nous observons que les patientes qui ont utilisé plusieurs traitements alternatifs expriment le plus souvent la même satisfaction (ou non satisfaction) en ce qui concerne leur efficacité (cf. annexe 3). Cette observation laisse supposer qu'il existe des facteurs individuels présageant du résultat de ces traitements qui n'ont pas fait preuve d'une efficacité supérieure au placebo dans les essais.

Dans notre enquête, l'intensité du syndrome climatérique (score de Kupperman) ne semble pas être en relation avec le succès des traitements.

Nous pourrions émettre l'hypothèse d'une relation entre l'« attachement » de la patiente à son THM et le résultat attendu d'un traitement non hormonal. En d'autres mots : le fait d'avoir arrêté un THM (suite aux recommandations par exemple) alors que la patiente en était très satisfaite est-il un facteur prédictif d'échec des traitements alternatifs ?

Mais les données de notre étude ne soutiennent pas cette hypothèse. Parmi les femmes qui ont pris un THM pendant plusieurs années (et l'ont arrêté), la moitié ont essayé un traitement alternatif. Cinquante huit pour cent d'entre elles ont été satisfaites.

Une enquête descriptive telle que la nôtre n'est pas adaptée pour répondre à ce genre de questions. Des entretiens seraient plus appropriés pour étudier le ressenti des femmes concernant les traitements alternatifs et mettre en évidence peut-être des facteurs individuels prédictifs d'une réponse positive ou non à un traitement non hormonal. Existe-t-il une relation entre les « croyances » de la patiente, construites souvent à partir d'avis rapportés par l'entourage, et le bénéfice attendu ? (Ici, « croyance » signifie : « le traitement est efficace/inefficace sur les bouffées de chaleur »)

De toute évidence, il semble important d'explorer pour chaque patiente ménopausée candidate au THM :

- ses représentations (de la ménopause, du traitement hormonal)
- son vécu, ses expériences à travers son entourage (mère, amies...)
- ses connaissances
- ses propres désirs de vie

C'est en prenant en compte tous ces paramètres que la décision sera le plus en adéquation avec son projet de vie.

55- Modifications comportementales et hygiéniques

Parmi les 9 femmes qui ont cité des attitudes ou astuces pour diminuer leurs bouffées de chaleur, deux ont cité la prise quotidienne de vinaigre de cidre. Les autres moyens correspondent aux recommandations de la NAMS⁽⁶⁴⁾. (Partie I paragraphe 9)

Nous n'avons pas retrouvé d'article scientifiquement pertinent au sujet des bienfaits du vinaigre de cidre sur les bouffées de chaleur ou la santé en général. Quelques articles se sont intéressés aux effets néfastes de la substance à forte dose sur le foie, la rate et l'œsophage (brûlures)^(95,96).

Les articles destinés au grand public⁽⁹⁷⁾ attribuent au vinaigre de cidre de nombreuses vertus, parmi lesquelles : aide à la digestion, soulagement des douleurs articulaires et des inflammations, prévention de la décalcification et des caries, stimulation du travail cérébral, aide au sommeil, soulagement des bouffées de chaleur, etc...

Sa richesse en potassium, phosphore, calcium, magnésium, soufre, fer, fluor, silicium, bore et vitamines expliquerait ces bienfaits.

Partie V

CONCLUSION

La ménopause est une phase naturelle de la vie d'une femme. Cependant, toutes ne l'acceptent ni ne la vivent de la même façon. Chacune a ses représentations, ses expériences et un projet de vie bien à elle.

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause a séduit les femmes et les médecins jusque dans les années 1990-2000, au cours desquelles ont été menées d'importantes études sur les effets secondaires du traitement. La médiatisation des résultats découlant des études américaines WHI et MWS, puis de l'étude française E3N a sérieusement inquiété la population générale ainsi que le monde médical. Les recommandations sur la prescription du traitement hormonal sont devenues alors plus exigeantes et plus prudentes avec une durée d'utilisation réduite au minimum.

Depuis ces observations, le nombre de patientes sous THM a nettement diminué.

De plus, les industries pharmaceutiques ont été récemment montrées du doigt suite au retrait de certains médicaments tenus responsables d'effets secondaires plus ou moins dangereux, avec une balance bénéfico-risque négative. Ces événements n'ont probablement pas apaisé la méfiance des prescripteurs et surtout des patients.

Lors de la ménopause ou à l'arrêt du traitement hormonal, de nombreuses femmes souffrent de bouffées de chaleur qui peuvent altérer leur qualité de vie.

Notre enquête avait pour but d'observer et de décrire les attitudes adoptées par ces femmes pour soulager ce symptôme.

Un tiers des participantes ont essayé un traitement alternatif au THM. Parmi elles, une petite moitié ont trouvé une méthode plus ou moins satisfaisante.

Le seul traitement non hormonal ayant l'AMM dans le traitement du syndrome climatérique est l'Abufène®. Celui-ci a été peu cité par les femmes interrogées (comparé aux compléments alimentaires à base de soja par exemple) et jugé souvent peu efficace sur les bouffées de chaleur.

Les études qui se sont intéressées aux traitements non hormonaux dans cette indication mettent en évidence la supériorité de certains antidépresseurs, de la clonidine ou encore de la gabapentine par rapport au placebo. Ces molécules n'ont jamais été citées par les participantes. Les autres remèdes (compléments alimentaires, phytothérapie, homéopathie, médecines non conventionnelles...) n'ont pas fait leur preuve dans le monde scientifique, mais semblent cependant soulager un certain nombre de patientes.

