

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BERDAH Séverine

Née le 27 Janvier 1980 à Sarcelles (95)

Présentée et soutenue publiquement le : 9 novembre 2010

Freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes l'utilisant au-delà de la durée préconisée.

Président : Professeur Dominique LUTON

Directeur : Docteur Isabelle AUBIN-AUGER

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Au professeur Dominique LUTON pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury.

Au docteur Isabelle AUBIN-AUGER. Merci pour ta patience et pour tes précieux conseils. Tu as su me guider tout au long de cette thèse.

Aux membres du jury,

le professeur Philippe VINCENEUX. Merci de m'avoir accordé de votre temps et merci pour votre gentillesse.

Le professeur

A mes amis de la faculté Xavier BICHAT en particulier :

Yossi, mon binôme. Ces études de médecine étaient trop courtes à mon goût. Merci pour tes encouragements. Je suis fière de ce que tu es devenu.

A mes amies : **AUDE, CAROLINE, LAETITIA, MATHILDE et MAXIME.** Mes études de médecine ont été mes plus belles années. Je me rappelle de ces pauses-café devant la bibliothèque et de tous nos éclats de rires. Vous me manquez car je n'ai plus de vos nouvelles. Je vous souhaite une bonne route.

A mes parents que j'aime

A toi maman qui a su m'encourager depuis le début. Si je suis médecin aujourd'hui, c'est grâce à toi. Je t'en suis entièrement reconnaissante. Merci beaucoup.

A mes sœurs : Karen, Patricia, Sylvia, Isabelle, Yaël et Danièle. Il n'y a pas eu un jour sans que l'une d'entre-vous me demandait : « alors, ta thèse, tu en es où ? ». c'était le sujet qui fâche ...

A mes frères : Thierry, Dov, Stéphane, Frédéric, Mickael et Steve

A mes belles sœurs Brigitte, Patricia et Isabelle qui m'ont encouragé sans cesse. A toi Patricia, ta guérison est très proche.

A ma belle mère que j'aime beaucoup. Vous avez accepté de rester tout l'été à la maison pour nous faire vos meilleurs petits plats pendant que je travaillais. Merci beaucoup.

A toi Mickael, mon mari, que j'aime. Merci pour ton soutien, pour tous tes encouragements et merci d'avoir cru à cette thèse car je n'y croyais pas moi-même.

A mes enfants : Binyamin et David ; David et Binyamin. Je vous ai rendus coupables de tout le retard que j'ai accumulé pour écrire cette thèse. Pardonnez-moi. Ma vie a changé depuis votre existence. Je vous aime très très fort.

PLAN :

I- INTRODUCTION

II- LA MENOPAUSE

A- LA MENOPAUSE : PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

B -MENOPAUSE ET TRAITEMENT HORMONAL : LES CHIFFRES

C -SIGNES CLINIQUES DE LA MENOPAUSE

- 1- Comment faire le diagnostic de ménopause ?
- 2- Les bouffées de chaleur
- 3- Les transpirations
- 4- Troubles des organes génitaux
- 5- Troubles urinaires
- 6- Troubles de la peau et des phanères
- 7- Insomnie et fatigue
- 8- Modification du poids
- 9- Modification de la sexualité à la ménopause
- 10- Altération de la qualité de vie
- 11- Autres troubles

D – COMPLICATIONS LIEES A LA MENOPAUSE

- 1- Conséquences à court terme de la carence oestrogénique
- 2- Conséquences à long terme de la carence oestrogénique
 - a- Ostéoporose post ménopausique
 - b- Ménopause et facteurs métaboliques
 - c- Fonctions cognitives et maladie d'Alzheimer

III- LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

A- CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

B- INDICATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

C- SURVEILLANCE D'UNE FEMME MENOPAUSEE

- 1- Première consultation
 - a- Interrogatoire
 - b- Examen physique
 - c- Examens complémentaires

- 2- Principes de la surveillance d'une femme ménopausée
 - a- Suivi
 - b- Surveillance par mammographie
 - c- Recherche de métrorragie
 - d- Surveillance du frottis cervico-vaginal
 - e- Recherche de troubles génito-urinaires
 - f- Dépister les facteurs de risques cardio-vasculaires
 - g- Recherche des troubles du comportement et /ou une altération de la qualité de vie

D- EFFETS BENEFIQUES DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

- 1- Amélioration des troubles du climatère
- 2- Prévention de l'ostéoporose
- 3- Amélioration de la sexualité
- 4- Effet protecteur sur le cancer colorectal
- 5- Amélioration des troubles du sommeil
- 6- Amélioration de la qualité de vie

E- RISQUES LIES AU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

- 1- Infections urinaires
- 2- Risque de cancer du sein
- 3- Risque de cancer de l'endomètre
- 4- Effets cardio-vasculaires
- 5- Risque de maladies veineuses thromboemboliques
- 6- Risque de démence

F- ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

- 1- les traitements spécifiques de l'ostéoporose
 - a- les bisphosphonates
 - b- le ranelate de strontium
 - c- calcium
- 2- les traitements ayant plusieurs cibles d'action
 - a- les SERMs
 - b- la tibolone
 - c- les phytoestrogènes
 - d- DHEA
 - e- Les autres

G- RAPPELS SUR LES DIFFERENTES GRANDES ETUDES SCIENTIFIQUES

IV- MATERIEL ET METHODE DE L'ENQUETE

A- CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN

- 1- Choix de la méthode
- 2- La fixation du cadre de l'entretien
- 3- Elaboration du guide d'entretien
- 4- Critères d'inclusion des femmes de l'échantillon

B- DEROULEMENT DES ENTRETIENS

C- RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

V- RESULTATS

A- DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

B- ANALYSE DES ENTRETIENS

VI- DISCUSSION

A- TYPOLOGIES DES PATIENTES

B- ANALYSE GLOBALE

VII- CONCLUSION

VIII- BIBLIOGRAPHIE

IX- ANNEXES

A- ENTRETIENS

B- QUELQUES TESTS SUR LA QUALITE DE LA VIE

C- LES DIFFERENTES MOLECULES DISPONIBLES EN PHARMACIE

D- BROCHURE DE L'AFEM

E- BROCHURE DE L'AFSSAPS

PERMIS D'IMPRIMER SIGNE

RESUME SUR LA COUVERTURE

ABREVIATIONS :