Le THM reste le traitement de référence de par son efficacité, mais doit respecter quelques contre-indications qui en limitent la prescription. Devant une femme ménopausée souffrant de bouffées vasomotrices, le médecin doit évaluer la balance bénéfico-risque du traitement hormonal et en informer la patiente objectivement, dans le but d'une décision partagée.

La ménopause n'est pas une maladie, et certaines femmes l'acceptent très bien malgré des symptômes climatériques qu'elles reconnaissent. D'autres s'en

accommodent très mal et cherchent à tout prix un remède pour supprimer ces bouffées de chaleur qui altèrent leur qualité de vie. Nous n'avons pas étudié l'influence culturelle sur le vécu de la ménopause, mais on peut supposer que l'image et le statut de la femme à notre époque et dans notre pays, entraînent une moins bonne acceptation du vieillissement et des signes qui s'y rapportent.

La méthode choisie pour réaliser cette thèse ne nous a pas permis d'explorer le ressenti des femmes vis-à-vis de la ménopause et des symptômes climatiques. Il serait enrichissant pour la médecine générale d'approfondir notre étude dans ce sens, afin de considérer au mieux les facteurs individuels qui influent sur le vécu de cette phase de vie.

Il semble évident que pour satisfaire et soulager une patiente ménopausée souffrant de troubles vasomoteurs, le médecin doit s'intéresser aux représentations, aux attentes et aux expériences de celle-ci afin de définir en accord avec elle, une prise en charge adaptée. De nombreux produits ou techniques se vantent de soulager ces symptômes (sans pour autant qu'il existe une preuve scientifique de leur efficacité). L'effet placebo a probablement sa place dans la stratégie thérapeutique et peut être une solution pour le praticien. La relation médecin-patient prend ici toute son importance afin de favoriser l'adéquation entre la patiente et le projet thérapeutique, quel qu'il soit.

Références bibliographiques

- 1.** Insee. Estimations de population : résultats provisoires arrêtés fin 2010. [En ligne] Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2011, France. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm (consulté le 05.09.2011)
Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150 (consulté le 05.09.2011)
- 2.** Lopès P, Trémollières F. Guide pratique de la ménopause. Paris :Masson, 2004. 195p.
- 3.** Morris EP, Rymer J. Menopausal symptoms. Clin Evid (Online). 2007 Sep.
- 4.** Friedrich L. Traitements des symptômes climatériques (hors THS). Diaporama réalisé au CHU de Rouen en 2005. [En ligne]
Disponible sur : http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/4745D598-C962-40B5-91DB-37472C3CC12B/0/traitement_menopause.pdf (consulté le 05.09.2011)
- 5.** Bouchard P. La ménopause. Dans : Pr. F. Duron & Coll. Endocrinologie DCEM1 - Examen National Classant 2006 -2007. [En ligne] :177-81
Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/endocrino.pdf> (consulté le 05.09.2011)
- 6.** Shanafelt TD, Barton DL, Adjei AA, Loprinzi CL. Pathophysiology and treatment of hot flashes. Mayo Clin Proc. 2002 Nov;77(11):1207-18.
- 7.** Freedman RR. Pathophysiology and treatment of menopausal hot flashes. Semin Reprod Med. 2005 May;23(2):117-25.
- 8.** Sturdee DW. The menopausal hot flush--anything new? Maturitas. 2008 May 20;60(1):42-9.
- 9.** Pachman DR, Jones JM, Loprinzi CL. Management of menopause-associated vasomotor symptoms: Current treatment options, challenges and future directions. Int J Womens Health. 2010 Aug 9;2:123-35.
Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971731/?tool=pubmed> [consulté le 05.09.2011]
- 10.** AFSSAPS. Mise au point : Le traitement hormonal de la ménopause (THM). Juin 2006. [En ligne]
Disponible sur : <http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/%28offset%29/0> (consulté le 05.09.2011)

- 11.** AFSSAPS. Communiqué du 12.02.2008 : Traitement Hormonal de la Ménopause (THM). [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiques-Points-presse/Traitement-Hormonal-de-la-Menopause-THM>> (consulté le 05.09.2011)
- 12.** Chanson P. Historique du traitement hormonal substitutif de la ménopause. Rev Prat. 2005 ;55(4) :369-75
- 13.** INSERM. Traitements Hormonaux de la Ménopause : Tous coupables ? Quels bénéfiques ? Quels risques ? Quels choix ? Réunion conjointe du Comité d'Interface reproduction humaine et de la société française d'endocrinologie. 26 Mars 2004 : Paris, France. [En ligne]
Téléchargeable à partir de : <<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>> (consulté le 05.09.2011)
- 14.** Mohle-Boetani J, Whittemore A. Menopause and the risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med. 1987 Oct 22;317(17):1094-5.
- 15.** Heyman A, Wilkinson WE, Stafford JA, Helms MJ, Sigmon AH, Weinberg T. Alzheimer's disease: a study of epidemiological aspects. Ann Neurol. 1984 Apr;15(4):335-41.
- 16.** Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. Lancet. 1997;350:1047-59.
- 17.** Lopes P. Ménopause : mise à jour. 6e Congrès du Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace.2005 Juin 17-18; Illkirch-Graffenstaden, France. [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.canalc2.tv/video.asp?idVideo=3703&voir=oui>> (consulté le 05.09.2011)
- 18.** Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W et al. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). JAMA. 2002 Jul 3;288(1):58-66.
- 19.** Cherry N, Gilmour K, Hannaford P, Heagerty A, Khan MA, Kitchener H et al. Oestrogen therapy for prevention of reinfarction in postmenopausal women: a randomised placebo controlled trial. Lancet. 2002 Dec 21-28;360(9350):2001-8.
- 20.** Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2003 Jun 25;289(24):3243-53.
- 21.** Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-33