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

MWS : Million Women Study

TNS SOFRES : TAYLOR NELSON SOFRES Société Française d'Enquête par Sondages

WHI : Women's Health Initiative

I - INTRODUCTION

Environ dix millions de femmes sont actuellement ménopausées en France. Devant l'allongement de la durée de vie, une femme vit presque autant de temps ménopausée que non ménopausée (de la puberté à la ménopause). Cette période de la vie a eu plusieurs appellations au fur et à mesure des années : climatère, âge critique, âge dangereux, retour d'âge, crise du milieu de la vie (24). Les remaniements de la ménopause étaient acceptés autrefois comme une fatalité et les femmes n'en parlaient pas. De nos jours les plaintes de nos patientes ont évolué. Elles expriment non seulement leurs symptômes physiques mais aussi leur mal-être psychologique. L'absence de règles les perturbe peut-être moins mais elles jugent intolérable ce que représentent les symptômes classiques (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, irritabilité, etc.) qui les trahissent (parfois même en public) car ils symbolisent la fin de la fertilité et le début de la vieillesse. Serait-ce la fin de la féminité ? C'est ce que redoute une majorité de femmes et elles imaginent que les hommes le pensent aussi. Même le chanteur Charles AZNAVOUR stigmatise sa femme, probablement ménopausée, dans la chanson « tu t'laisses aller » dont voici les paroles :

*C'est drôle c'que t'es drôle à r'garder
T'es là, t'attends, tu fais la tête
Et moi j'ai envie d'rigoler
C'est l'alcool qui monte en ma tête
Tout l'alcool que j'ai pris ce soir
Afin d'y puiser le courage
De t'avouer que j'en ai marre
De toi et de tes commérages
De ton corps qui me laisse sage
Et qui m'enlève tout espoir*

*J'en ai assez faut bien qu'j'te l'dise
Tu m'exaspères, tu m'tyrannises
Je subis ton sale caractère
Sans oser dire que t'exagères
Oui t'exagères, tu l'sais maint'nant
Parfois je voudrais t'étrangler
Dieu que t'as changé en cinq ans
Tu l'laisses aller, tu l'laisses aller*

*Ah ! Tu es belle à regarder
Tes bas tombant sur tes chaussures
Et ton vieux peignoir mal fermé
Et tes bigoudis quelle allure
Je me demande chaque jour
Comment as-tu fait pour me plaire ?
Comment ai-je pu te faire la cour
Et t'aliéner ma vie entière ?
Comme ça tu ressembles à ta mère
Qu'a rien pour inspirer l'amour*

D'avant mes amis quelle catastrophe

*Tu m'contredis, tu m'apostrophes
Avec ton venin et ta hargne
Tu ferais battre des montagnes
Ah ! J'ai décroché le gros lot
Le jour où je t'ai rencontrée
Si tu t'taisais, ce s'rait trop beau
Tu l'laisses aller, Tu l'laisses aller*

*Tu es une brute et un tyran
Tu n'as pas de cœur et pas d'âme
Pourtant je pense bien souvent
Que malgré tout tu es ma femme
Si tu voulais faire un effort
Tout pourrait reprendre sa place
Pour maigrir, fais un peu de sport
Arrange-toi devant ta glace
Accroche un sourire à ta face
Maquille ton cœur et ton corps*

*Au lieu d' penser que j'te déteste
Et de me fuir comme la peste
Essaie de te montrer gentille
Redeviens la petite fille
Qui m'a donné tant de bonheur
Et parfois comme par le passé
J'aim'rais que tout contre mon cœur
Tu l'laisses aller, tu l'laisses aller*

En 2002, un véritable coup de tonnerre retentit à propos du traitement hormonal de la ménopause : alors qu'il était prescrit sans trop de difficultés, une étude américaine a semé la panique dans le monde médical puis dans le milieu profane. Non seulement le traitement hormonal de la ménopause n'était plus bénéfique mais encore il s'avérait dangereux en augmentant le risque de développer un cancer du sein, le risque de maladies cardio-vasculaires, le risque de démence et le risque de maladies thromboemboliques. Un déchainement médiatique envers cette étude a imposé aux autorités de santé françaises de refaire le point sur le traitement hormonal de la ménopause. Les indications s'en trouvèrent limitées, justifiées par le principe de précaution. Ces résultats ont été rapidement relayés par les médias en particulier la presse féminine spécialisée et ont entraîné de nombreuses controverses dans le milieu médical. Les discussions portaient en particulier sur le fait que cette étude était peu transposable à la population féminine française pour plusieurs raisons. Les traitements utilisés n'étaient pas les mêmes qu'en France, les femmes incluses dans l'essai étaient ménopausées en moyenne depuis plus de treize ans ce qui augmentait leur risque cardio-vasculaire. D'après le docteur Henri ROZENBAUM, gynécologue et ancien président de l'Association Française pour l'étude de la Ménopause (AFEM), cette étude était « un gigantesque fiasco ». De ce fait plus de la moitié des femmes ont abandonné leur traitement avec pour conséquence la réapparition de troubles dans plus de 80 % des cas (43). Mais pourquoi un tel déchainement sur le traitement

hormonal de la ménopause ? Les femmes ne cessent de se battre pour leur liberté. Elles ont connu plusieurs batailles : le choix de l'accouchement sans douleur, la contraception permettant de choisir le moment opportun pour enfanter puis la légalisation de l'avortement. S'il est vrai que la ménopause est un phénomène biologique naturel, pour un bon nombre de femmes, il s'accompagne d'un grand nombre de troubles parfois très invalidants auxquels le médecin généraliste et le gynécologue doivent faire face. Les médecins doivent accompagner les femmes ménopausées symptomatiques à soulager leurs plaintes.

Il y a eu beaucoup d'études ayant porté sur les risques du traitement hormonal mais très peu sur la durée maximale de la prise du traitement hormonal de la ménopause. L'AFSAPS préconise un traitement à la dose minimale efficace pour la durée la plus courte possible mais elle ne précise pas pour combien d'années il faut le prescrire. Elle sous-entend trois à cinq ans dans la mesure où les bouffées de chaleur disparaissent au-delà. En pratique, les bouffées de chaleur peuvent persister de longues années parfois même au-delà de dix ans. Le problème de poursuivre ce traitement après huit à dix ans de prise se pose de plus en plus fréquemment et il convient d'avoir à l'esprit les réels avantages et risques d'un traitement prolongé au-delà de dix années d'utilisation.

L'idée de la présente thèse nous est venue un jour du mois de mai 2006. J'étais en stage de médecine générale dans le cabinet du docteur Isabelle Aubin-Auger, médecin généraliste à Soisy Sous-Montmorency dans le Val d'Oise (95). Elle m'a dit « *la prochaine consultation, tu la mèneras* » sans savoir qui était le prochain patient. Elle m'a ensuite dit « *je n'interviendrai qu'à la fin pour faire le point* ». Il s'agissait d'une femme de 68 ans qui demandait tout simplement le renouvellement de son traitement hormonal de la ménopause. Comme pour chaque renouvellement de traitement de la ménopause, j'ai refait le point sur les contre-indications du traitement, sur la surveillance gynécologique et sur la persistance des symptômes liés à la ménopause. Au fur et à mesure de mon interrogatoire, je me suis aperçue que cela faisait 18 ans que cette femme prenait un traitement hormonal de la ménopause. J'étais très étonnée car je ne pensais même pas que l'on pouvait prendre un traitement substitutif aussi longtemps. Je lui ai fait part des dernières recommandations de mai 2004 de la Haute Autorité de Santé disant que le traitement hormonal devait être pris pour une durée minimale étant donné les risques encourus à long terme. Visiblement, cela ne lui a pas du tout fait plaisir car elle s'est tout de suite emportée. Elle m'a répondu « *ce n'est pas une petite jeune comme vous qui va m'empêcher de prendre mon traitement* ». Je n'arrivais même plus à diriger ma consultation tellement la patiente s'énervait. Elle m'a dit « *ce n'est pas grave, je trouverai bien un médecin qui me le prescrira* ». Je lui ai répondu « *je vais vous le renouveler mais je voudrais que vous écoutiez ce que j'ai à vous dire à ce sujet concernant les dernières études* ». La patiente est bien évidemment repartie avec son renouvellement de traitement. Je me suis dit que ça serait un sujet de thèse intéressant. Le temps passant tellement vite qu'il s'est écoulé bien deux ans avant que je me plonge dans ce travail de thèse. J'ai souhaité recontacter cette fameuse patiente pour lui demander de participer à mon enquête mais ironie du sort, je n'ai jamais réussi car elle avait déménagé depuis.

Ma question était : quels sont les freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes qui l'utilisent au-delà de la durée préconisée par les recommandations de la Haute Autorité de Santé? Pourquoi ne veulent-elles pas l'arrêter alors qu'elles le prennent depuis plus de cinq ans et qu'elles savent que le risque de cancer du sein augmente avec la durée du traitement ? L'hypothèse de cette thèse est de savoir si on ne pourrait pas prescrire le traitement aussi longtemps que la femme le souhaite, tant qu'elle est symptomatique (avec d'éventuelles fenêtres thérapeutiques annuelles), tant qu'elle en ressent un bénéfice physique et ou psychique à poursuivre le traitement et tant qu'elle est surveillée annuellement. Voici une enquête qualitative qui va tenter d'étudier les motivations de 16 femmes ménopausées à poursuivre le traitement bien au-delà de cinq années. Bien évidemment, cette étude n'est pas représentative de la population féminine ménopausée.

II - LA MENOPAUSE

A- LA MENOPAUSE : PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

La ménopause est devenue un véritable problème de santé publique et ce pour plusieurs raisons :

- raisons démographiques : l'espérance de vie d'une française à la naissance est de 88 ans (45). Lors du dernier recensement de 2006 effectué en France par l'INSEE, 11,9 millions de femmes étaient âgées de 50 ans ou plus soit 36.6 % de la population féminine totale. On estime qu'au moins 30 % des françaises ménopausées de moins de 65 ans prennent un traitement hormonal de la ménopause (39).
- Raisons sociologiques : l'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution du rôle de la femme dans la société moderne font que la femme est encore en pleine activité alors qu'elle est ménopausée.
- Raisons physiologiques : même si ce n'est pas une maladie, la ménopause va provoquer ou favoriser un ensemble de troubles ou d'affections touchant l'ensemble de l'organisme.
- Raisons médicales : hormis les œstrogènes, il n'y a pas d'équivalent pharmaceutique capable d'induire autant d'effets bénéfiques portant sur les troubles vaso-moteurs, les troubles psychologiques, la tonicité de la peau et des phanères, la prévention de l'ostéoporose et la diminution de la fréquence du cancer du colon.
- Raisons économiques : Les coûts des traitements et de la surveillance rendent les problèmes économiques très complexes. L'économie permise par les effets préventifs du traitement serait elle supérieure au surcoût en termes de retraite provenant de la prolongation prévisible de l'espérance de vie des femmes traitées ?
- Dimension humaine : certes, l'espérance de vie augmente mais une meilleure qualité de vie serait souhaitable à laquelle pourrait éventuellement contribuer le traitement hormonal de la ménopause.

B - MENOPAUSE ET TRAITEMENT HORMONAL : LES CHIFFRES

En l'an 2000, il y avait en France 10 000 000 de femmes ménopausées dont 5 000 000 avaient plus de 65 ans. Chaque année, 400 000 nouvelles françaises arrivent à l'âge de la ménopause. Actuellement, l'espérance de vie d'une femme de 50 ans est de 33 ans. Une française sur quatre de 50 ans va atteindre 90 ans.

Les derniers chiffres concernant les femmes ménopausées et les femmes traitées datent de 2000 (5). Plus de 1 700 000 françaises bénéficiaient d'un traitement hormonal de la

ménopause. Ce chiffre représentait 17 % de l'ensemble des femmes ménopausées soit une femme sur trois des femmes ménopausées âgées entre 50 et 65 ans. Au-delà de 65 ans, les femmes traitées représentaient seulement 3 %. Le nombre de femmes traitées augmentait régulièrement pour être six fois plus nombreux que vingt ans auparavant. Le nombre de traitements prescrits augmentait sans cesse jusqu'en 2002 puis chutait après les premières conclusions de l'étude WHI. Actuellement, la proportion des femmes sous traitement hormonal de la ménopause n'est pas connue avec précision.

C - SIGNES CLINIQUES DE LA MENOPAUSE

La ménopause est un phénomène biologique universel mais son expression clinique est très variable selon les groupes et les individus (hormis l'aménorrhée). Sa représentation est également très différente d'une femme à l'autre. Pour certaines, c'est une véritable maladie liée à une insuffisance hormonale à laquelle la médecine se doit de pallier par un traitement substitutif. D'autres femmes ont une approche moins biomédicale et l'envisagent comme un événement de vie, une étape qui survient dans un contexte social et culturel. Quoi qu'il en soit, c'est un phénomène lié à l'âge qui s'inscrit dans la perspective générale du vieillissement.

1- Comment faire le diagnostic de ménopause ?