- 22.** Rossow JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnaber VM et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA*. 2007;297(13):1465-77
- 23.** Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003 Aug 9;362(9382):419-27.
- 24.** Lopes P. Que faut-il penser des grandes études épidémiologiques ? Point de vue du clinicien sur les aspects sénologiques. XXVes journées de l'AFEM . 25-26-27 Nov 2004 ; Paris, France. [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.menopauseafem.com/medical/index.html>> (consulté le 05.09.2011)
- 25.** Beral V et al. Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2007;369:1703-10
- 26.** Lacey JV et al. Menopausal hormone therapy and ovarian cancer risk in the national institutes of health-AARP diet and health study cohort. *J of the Natl Cancer Inst*, 2006;98 (19):1397-405
- 27.** Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G, EStrogen and THromboEmbolism Risk Study Group. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet*, 2003 Aug 9;362(9382):428-32.
- 28.** Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies : results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat*, 2008 Jan;107(1):103-11.
Disponible sur :
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211383/pdf/halms201813.pdf>>
[consulté le 05/09/2011]
- 29.** Clavel-Chapelon F, Fournier A. THS et Cancer du sein : résultats de l'étude épidémiologique E3N. XXVes journées de l'AFEM. 25-26-27 Nov 2004 ; Paris, France. [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.menopauseafem.com/medical/index.html>> (consulté le 05.09.2011)
- 30.** Espié M, Daures JP, Chevallier T, Mares P, Micheletti MC, De Reilhac P. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy: results from the MISSION study, prospective phase. *Gynecol Endocrinol*. 2007 Jul;23(7):391-7.
- 31.** Mares P, Chevallier T, Micheletti MC, Daures JP, Postruznik D, De Reilhac P. Coronary heart disease and HRT in France: MISSION study prospective phase results. *Gynecol Endocrinol*. 2008 Dec;24(12):696-700.

- 32.** De Reilhac P. Le THM en 2009. Séminaire Top 50. 7-8 Nov 2009 ; Bagnolles de l'Orne, France. [En ligne]
Téléchargeable à partir de : <http://www.thermes-bagnoles.com/index.php/contenu_cache/club_top_50/presentations_du_seminaire_top_50_7_8_novembre>[consulté le 05.09.2011]
- 33.** Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F, Heiman JR et al. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 2008 Jul-Aug;15(4 Pt 1):584-602.
- 34.** AFSSAPS. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause : rapport d'orientation 11 Mai 2004. [En ligne]
Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rap.pdf> (consulté le 05.09.2011)
- 35.** AFSSAPS. Tibolone : arrêt de l'essai clinique Lift. Communiqué de presse du 16 Fev 2006. [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/Tibolone-arret-de-l-essai-clinique-Lift>> (consulté le 05.09.2011)
- 36.** Biglia N, Maffei S, Lello S, Nappi RE. Tibolone in postmenopausal women: a review based on recent randomised controlled clinical trials. *Gynecol Endocrinol*. 2010 Nov;26(11):804-14.
- 37.** Tamborini A. Ménopause, THS et ostéoporose post-ménopausique aujourd'hui : aspects pratiques. [En ligne] *Réalités en gynécologie-obstétrique*. Mai-Juin 2010 ;146.
Disponible sur : <<http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/146/01.pdf>> (consulté le 25.05.2011)
- 38.** Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes : systematic review and meta-analysis. *JAMA*, May 3, 2006;295(17):2057-71
- 39.** Drapier-Faure E. XXVes journées de l'AFEM. Les traitements non hormonaux des bouffées de chaleur. [En ligne] 25-26-27 Nov 2004 ; Paris, France.
Disponible sur : <<http://www.menopauseafem.com/doc/611.pdf>> (consulté le 05.09.2011)
- 40.** Stearns V, Slack R, Greep N, Henry-Tilman R, Osborne M, Bunnell C et al. Paroxetine is an effective treatment for hot flashes: results from a prospective randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2005 Oct 1;23(28):6919-30.
- 41.** DeFronzo Dobkin R, Menza M, Allen LA, Marin H, Bienfait KL, Tiu J et al. Escitalopram reduces hot flashes in non-depressed menopausal women: A pilot study. *Ann Clin Psychiatry*. 2009 ; 21(2):70-6.

- 42.** Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, Sternfeld B, Cohen LS, Joffe H et al. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2011 Jan 19;305(3):267-74.
- 43.** Pandya KJ, Raubertas RF, Flynn PJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ, Kirshner JJ et al. Oral clonidine in postmenopausal patients with breast cancer experiencing tamoxifen-induced hot flashes: a University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program study. *Ann Intern Med*. 2000 May 16;132(10):788-93.
- 44.** DANA G. CARROLL, PHARM.D., B.C.P.S., University of Oklahoma–Tulsa College of Medicine, Tulsa, Oklahoma. Nonhormonal therapies for hot flashes in menopause. *Am Fam Physician*. 2006 Feb 1;73(3):457-64.
- 45.** Pinkerton JV, Stovall DW, Kightlinger RS. Advances in the treatment of menopausal symptoms. *Women's Health*. 2009 July;5(4):361-84 [En ligne]
Disponible sur : <<http://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/whe.09.31>> [consulté le 05.09.2011]
- 46.** Guttuso T Jr, Kurlan R, McDermott MP, Kieburtz K. Gabapentin's effects on hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003 Feb;101(2):337-45.
- 47.** Aguirre W, Chedraui P, Mendoza J, Ruilova I. Gabapentin vs. low-dose transdermal estradiol for treating post-menopausal women with moderate to very severe hot flushes. *Gynecol Endocrinol*. 2010 May;26(5):333-7.
- 48.** Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD001395.
- 49.** Ringa V. Alternatives to hormone replacement therapy for menopause: an epidemiological evaluation. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 May;33(3):195-209.
- 50.** Pockaj BA, Gallagher JG, Loprinzi CL, Stella PJ, Barton DL, Sloan JA et al. Phase III double-blind, randomized, placebo-controlled crossover trial of black cohosh in the management of hot flashes: NCCTG Trial N01CC1. *J Clin Oncol*. 2006 Jun 20;24(18):2836-41.
- 51.** Geller SE, Shulman LP, van Breemen RB, Banuvar S, Zhou Y, Epstein G et al. Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2009 Nov-Dec;16(6):1156-66.
- 52.** Seidl MM, Stewart DE. Alternative treatments for menopausal symptoms. Systematic review of scientific and lay literature. *Can Fam Physician*. 1998 Jun;44:1299-308.
- 53.** Bordet MF, Colas A, Marijnen P, Masson J, Trichard M. Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment--results of an observational study. *Homeopathy*. 2008 Jan;97(1):10-5.

- 54.** Barton DL, Loprinzi CL, Quella SK, Sloan JA, Veeder MH, Egner JR et al. Prospective evaluation of vitamin E for hot flashes in breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 1998 Feb;16(2):495-500.
- 55.** Chenoy R, Hussain S, Tayob Y, O'Brien PM, Moss MY, Morse PF. Effect of oral gamma-linolenic acid from evening primrose oil on menopausal flushing. *BMJ.* 1994 Feb 19;308(6927):501-3.
- 56.** Hirata JD, Swiersz LM, Zell B, Small R, Ettinger B. Does dong quai have estrogenic effects in postmenopausal women? A double-blind, placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 1997 Dec;68(6):981-6.
- 57.** Wiklund IK, Mattsson LA, Lindgren R, Limoni C. Effects of a standardized ginseng extract on quality of life and physiological parameters in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, placebo-controlled trial. Swedish Alternative Medicine Group. *Int J Clin Pharmacol Res.* 1999;19(3):89-99.
- 58.** Komesaroff PA, Black CV, Cable V, Sudhir K. Effects of wild yam extract on menopausal symptoms, lipids and sex hormones in healthy menopausal women. *Climacteric.* 2001 Jun;4(2):144-50.
- 59.** Cho SH, Whang WW. Acupuncture for vasomotor menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause.* 2009 Sep-Oct;16(5):1065-73.
- 60.** Chattha R, Raghuram N, Venkatram P, Hongasandra NR. Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study. *Menopause.* 2008 Sep-Oct;15(5):862-70.
- 61.** Lee MS, Kim JI, Ha JY, Boddy K, Ernst E. Yoga for menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause.* 2009 May-Jun;16(3):602-8.
- 62.** Elkins G, Marcus J, Stearns V, Hasan Rajab M. Pilot evaluation of hypnosis for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2007 May;16(5):487-92.
- 63.** Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C, Palamara L, Keith T. Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2008 Nov 1;26(31):5022-6.
- 64.** North American Menopause Society. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause,* 2004 Jan-Feb;11(1):11-33.
- 65.** Andruccioli B. Rappels concernant le Test du Khi2. Juin 2005. [En ligne] Disponible sur : <http://andruccioli.u-bordeaux4.fr/pages/statistiques/complements_corrections/Fiche_khi2.pdf> (consulté le 05.09.2011)