Chez une femme de la cinquantaine en aménorrhée depuis plus de six mois se plaignant de bouffées de chaleur, la clinique est largement suffisante pour établir un diagnostic de ménopause (42). La ménopause correspond à l'arrêt définitif des fonctions cycliques ovariennes. On a longtemps exigé un an d'aménorrhée avant d'affirmer ce caractère définitif. Il n'est plus question actuellement d'attendre un tel délai avant d'entreprendre un traitement. On pourra éventuellement pratiquer un test aux progestatif : l'administration d'un progestatif pendant dix jours ne déclenchera pas d'hémorragie de privation, confirmant ainsi l'état d'hypoestrogénie profonde. Dans certains cas particuliers comme chez une femme prenant un contraceptif oral ou chez une femme hystérectomisée proche de la cinquantaine, un dosage de FSH et 17β OESTRADIOL (E2) sera demandé. Celui-ci sera confirmé par un taux élevé de FSH et effondré d'E2.

La ménopause survient en moyenne vers 50 ans. Cet âge paraît être génétiquement déterminé. En revanche, le tabagisme avance, de façon dose-dépendante, l'âge de la ménopause : les fumeuses sont ménopausées en moyenne 18 mois plus tôt que les non-fumeuses (44). La malnutrition avance également l'âge de la ménopause. La multiparité pourrait différer légèrement l'âge d'apparition de la ménopause, surtout au-delà de trois enfants.

2- Les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur dites bouffées vasomotrices sont caractéristiques. Les troubles vaso-moteurs sont les premiers à se manifester, pouvant survenir avant l'arrêt des règles. Elles surviennent aussi bien le jour que la nuit. Lorsque qu'elles viennent la nuit, elles sont nommées « sueurs nocturnes ». Le mécanisme des bouffées de chaleur n'est pas clairement élucidé. Il provient d'une perturbation du centre de régulation de la température du corps. Leur fréquence et leur intensité sont très variables. Elles toucheraient 45% à 85% des femmes. (11). Elles sont favorisées par les émotions. Elles disparaissent progressivement en quelques années. Mais selon une étude suédoise, 30 % des femmes en souffrent encore à 60 ans, 15 % à 66 ans et 9 % à 72 ans (43). Ces troubles vaso-moteurs occasionnent une gêne physique et psychologique. Les bouffées de chaleur sont mal vécues en public signant pour la femme son statut de femme ménopausée.

3- Les transpirations

Les transpirations suivent la survenue des bouffées de chaleur ou elles peuvent être isolées, survenant dans ce cas là le plus souvent la nuit. Les œstrogènes constituent le traitement le plus efficace contre les bouffées de chaleur et les transpirations. Ces symptômes disparaissent en général après 2 à 4 semaines de traitement. Leur persistance devra inciter le médecin à augmenter la posologie quotidienne des œstrogènes.

4- Troubles des organes génitaux

La vulve et le clitoris auront tendance à s'atrophier à la ménopause. La vitesse d'apparition et l'importance de cette atrophie sont variables. Les femmes en surpoids ou obèses auront une sécrétion oestrogénique résiduelle qui ralentira l'apparition des symptômes. Cette atrophie touche également les muqueuses vaginales, provoquant une sensation de sécheresse vaginale, un prurit et dyspareunie dans 20 à 40 % des cas (45).

5- Troubles urinaires

La ménopause est essentiellement responsable d'infections urinaires favorisées par l'atrophie de la muqueuse et par les modifications de la flore vaginale. La fréquence des infections croît avec l'âge des patientes; plus de 20 % entre 65 et 90 ans. La pathologie génito-urinaire qui réunit l'association d'un prolapsus et de troubles urinaires et/ ou de troubles sexuels est un problème particulièrement important dans cette période de la vie. Par sa fréquence élevée, elle doit être recherchée car elle est rarement un motif de consultation (31).

6- Troubles de la peau et des phanères

Le vieillissement de la peau débute vers 30 ans. La peau perd de son élasticité, s'amincit et des rides apparaissent. La carence hormonale de la ménopause accélère le processus du vieillissement cutané : la peau s'amincit, devient plus rugueuse et donne l'impression d'être sèche. En réalité la teneur en eau de la peau ne se modifie pas mais celle-ci s'appauvrit en fibres élastiques et en collagène, devient plus terne et se ride plus facilement (43). Les effets du

soleil, le tabac et les modifications importantes de poids ajoutés à l'âge et à la carence hormonale aggravent le vieillissement de la peau.

La chevelure tend à se raréfier avec l'âge. A la ménopause, il se produit un déséquilibre hormonal caractérisé par la chute des sécrétions d'œstrogènes et la persistance de celles des glandes surrénales. Les cheveux peuvent devenir gras et avoir tendance à tomber (43).

7- Insomnie et fatigue

L'insomnie constitue un symptôme fréquent à la ménopause, souvent liée aux bouffées de chaleur et /ou aux sudations nocturnes, source de réveils et de perturbations du sommeil. De nombreuses femmes se sentent plus fatiguées à la ménopause et nettement plus en forme dès qu'elles prennent un traitement hormonal.

8- Modification du poids

La prise de poids est souvent associée à la ménopause, et, de ce fait, particulièrement redoutée par les femmes en tant que manifestation du « vieillissement ». Or les études qui se sont intéressées à l'évolution du poids en fonction de l'âge mettent en évidence, dès 20 ans, une augmentation linéaire du poids avec les années, sans accentuation particulière à la cinquantaine (18).

9- modification de la sexualité à la ménopause

A l'installation de la ménopause et dans les années qui suivent, une majorité de femmes rapportent des modifications de la sexualité à savoir la diminution du désir, de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels. La qualité se traduit par la diminution des sécrétions vaginales, la diminution des orgasmes et l'augmentation des dyspareunies(26). Les modifications esthétiques (sécheresse cutanée, prise de poids, modification de la silhouette) peuvent altérer la perception de l'image corporelle et induire une diminution d'intérêt pour la sexualité. Les sociétés occidentales et le monde du travail sont peu indulgents envers les femmes qui vieillissent. La cinquantaine représente pour la femme une période difficile à vivre car il lui faudra éventuellement affronter en même temps de nombreux problèmes d'ordre physique, psychique et social. Chaque femme représente un cas particulier et va vivre sa ménopause en fonction de son environnement conjugal, familial et socioprofessionnel. Exerçant le plus souvent une activité professionnelle et mieux informées que leurs aînées, elles souhaitent rester performantes et sexuellement actives.

10- Altération de la qualité de vie

Par l'ensemble de ces symptômes, la qualité de vie des femmes ménopausées se détériore à long terme. C'est une notion relativement récente en médecine. L' Organisation Mondiale de la Santé l'a définie en 1993 : « *c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe, par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau*

d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. » Ce concept s'applique particulièrement à la ménopause et à son traitement, puisque celui-ci concerne à priori des personnes bien portantes et non des malades. La « qualité de vie » se mesure à l'aide de plusieurs échelles. Elles résultent d'un ensemble d'éléments : disparition ou amélioration des troubles imputables à la carence hormonale, prévention des fractures ostéoporotiques mais aussi effets secondaires et risques éventuels du traitement hormonal. La plupart des études ayant porté sur ce sujet montrent que la ménopause altère la qualité de vie, l'importance de cette altération étant fonction de l'intensité des troubles ressentis. La majorité des études comparant des femmes symptomatiques traitées et des femmes symptomatiques non traitées ont montré qu'il y avait une amélioration de la qualité de vie chez les femmes symptomatiques prenant un traitement.