- 66.** Newton KM, Buist DS, Keenan NL, Anderson LA, LaCroix AZ. Use of alternative therapies for menopause symptoms: results of a population-based survey. *Obstet Gynecol.* 2002 Jul;100(1):18-25. Erratum in: *Obstet Gynecol* 2003 Jan;101(1):205.
- 67.** Courdille L. Le vécu de la ménopause et les attentes des femmes vis à vis de leur médecin: enquête auprès de patientes consultant en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine ; Paris 7 ; 2005. 133p.
- 68.** Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Arch Intern Med.* 2006 Jun 26;166(12):1262-8.
- 69.** Polo-Kantola P. Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas.* 2011 Mar;68(3):224-32.
- 70.** Minarik PA. Sleep disturbance in midlife women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009 May-Jun;38(3):333-43.
- 71.** Bourey RE. Primary menopausal insomnia: definition, review, and practical approach. *Endocr Pract.* 2011 Jan-Feb;17(1):122-31.
- 72.** Huang AJ, Grady D, Jacoby VL, Blackwell TL, Bauer DC, Sawaya GF. Persistent hot flashes in older postmenopausal women. *Arch Intern Med.* 2008 Apr 28;168(8):840-6.
- 73.** Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberg PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JA. Smoking, body mass, and hot flashes in midlife women. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):264-72
- 74.** Greendale GA, Gold EB. Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy? *Am J Med.* 2005 Dec 19;118 Suppl 12B:148-54.
- 75.** Gallicchio L, Millerb SR, Visvanathana K, Lewisc LM, Babusc J, Zacurb H et al. Cigarette smoking, estrogen levels, and hot flashes in midlife women. *Maturitas,* 2006 Jan 20;53(2),133-43
- 76.** Sievert LL, Obermeyer CM, Price K. Determinants of hot flashes and night sweats. *Ann Hum Biol.* 2006 Jan-Feb;33(1):4-16.
- 77.** Aiello EJ, Yasui Y, Tworoger SS, Ulrich CM, Irwin ML, Bowen D et al. Effect of a yearlong, moderate-intensity exercise intervention on the occurrence and severity of menopause symptoms in postmenopausal women. *Menopause,* 2004 Jul-Aug;11(4):382-8.
- 78.** Freedman RR, Krell W. Reduced thermoregulatory null zone in postmenopausal women with hot flashes. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Jul;181(1):66-70.

- 79.** AFFSAPS. Rapport de Septembre 2005. Traitement hormonal substitutif de la ménopause : caractéristiques de l'utilisation en France. [En ligne] Téléchargeable à partir de : <<http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/%28offset%29/0>> [consulté le 05.09.2011]
- 80.** Majumdar SR, Almasi EA, Stafford RS. Promotion and prescribing of hormone therapy after report of harm by the Women's Health Initiative. *JAMA*, 2004 Oct 27;292(16):1983-8.
- 81.** Allemand H, Seradour B, Weill A, Ricordeau P. Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. *Bulletin du Cancer*, 2008 Jan ;95(1):11-5.
- 82.** Grady D, Sawaya GF. Discontinuation of postmenopausal hormone therapy. *Am J Med*. 2005 Dec 19;118 Suppl 12B:163-5.
- 83.** Haskell SG, Bean-Mayberry B, Gordon K. Discontinuing postmenopausal hormone therapy: an observational study of tapering versus quitting cold turkey: is there a difference in recurrence of menopausal symptoms? *Menopause*. 2009 May-Jun;16(3):494-9.
- 84.** MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD002978.
- 85.** Ettinger B. Vasomotor symptom relief versus unwanted effects: role of estrogen dosage. *Am J Med*. 2005 Dec 19;118 Suppl 12B:74-8.
- 86.** Finley C, Gregg EW, Solomon LJ, Gay E. Disparities in hormone replacement therapy use by socioeconomic status in a primary care population. *J Community Health*. 2001 Feb;26(1):39-50.
- 87.** Lucas R, Barros H. Life prevalence and determinants of hormone replacement therapy in women living in Porto, Portugal. *Maturitas*, 2007 Jul 20;57(3):226-32.
- 88.** Cho YA, Kim J, Park KS, Lim SY, Shin A, Sung MK et al. Effect of dietary soy intake on breast cancer risk according to menopause and hormone receptor status. *Eur J Clin Nutr*. 2010 Sep;64(9):924-32.
- 89.** Buck K, Zaineddin AK, Vrieling A, Linseisen J, Chang-Claude J. Meta-analyses of lignans and enterolignans in relation to breast cancer risk. *Am J Clin Nutr*. 2010 Jul;92(1):141-53.

- 90.** Cardini F, Lesi G, Lombardo F, Van der Sluijs C, Menopause Survey Collaborative Group. The use of complementary and alternative medicine by women experiencing menopausal symptoms in Bologna. *BMC Womens Health*. 2010;10:7. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846842/?tool=pubmed> (consulté le 05.09.2011)
- 91.** Loprinzi CL, Qin R, Balcueva EP, Flynn KA, Rowland KM Jr, Graham DL et al. Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of pregabalin for alleviating hot flashes. *J Clin Oncol*. 2010 Feb 1;28(4):641-7
- 92.** Carpenter JS, Storniolo AM, Johns S, Monahan PO, Azzouz F, Elam JL et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trials of venlafaxine for hot flashes after breast cancer. *Oncologist*. 2007 Jan;12(1):124-35.
- 93.** Van Die MD, Teede HJ, Bone KM, Reece JE, Burger HG. Predictors of placebo response in a randomized, controlled trial of phytotherapy in menopause. *Menopause*. 2009 Jul-Aug;16(4):792-6.
- 94.** Keenan NL, Mark S, Fugh-Berman A, Browne D, Kaczmarczyk J, Hunter C. Severity of menopausal symptoms and use of both conventional and complementary/alternative therapies. *Menopause*. 2003 Nov-Dec;10(6):507-15.
- 95.** Mohamed el-OA, Mohamed SM, Mohamed KA. The effect of cider vinegar on some nutritional and physiological parameters in mice. *J Egypt Public Health Assoc*. 2001;76(1-2):17-36.
- 96.** Hill LL, Woodruff LH, Foote JC, Barreto-Alcoba M. Esophageal injury by apple cider vinegar tablets and subsequent evaluation of products. *J Am Diet Assoc*. 2005 Jul;105(7):1141-4.
- 97.** Philip M. Les vertus du vinaigre de cidre de pomme. Fév 2004. [En ligne] Disponible sur : <http://www.alternativesante.com/gazette/sections/section.asp?NoSection=17&NoArticle=384> (consulté le 05.09.2011)