Il existe plusieurs questionnaires spécifiques de la ménopause. Ils sont plus ou moins complémentaires. (6)

- *L'index de Kupperman* mesure l'intensité des troubles vasomoteurs. Il est effectué par le médecin. (cf. annexe 1)
- *L'Echelle visuelle analogue des symptômes climatiques* cotée de 0 à 10.
- *Le Women Health Questionnaire* évalue les symptômes vasomoteurs et les troubles somatiques tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, la perturbation de la vie sexuelle, les troubles des fonctions cognitives et la séduction.
- *L'Echelle de Mc Coy* mesure les problèmes sexuels et le degré de satisfaction sexuelle.
- *L'Echelle MRS (Menopause rating scale)* comprend onze questions sur les troubles du climatère. Chaque question est cotée de 0 (aucune) à 4 (gêne maximale).
- *Le Qualifemme (28)* a été constitué à partir de la synthèse de plusieurs questionnaires déjà validés et reconnus, la plupart anglo-saxons. La version initiale comportait 32 questions en langue française. Il a été ensuite réduit à 15 items autour de 4 domaines. Les réponses de chaque item se font sur une échelle analogique mesurant 10 cm comportant 2 qualitatifs à chaque extrémité et aucun signe distinctif le long des 10 cm. L'extrémité gauche correspondait à une absence de gêne ressentie, l'extrémité droite, à une gêne maximale.

Ce dernier instrument français explore l'ensemble des domaines relatifs à la qualité de vie pendant la ménopause. Il n'est pas nécessaire de l'associer à d'autres outils de mesure spécifique. (cf. annexe 2 et 3)

11- Autres troubles

De très nombreux autres troubles sont signalés par les femmes à la ménopause. Sans être spécifiques de la carence en œstrogènes, ils seront cependant souvent améliorés par le traitement hormonal. Citons par exemple les troubles du caractère. Cette période charnière est souvent marquée par une tendance dépressive qui coïncide avec le bilan de la vie professionnelle, du couple et du départ des enfants de la maison. De nombreux syndromes

dépressifs mineurs s'améliorent sous traitement hormonal (mais pas les syndromes dépressifs majeurs qui eux relèvent d'un traitement spécifique).

FREQUENCE DES SYMPTOMES EN RAPPORT AVEC LA MENOPAUSE SUR UN ECHANTILLON DE 293 FEMMES AGEES DE 45 A 55 ANS DANS LE MASSACHUSETTS	
SYMPTOMES	%
Bouffées de chaleur	57
Sudations nocturnes	35
Palpitations	29
Douleurs thoraciques	11
Essoufflements	24
Céphalées	58
Vertiges	24
Troubles du sommeil	60
Fatigue	45
Engourdissement	45
Douleurs articulaires	54
Augmentation de poids	22
Troubles digestifs	24
Incontinence urinaire	23
Sécheresse vaginale	27
Trouble de la libido	29
Douleurs aux rapports sexuels	11
Problèmes émotionnels	35
Anxiété	38
Nervosité	32
Dépression	32
Modification de l'humeur	44
Impatience	49
Difficulté à se concentrer	38
Perte de mémoire	46
Autres	6

D'après Makhlouf Obermeyer, Ménopause 2004 ; 11 : 456-65

D - COMPLICATIONS LIEES A LA MENOPAUSE

La ménopause, de plus en plus longue, s'accompagne chez une bonne partie des femmes d'une dégradation de la qualité de vie consécutive à l'effondrement de la production ovarienne d'œstradiol. La ménopause peut s'accompagner d'une part de symptômes et d'autre part de pathologies graves. Il demeure difficile de faire la part des choses entre le processus physiologique du vieillissement et les conséquences à long terme de l'arrêt de la production d'œstrogènes.

1- Conséquences à court terme de la carence oestrogénique

Les conséquences à court terme de la carence oestrogénique sont les signes cliniques précédemment cités. Les bouffées vasomotrices sont les manifestations les plus fréquemment associées à l'installation de la ménopause. La symptomatologie est très variable dans sa fréquence, ses caractéristiques et son intensité selon les femmes. L'intensité de la symptomatologie ne préjuge en rien du niveau de carence oestrogénique.

Environ 40 % des femmes ménopausées ne présenteront aucune symptomatologie. A l'opposé, les signes fonctionnels peuvent occuper le devant de la scène et être à l'origine d'une véritable altération de la qualité de vie personnelle, familiale ou encore professionnelle de la femme.

2- Conséquences à long terme de la carence oestrogénique

a- Ostéoporose post-ménopausique

La carence oestrogénique de la ménopause entraîne des modifications de l'activité du remodelage osseux caractérisée une hyperactivité ostéoclastique. Les conséquences de cette hyperactivité entraînent des altérations de la microarchitecture et une diminution de la masse minérale de l'os. Ainsi des traumatismes mineurs peuvent occasionner des fractures osseuses, les plus fréquentes sont l'extrémité inférieure du radius, l'extrémité supérieure du fémur et la fracture vertébrale.

L'ostéoporose est une maladie associée au vieillissement dont l'incidence augmente avec l'âge. On estime que le risque cumulé pour une femme de 50 ans de présenter une fracture ostéoporotique est d'ici la fin de sa vie d'environ 40 % soit quatre fois plus élevé que le risque de présenter un cancer gynécologique (36). La mesure de la densité minérale osseuse par l'ostéodensitométrie par absorption biphotonique à rayons X constitue le meilleur indicateur du risque de fracture. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les indications de l'ostéodensitométrie chez la femme ménopausée datent de 2007 et sont (4) :

- Antécédent de corticothérapie systémique de plus de 3 mois
- Un indice de masse corporelle inférieur à 19
- Ménopause avant 40 ans
- Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent de premier degré
- Antécédent documenté d'hypogonadisme prolongée, d'hyperthyroïdie non traitée, d'hyperparathyroïdie primitive et d'hypercorticisme

Sous traitement hormonal de la ménopause, l'ostéodensitométrie n'est pas indiquée si les doses utilisées sont recommandées pour prévenir l'ostéoporose (et non pas seulement pour soulager les troubles du climatère). Les doses minimales efficaces pour la prévention osseuse sont de 1 mg de 17 beta œstradiol per os, 25 microgrammes en patch (33).