ANNEXES

Annexe 1

Score de KUPPERMAN

Symptômes	Coefficient	0	1	2	3
Bouffées de chaleur	4	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Sueurs	2	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Troubles du sommeil	2	Aucun	Rares	Fréquents	Très fréquents
Nervosité	2	Jamais	Légère	Modérée	Sévère
Céphalées	1	Aucune	Légères	Modérées	Sévères
Humeur dépressive	1	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Vertiges	1	Aucun	Faibles	Modérés	Sévères
Asthénie	1	Jamais	Faible	Modérée	Sévère
Arthralgies	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Palpitations	1	Aucune	Rares	Fréquentes	Très fréquentes
Sècheresse vaginale	1	Aucune	Légère	Modérée	Sévère

Annexe 2 : questionnaire

Vécu et prise en charge des bouffées de chaleur de la ménopause

1/ Quel est votre âge ?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 45/49 ans | <input type="checkbox"/> 60/64 ans |
| <input type="checkbox"/> 50/54 ans | <input type="checkbox"/> 65/69 ans |
| <input type="checkbox"/> 55/59 ans | <input type="checkbox"/> 70 ans ou plus |

2/ Quel est votre poids ? _____ kg

Votre taille ? _____ m

3/ Quelle est votre situation conjugale ?

- Mariée
- Célibataire
- Union libre
- Veuve
- Divorcée

4/ Combien avez-vous d'enfant(s) ? _____

5/ Quel est votre mode de vie sur le plan professionnel ?

- Active
- Retraitée
- Sans profession

6/ Quelle est votre situation par rapport au tabac ?

- Tabagisme actif
- Tabagisme sevré depuis moins de 3 ans
- Tabagisme sevré depuis plus de 3 ans
- Pas de tabagisme

7/ A quel rythme pratiquez-vous une activité physique ou sportive ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une à deux fois par mois
- Moins d'une fois par mois

8/ Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun diplôme | <input type="checkbox"/> Bac technologique ou professionnel |
| <input type="checkbox"/> CEP, BEPC | <input type="checkbox"/> Diplôme niveau Bac+2 |
| <input type="checkbox"/> CAP, BEP | <input type="checkbox"/> Diplôme niveau supérieur à Bac+2 |
| <input type="checkbox"/> Bac général | |

9/ Avez-vous des antécédents médicaux ? (1 à plusieurs réponses)

- Maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, AVC...)
- Maladie endocrinienne (diabète, hyper ou hypothyroïdie, cushing...)
- Cancer
- Maladie pulmonaire
- Syndrome anxieux ou dépressif ayant nécessité un traitement
- Aucune des pathologies citées ci-dessus

10/ Comment caractériseriez-vous les symptômes de la ménopause cités ci-dessous (avant traitement) ? (Cochez la fréquence pour chaque symptôme)

(Score de KUPPERMAN)

Symptômes	0	1	2	3
Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rares	<input type="checkbox"/> Fréquentes	<input type="checkbox"/> Très fréquentes
Sueurs	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rares	<input type="checkbox"/> Fréquentes	<input type="checkbox"/> Très fréquents
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Rares	<input type="checkbox"/> Fréquents	<input type="checkbox"/> Très fréquentes
Nervosité	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère
Céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légères	<input type="checkbox"/> Modérés	<input type="checkbox"/> Sévères
Humeur dépressive	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Très fréquemment
Vertiges	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Faibles	<input type="checkbox"/> Modérés	<input type="checkbox"/> Sévères
Asthénie (fatigue)	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère
Arthralgies (douleurs articulaires)	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rares	<input type="checkbox"/> Fréquentes	<input type="checkbox"/> Très fréquentes
Palpitations	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rares	<input type="checkbox"/> Fréquentes	<input type="checkbox"/> Très fréquentes
Sècheresse vaginale	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère

11/ Concernant les bouffées de chaleur, cochez la case qui correspond à votre situation :

- Vos bouffées de chaleur ne s'accompagnent pas de sueurs
- Vos bouffées de chaleur s'accompagnent de sueurs
- Vos bouffées de chaleur s'accompagnent de sueurs et vous obligent à interrompre votre activité habituelle

Traitement hormonal substitutif de la ménopause

12/ Avez-vous pris ou envisagez-vous de prendre un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) ?

- OUI, j'en prends actuellement ou en ai pris un
 - OUI, j'envisage d'en prendre un
 - NON

Si OUI, vous en prenez ou en avez pris un

Est-ce :

- Sur l'avis de votre médecin généraliste
- Sur l'avis de votre gynécologue
- À votre demande

**Quel traitement prenez-vous (ou avez-vous pris) et sous quelle forme ?
(1 à 3 réponses)**

Nom du traitement	Sous quelle forme (cochez la case correspondante)			
	<input type="checkbox"/> Voie orale	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Gel transcutané	<input type="checkbox"/> Voie vaginale
	<input type="checkbox"/> Voie orale	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Gel transcutané	<input type="checkbox"/> Voie vaginale
	<input type="checkbox"/> Voie orale	<input type="checkbox"/> Patch	<input type="checkbox"/> Gel transcutané	<input type="checkbox"/> Voie vaginale
<i>Exemple : Estreva</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Voie orale	<input checked="" type="checkbox"/> Patch	<input checked="" type="checkbox"/> Gel transcutané	<input checked="" type="checkbox"/> Voie vaginale

Prenez-vous encore ce traitement actuellement ?