Chez la femme ménopausée avec une fracture ostéoporotique, l'ostéodensitométrie est inutile. Il faut proposer un traitement par biphosphonates pour une durée minimum de 2 ans.

b - Ménopause et facteurs métaboliques

A la ménopause, on observe plusieurs modifications métaboliques en particulier celui des lipides et de l'hémostase ainsi qu'une modification de la composition corporelle. Les altérations du métabolisme des lipides et des lipoprotéines après la ménopause ont été particulièrement bien étudiées et il a bien été montré que la ménopause fait évoluer le profil lipidique de la femme vers un profil type athérogène. Les modifications les plus caractéristiques sont une augmentation du cholestérol total, de la fraction LDL et une diminution de la fraction HDL. Il existe aussi, mais de façon moins importante, une tendance à l'augmentation des triglycérides. En ce qui concerne les facteurs de l'hémostase, plusieurs études ont montré que la ménopause était associée à une augmentation du fibrinogène, du facteur VII et de l'antithrombine III. Mais l'hémostase reste un processus très complexe.

En ce qui concerne la modification de la composition corporelle, la ménopause est associée à une modification de la répartition des graisses. Il existe une augmentation de la masse grasse en position abdominale dite répartition androïde. Une telle distribution est classiquement associée à une augmentation de l'insulinorésistance et à des perturbations du profil lipidique citées ci-dessus.

Au total, il existe une augmentation du risque cardio-vasculaire chez la femme après la ménopause, surtout, si à cela s'ajoutent d'autres facteurs de risques cardiovasculaires comme un tabagisme, une hypertension artérielle et une sédentarité.

c- Fonctions cognitives et maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer représente la première cause du vieillissement cérébral pathologique et la plus fréquente des démences dégénératives. Elle est à l'origine d'une altération globale, persistante et irréversible du fonctionnement cognitif qui va retentir sur la vie professionnelle, sociale et familiale du sujet atteint. La physiopathologie de cette affection reste inconnue. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, parmi lesquels l'âge, les antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer et le sexe féminin. Pour ce dernier, la prévalence est en effet deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, même en tenant compte de la différence d'espérance de vie. Certains auteurs suggéraient que la baisse brutale des œstrogènes après la ménopause pouvait constituer un des facteurs essentiels de la plus grande prévalence des gens atteints de la maladie d'Alzheimer.

III- LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et l'épuisement définitif des fonctions ovariennes marquent de façon abrupte le basculement vers la troisième partie de la vie. Celle-ci, on le sait, est associée à une augmentation de l'incidence des maladies cardio-vasculaires, de l'ostéoporose et des troubles cognitifs. Cette concordance temporelle a fait soulever très tôt l'hypothèse d'une relation causale entre la carence oestrogénique et l'apparition de ces états morbides. De ce fait, un glissement progressif des indications du traitement hormonal « substitutif » de la ménopause s'est produit au cours des trois dernières décennies du XXème siècle.

Initialement prescrit pour traiter de façon symptomatique et à court terme les manifestations gênantes du climatère, le traitement hormonal de la ménopause s'est transformé en un traitement préventif, donc chronique, des maladies cardio-vasculaires chez la femme. A ces supposés « effets bénéfiques » s'ajoutait l'activité préventive des œstrogènes pour l'ostéoporose post-ménopausique. Puis sont venus s'ajouter des « effets bénéfiques » sur la détérioration intellectuelle et sur la prévention du vieillissement. Ainsi à la fin des années 80, le traitement hormonal « substitutif », massivement prescrit, était perçu par les patientes, les médias et beaucoup de médecins plus comme une fontaine de jouvence que comme un simple traitement médical (50).

A- CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

D'après le VIDAL 2009 qui fait référence aux recommandations de l'AFSAPS / ANAES, les contre-indications aux œstrogènes sont :

- cancer du sein connu ou suspecté, ou antécédents de cancer du sein.
- tumeurs malignes estrogénodépendantes connues ou suspectées.
- hémorragie génitale non diagnostiquée.
- hyperplasie endométriale non traitée.
- antécédent d'accident thromboembolique veineux idiopathique ou accident thromboembolique veineux en évolution (thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire).
- accident thromboembolique artériel récent ou en évolution (angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire...).
- affection hépatique aiguë ou antécédent d'affection hépatique, jusqu'à normalisation des tests hépatiques.
- hypersensibilité connue à l'un des principes actifs ou à l'un des excipients.
- porphyrie.

Le traitement doit être arrêté immédiatement en cas de survenue d'une contre-indication citée précédemment ou dans le cas suivant :

- Ictère ou altération de la fonction hépatique.

- Augmentation significative de la pression artérielle.
- Céphalée de type migraine inhabituelle.

B- INDICATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Le traitement hormonal de la ménopause vise à compenser la carence en œstrogènes. En France, on utilise majoritairement le 17 β œstradiol par voie orale ou par voie extradigestive. En pratique, on associe un progestatif par voie orale afin d'éviter un risque de cancer de l'endomètre chez les femmes non hystérectomisées. Il existe différents schémas d'administration (séquentielle ou continue) entraînant ou non une hémorragie de privation.

Jusqu'en 2002, le rapport bénéfices / risques était supposé favorable à une prescription massive du traitement hormonal à toutes les femmes ménopausées. Les bénéfices comprenaient son efficacité dans le traitement des troubles du climatère, la prévention de l'ostéoporose, la prévention des accidents vasculaires cérébraux et coronariens et dans la prévention du déclin cognitif. Les résultats de deux études étrangères (WHI, américaine et MWS, anglaise) avaient remis en cause la balance bénéfices / risques de ce traitement. Cette situation avait amené l'AFSAPS ET l'ANAES à limiter les indications du traitement de la ménopause à la date du 4 décembre 2003.

L'indication actuelle du traitement hormonal de la ménopause est la femme ménopausée ayant des troubles du climatère (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes et sécheresse vaginale) gênants ou perçus comme tel, altérant sa qualité de vie. L'efficacité de supplémentation des femmes ménopausées en œstrogènes a largement été démontrée dans l'amélioration des troubles du climatère (niveau de preuve 1).

En deuxième intention, le traitement est indiqué en prévention de l'ostéoporose postménopausique chez la femme ayant un risque accru de fracture ostéoporotique et présentant une intolérance ou une contre-indication aux autres traitements indiqués dans la prévention de l'ostéoporose (bien évidemment après une évaluation individuelle précise et soigneuse du rapport bénéfices / risques).

L'adaptation du traitement se fait en fonction de l'efficacité sur les symptômes et en fonction des signes d'hyperoestrogenie. La persistance des troubles doit amener à augmenter progressivement la posologie et à l'inverse, à diminuer la posologie en cas de signe d'hyperoestrogenie.

C. SURVEILLANCE D'UNE FEMME MENOPAUSEE

Trop souvent, la fin des grossesses ou l'arrêt des règles conduit à la fin de toute surveillance médicale alors que celle-ci doit être au contraire renforcée à la ménopause. Même si la ménopause est une étape physiologique de la vie, cette période est concomitante de l'apparition de plusieurs affections comme les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose et les cancers gynécologiques. La surveillance régulière des femmes est nécessaire afin de pouvoir

traiter les symptômes liés à la carence hormonale d'une part, organiser un suivi et un dépistage approprié d'autre part, que ces femmes soient traitées ou non. Lorsqu'un traitement est instauré, il est important d'évaluer les bénéfices et les risques d'un tel traitement au début, mais aussi de façon régulière.

1- première consultation

a- interrogatoire

Il faut impérativement faire préciser dans l'interrogatoire les antécédents personnels et familiaux de la patiente afin d'éliminer toutes les contre-indications au traitement hormonal de la ménopause. Il faut évaluer l'intensité du syndrome de carence oestrogénique afin de connaître le retentissement psychologique et générale de la ménopause. Il est important de renouveler les questions lors des consultations ultérieures afin de rechercher l'apparition d'une éventuelle contre-indication à la poursuite du traitement.

b- examen physique

L'examen physique comporte une palpation des seins et des aires ganglionnaires, un toucher vaginal, la mesure de la tension artérielle et du poids ainsi que s'il date de plus de trois ans, la réalisation d'un frottis cervico-vaginal si on est équipé pour ou sinon sa prescription pour le faire réaliser.

c- examens complémentaires

Les examens à prescrire sont une mammographie, un dosage sanguin comportant une glycémie à jeun et une exploration des anomalies lipidiques (cholestérol total, HDL-cholestérol, LDL-cholestérol et les triglycérides). En cas de facteurs de risques cardio-vasculaires et au moindre doute, un ECG plus ou moins un doppler artériel et une épreuve d'effort doivent être demandés.

2- principes de la surveillance d'une femme ménopausée

a- suivi

Une surveillance est indispensable que la femme soit traitée ou non traitée. Dans le cas d'un traitement, la première consultation de suivi doit avoir lieu dans les trois mois afin de vérifier la tolérance du traitement, son efficacité et de réévaluer l'intérêt à poursuivre le traitement hormonal ou non (voire de l'instaurer). Par la suite, une consultation semestrielle ou annuelle est proposée. Cette réévaluation pourra ainsi s'accompagner d'une suspension temporaire du traitement afin de contrôler la persistance du syndrome climatérique et sa sévérité.

Il faut principalement déterminer la dose minimale efficace du traitement, c'est-à-dire pour laquelle la patiente ressent un bénéfice sans avoir les inconvénients d'un surdosage oestrogénique. La dose minimale d'estrogènes pour supprimer les troubles climatériques et pour préserver la densité minérale osseuse a été étudiée dans différentes études avec

différentes voies d'administration (47). Les signes d'un sous dosage oestrogénique sont la persistance des bouffées de chaleur, de sueurs nocturnes, l'asthénie, la sécheresse vaginale et l'absence d'hémorragies de privation dans le cas d'un traitement séquentiel. Les signes d'un sur dosage sont la présence de mastodynie, la sensation de gonflement et la prise de poids.

b- surveillance par mammographies

La surveillance par mammographies doit avoir lieu tous les deux ans à partir de 50 ans, avant s'il existe des antécédents familiaux de cancer du sein. La palpation des seins par le médecin ne suffit pas dans la mesure où l'on peut difficilement dépister des lésions de moins de un centimètre (33). Par ailleurs, il faut noter que sous traitement hormonal de la ménopause, 5 à 25 % des femmes ont les seins denses, ce qui peut rendre difficile l'interprétation de la mammographie. Dans ce dernier cas, une échographie mammaire est associée à la mammographie ou bien les mammographies sont rapprochées.

c- recherche de métrorragies

En dehors d'un traitement séquentiel, tout saignement survenant après la ménopause doit être considéré comme anormal. Même s'il on craint un cancer endométrial, celui-ci atteint la dernière position des principales causes. Par ordre de fréquence nous avons l'atrophie endométriale, l'hypertrophie endométriale, les polypes et les myomes et les cancers de l'endomètre. Toute métrorragie nécessite une exploration complémentaire par une échographie pelvienne, une hystéroscopie et une biopsie de l'endomètre si besoin.

d- surveillance du frottis cervico-vaginal

Une conférence de consensus s'était réunie en France à Lille en 1990. Il a été proposé d'effectuer des frottis tri-annuels jusqu'à 65 ans.

e- recherche des troubles génitaux-urinaires

Ces troubles ne sont pas évoqués spontanément par les patientes et doivent être systématiquement recherchés. Il faut rechercher une sécheresse vaginale et une incontinence urinaire d'effort.

f- dépister les facteurs de risque cardio-vasculaires

Le traitement hormonal de la ménopause n'exerce pas d'effet protecteur sur les maladies cardio-vasculaires. Il existerait même une augmentation du risque la première année de traitement. Que les femmes soient traitées ou non, il convient de rechercher un diabète, une dyslipidémie, une HTA, une consommation de tabac et une sédentarité. A l'interrogatoire, on recherche l'absence d'angor ou d'accident ischémique transitoire.

g- recherche des troubles du comportement et /ou une altération de la qualité de vie

Il convient de rechercher un syndrome dépressif, une asthénie et des troubles du sommeil car un traitement oestrogénique est souvent plus approprié qu'un traitement antidépresseur dans un certain nombre de cas.

D. EFFETS BENEFIQUES DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

1- Amélioration des troubles du climatère

L'efficacité du traitement hormonal sur les troubles du climatère a été prouvée par de nombreuses études randomisées. Le traitement hormonal de la ménopause améliore les bouffées de chaleur, les sudations nocturnes et la sécheresse vaginale (niveau de preuve 1).

2 - Prévention de l'ostéoporose

Le traitement hormonal de la ménopause a démontré un effet préventif de la perte osseuse postménopausique mesurée par ostéodensitométrie. En prévention primaire du risque fracturaire, le traitement hormonal est le seul traitement ayant prouvé son efficacité. Avec le traitement hormonal de la ménopause, l'augmentation de densité minérale osseuse est particulièrement nette la première année, puis tend vers un plateau ; elle est dose dépendante et s'observe avec tous les schémas thérapeutiques. Après arrêt du traitement hormonal de la ménopause, la perte osseuse est accélérée. Le traitement hormonal a constitué pendant près de 50 ans la thérapeutique la plus largement utilisée dans tous les pays pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose (35). Cette situation a été remise en cause car l'absence de protection cardio-vasculaire et l'augmentation légère du risque de cancer du sein n'apparaissaient plus compatibles avec l'utilisation prolongée du traitement hormonal.