- Oui et je l'ai commencé il y a _____ an(s)
- Non, je ne le prends plus. Je l'ai pris pendant _____ an(s)

Si NON, vous ne prenez pas de THM, est-ce (1 à 3 réponses) :

- Pour cause de contre-indication médicale
- Par crainte des effets secondaires
- Parce que ni votre médecin ni votre gynécologue ne vous l'ont proposé
- Parce que vous n'avez pas de symptômes gênants
- Parce que pour vous, la ménopause est une phase naturelle
- Parce que « prendre des hormones » vous fait peur
- Autre raison

Autres Traitements

13/ Avez-vous eu recours à des traitements autres que le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) pour soulager vos bouffées de chaleur ?

- OUI NON

Si OUI :

- le(s)quel(s) ?
- quelle a été leur efficacité sur vos bouffées de chaleur (BDC)?
- comment vous les procurez-vous ?
- quelle a été votre source d'information pour ces traitements ?

Nom	Efficacité	Où vous le procurez-vous ?	Source d'information
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC	<input type="checkbox"/> En pharmacie sur ordonnance <input type="checkbox"/> En pharmacie sans ordonnance <input type="checkbox"/> Sur Internet <input type="checkbox"/> En magasin (Bio ou autre) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin (généraliste ou Gynécologue) <input type="checkbox"/> Amie(s) <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Publicité <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC	<input type="checkbox"/> En pharmacie sur ordonnance <input type="checkbox"/> En pharmacie sans ordonnance <input type="checkbox"/> Sur Internet <input type="checkbox"/> En magasin (Bio ou autre) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin (généraliste ou Gynécologue) <input type="checkbox"/> Amies <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Publicité <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC	<input type="checkbox"/> En pharmacie sur ordonnance <input type="checkbox"/> En pharmacie sans ordonnance <input type="checkbox"/> Sur Internet <input type="checkbox"/> En magasin (Bio ou autre) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin(généraliste ou Gynécologue) <input type="checkbox"/> Amies <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Publicité <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC	<input type="checkbox"/> En pharmacie sur ordonnance <input type="checkbox"/> En pharmacie sans ordonnance <input type="checkbox"/> Sur Internet <input type="checkbox"/> En magasin (Bio ou autre) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Gynécologue <input type="checkbox"/> Amies <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Presse féminine <input type="checkbox"/> Publicité <input type="checkbox"/> Autre

Médecines non conventionnelles à visée thérapeutique

14/ Avez-vous eu recours à des médecines non conventionnelles à visée thérapeutique pour soulager vos bouffées de chaleur ? (Exemples : acupuncture, ostéopathie, étiopathie, hypnothérapie...)

↑ OUI ↑ NON

Si OUI, la(les)quelle(s), et quelle a été leur efficacité

Médecine non conventionnelle	Efficacité
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC
	<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC

<input type="checkbox"/> Pas d'effet sur les BDC <input type="checkbox"/> Soulage un peu les BDC <input type="checkbox"/> Soulage moyennement les BDC <input type="checkbox"/> Soulage bien les BDC
--

Moyens non médicaux

15/ Avez-vous trouvé des moyens non médicaux pour soulager vos bouffées de chaleur (comportements alimentaires, hygiéniques,...) ?

↑ OUI NON

Si OUI, lesquels : _____

Conclusion

16/ Finalement, avez-vous trouvé un remède (médicamenteux ou non) efficace à vos bouffées de chaleur ?

OUI NON

Si OUI, lequel ? _____

Si vous avez des informations supplémentaires à apporter, merci de les noter ci-dessous.

En vous remerciant

... et en espérant que cette étude permettra aux médecins généralistes de mieux prendre en charge les bouffées de chaleur chez les femmes ménopausées.

Annexe 3

Tableau récapitulatif du recours aux traitements alternatifs au THM

Score de Kupperman	Prise d'un THM	Traitement hors THM	Efficacité	Sur l'avis de	Point de vente	MNC	Efficacité
27	Oui pendant 10 ans	Oligosol Cu-Mn	0	Amies	Pharmacie	Acupuncture	1
		Oligosol Zn-Cu	0	Médecin	Pharmacie		
		Abufène	0	Médecin	Pharma ordonnance		
13	Non (CI)	Homéopathie	2	?	?		
39	Oui pendant 10 ans	Gel de Wild Yam	3	Autre	Internet	Acupuncture	3
8	Non (CI)	Homéopathie	3	Internet	Internet		
19	Non (ES)					Ostéopathie	1
						Acupuncture	1
21	Oui pendant 15 ans	Agréal	0	Médecin	Pharmacie ordonnance		
		Evestrel Soja (lait, yaourts)	0	Médecin	Pharmacie ordonnance		
			0	Amies	Pharmacie		
11	Non	Oligosol Mn-Co	3	Médecin	Pharmacie		
18	Non (pas de symptômes)	Homéopathie	1	Amies	Pharmacie		
18	Oui pendant 10 ans	Lait de soja	3	Autre	Magasin		
29	Oui pendant 10 ans (KS)	Soja	0	Médecin	Pharmacie ordonnance		
		Phytothérapie	0	Médecin	Pharmacie ordonnance		
23	Oui pendant 2 ans (HTA)	Soja	2	Médecin	Pharmacie ordonnance		
		Abufène	2	Médecin	Pharmacie ordonnance		
17	Oui pendant 3 ans	Féminabiane	3	Amies	Pharmacie		
13	Non	Soja	0	Médecin	Pharmacie ordonnance		
		Phytothérapie	0	Pub	Pharmacie		
38	Oui pendant 10 ans	Abufène	3	Médecin	Pharmacie ordonnance		
35	Non (ES)	Soja	0	Amies	Magasin	Acupuncture	1
		Phytothérapie	0	Médecin	Pharmacie ordonnance	Shiatsu	1
		Homéopathie	0	Médecin	Pharmacie ordonnance	Sophrologie	1
32	Non (ES)	Homéopathie	2	Médecin	Pharmacie ordonnance		
15	Non (pas de symptômes)	Phytothérapie	1	Amies	Pharmacie		
21	Non (ES)	Phytosoya	2	Médecin	Pharmacie		
30	Oui pendant 5 ans	Phytothérapie	3	Pub	Pharmacie		

Score de Kupperman	Prise d'un THM	Traitement hors THM	Efficacité	Sur l'avis de	Point de vente	MNC	Efficacité
17	Oui, envisage	Phytothérapie	1	Médecin	Pharmacie		
20	Non (CI)	Homéopathie	0	Pub	Pharmacie		
		Séréllys	2	Médecin	Pharmacie		
31	Oui pendant < 1 an	Homéopathie	3	Médecin	Pharmacie ordonnance		
33	Oui depuis 5 ans	Soja	0	?	Pharmacie		
26	Oui depuis 7 mois	Biopause	1	Médecin	Pharmacie		
24	Oui pendant 10 ans	Soja	0	Amies	Pharmacie		
		Homéopathie	0	Médecin	Pharmacie		
24	Non (Phase naturelle, peur des H)	Soja	2	Médecin	Pharmacie		
29	Oui pendant 3 ans	Phytosoya	3	Médecin	Pharmacie		
13	Non (ES)	Biopause	2	Amies	Pharmacie		
		Homéopathie	3	Médecin	Pharmacie		
36	Non	Soja, huile d'onagre	3	Autre	Magasin Pharmacie ordonnance	Ostéopathie	3
		Homéopathie	3	Autre	Pharmacie ordonnance		
33	Oui depuis 6 ans	Homéopathie	2	Médecin	Pharmacie ordonnance	Acupuncture	3
17	Non (ES)	Homéopathie	1	?	Pharmacie	Yoga	3
		Phytothérapie	2	?	Pharmacie		
34	Non (ES)	Hormonarome	0	Amies	Internet		
		Phytosoya	0	Amies	Pharmacie		
24	Non (pas de symptômes)	Abufène	3	Médecin	Pharmacie ordonnance		
30	Non (pas de symptômes)	Soja	3	Médecin	Pharmacie		
33	Oui depuis 10 ans					Acupuncture	2
29	Oui depuis 18 mois	Lin	0	Médecin	Pharmacie		
28	Non (ES)	Yammenop	3	Amies	Autre		

MNC : médecine non conventionnelle

CI : contre-indication

ES : peur des effets secondaires

KS : cancer du sein

HTA : hypertension artérielle

Peur des H : peur des hormones

Appréciation de l'efficacité :

0 = aucun effet

1 = soulage un peu

2 = soulage moyennement

3 = soulage bien / efficace

Titre de Thèse :

**Etude descriptive sur la prise en charge des bouffées de chaleur :
Enquête auprès de 108 femmes ménopausées**

RÉSUMÉ

La ménopause, phase naturelle de la vie d'une femme, s'accompagne très souvent de désagréments plus ou moins bien acceptés ou tolérés. Les bouffées de chaleur, symptôme caractéristique de ce bouleversement hormonal, touchent environ 70% des femmes au moment de la ménopause. Le traitement hormonal de la ménopause est le seul traitement réellement efficace dans cette indication, mais nombreuses sont les femmes qui y sont réticentes ou qui présentent des contre-indications. De plus, la durée préconisée de prescription a diminué depuis la publication des études américaines concernant les effets secondaires du traitement. Bien que n'ayant pas fait leurs preuves dans les études scientifiques, compléments alimentaires, phytothérapie, acupuncture et autres médecines non conventionnelles peuvent être une solution alternative pour soulager les bouffées de chaleur. Nous avons réalisé une étude descriptive à partir d'un questionnaire adressé à 108 femmes ménopausées souffrant de bouffées vasomotrices, dans le but d'observer les moyens qu'elles adoptent pour y remédier. Les attitudes sont très variables en fonction des personnes : certaines acceptent la ménopause et ses symptômes comme un évènement naturel, d'autres s'en trouvent très gênées dans la vie quotidienne et tentent de lutter grâce à divers moyens, plus ou moins efficaces. Par conséquent, la prise en charge de ce symptôme naturel doit être adaptée aux souhaits, aux expériences et au projet de vie de la patiente, en respectant évidemment une balance bénéfice-risque favorable.

MOTS-CLÉS

- * **Bouffées de chaleur**
- * **Femmes ménopausées**
- * **Prise en charge**
- * **THM**