3 - Amélioration de la sexualité

Sous traitement substitutif, plusieurs études américaines ont montré une augmentation de la lubrification vaginale et une amélioration de la sensibilité cutanée vulvaire. L'oestrogénothérapie améliore la libido, l'activité sexuelle, le plaisir, la capacité orgasmique et les fantasmes (26). La quasi-totalité des études menées en double aveugle ont montré une diminution significative des troubles neuropsychiques, comme la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue et l'insomnie avec une oestrogénothérapie administrée seule ou en association avec un progestatif. Ces effets neuropsychiques et la disparition des troubles thermo vasomoteurs permettent d'améliorer la qualité de vie.

4 - effet protecteur sur le cancer colorectal

Le traitement hormonal de la ménopause par oestroprogestatif a un rôle protecteur vis-à-vis du cancer colorectal, qui semble plus marqué pour le cancer du colon (2). (RR= 0,83)

5 – amélioration des troubles du sommeil

L'essai WHI indique que les troubles du sommeil sont améliorés par le traitement hormonal (niveau de preuve 1).

6 – amélioration de la qualité de vie

Dans l'étude HERS, la qualité de vie a été étudiée selon quatre dimensions : fonctionnement physique, santé mentale, énergie / fatigue et dépression. La qualité de vie diminue en trois ans sauf pour les symptômes dépressifs. Un effet positif sur les dimensions psychologiques et sur la qualité de vie a été observé chez les femmes qui souffraient de bouffées de chaleur initialement.

Dans l'étude WHI, le traitement hormonal de la ménopause n'a pas d'effet significatif sur les différentes dimensions de la qualité de vie alors qu'il améliore le sommeil et certaines douleurs.

Il apparaît donc difficile de conclure que le traitement hormonal de la ménopause améliore la qualité de vie en l'absence de trouble du climatère ou du sommeil.

E- LES RISQUES LIES AU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

1 – incontinence urinaire

En février 2005, les données concernant la fréquence des incontinenances urinaires dans les essais WHI ont été publiées. Le traitement hormonal aggrave la fréquence des mictions chez les femmes incontinentes. Chez des femmes jusque là continentes avant l'instauration du traitement hormonal, la fréquence des incontinenances d'efforts apparues sous traitement est nettement supérieure par rapport au groupe placebo. Les données de l'étude HERS convergent avec les résultats de l'étude WHI(51).

2 – risque du cancer du sein

Il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un traitement hormonal de la ménopause. Celui-ci représente quatre à six cas supplémentaires sur 1000 femmes traitées pendant cinq ans (2). Aucune différence n'est démontrée en fonction de la voie d'administration du 17 bêta œstradiol (2). Le sur-risque du cancer du sein augmente avec la durée du traitement. Il n'y a pas de durée minimale pour lequel il n'y a aucun risque. En revanche, un sur-risque de cancer du sein est formellement démontré pour une durée d'utilisation supérieure à cinq ans (2). Le sur-risque du cancer du sein retombe à une valeur proche du risque des non-utilisatrices dans les cinq ans qui suivent l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause (2).

3 – risque de cancer de l'endomètre

Le traitement hormonal de la ménopause par œstrogènes seuls augmente le risque de cancer de l'endomètre (2). L'association d'un progestatif en traitement continu (et non séquentiel) à un œstrogène annule le risque du cancer de l'endomètre.

4 – effets cardio-vasculaires

L'ensemble des études montre que le traitement hormonal de la ménopause par oestroprogestatifs ou œstrogènes seuls n'exerce pas d'effet protecteur sur la maladie coronarienne. Il existe même une augmentation du risque coronarien sous traitement chez des femmes dont le risque cardio-vasculaire est bas (2).

5 – risque de maladie veineuse thrombo-embolique

Il existe une nette augmentation du risque de maladie veineuse thrombo-embolique sous traitement oestroprogestatif en particulier par voie orale. Ce risque ne varie pas en fonction de la durée d'utilisation du traitement. Dans toutes les études, l'incidence annuelle d'un épisode thrombo-embolique reste faible (2).

6 – risque de démence

Le traitement hormonal de la ménopause n'apporte pas de bénéfice par rapport au risque de démence. Au contraire, chez les femmes de plus de 65 ans, le risque de démence est augmenté par le traitement. Le risque de base plus élevé de développer une démence après l'âge de 70 ans (le déclin cognitif est en grande partie lié à l'état vasculaire cérébral) incite à déconseiller l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause après cet âge (2).

F- LES ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Il existe aujourd'hui d'autres traitements des troubles ou des pathologies qui peuvent accompagner la période de la ménopause. Les résultats de la WHI et de la MWS ont contribué à attirer l'attention des prescripteurs et des femmes sur ces traitements dits « alternatifs ». Parmi les différents traitements disponibles actuellement, il faut distinguer ceux qui ont une action spécifique sur l'os et ceux qui ont plusieurs cibles d'action comme le traitement hormonal de la ménopause.

1- les traitements spécifiques de l'ostéoporose

a- Les biphosphonates

Les biphosphonates spécifiques de l'os sont indiqués en post-ménopause dans le traitement de l'ostéoporose. Ils agissent sur l'os en bloquant la résorption osseuse par inhibition des ostéoclastes. Actuellement cinq produits disposent de l'autorisation de mise sur le marché dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique : l'Étidronate (DIDRONEL), l'Alendronate (FOSAMAX), le Résétronate (ACTONEL), l'Ibandronate (BONVIVA) et le Zoledronate (ACLASTA). Ils sont efficaces à des degrés divers et ils sont prescrits en première indication chez la femme ménopausée ostéoporotique (Tscore < -2,5) en l'absence de troubles climatériques. Ils sont aussi indiqués chez la femme ménopausée en ostéopénie (-2,5 < Tscore < -1) avec des facteurs de risques de fractures associés (3).

b- Le ranelate de strontium

Le ranelate de strontium (PROTELOS) a montré, chez des femmes ménopausées présentant une ostéoporose vertébrale, une baisse de l'incidence des déformations vertébrales et stimulerait la formation osseuse. (38)

c- Calcium

Le calcium est habituellement prescrit en complément à d'autres traitements anti-ostéoporotiques. Un traitement supplémentaire par calcium est utile mais insuffisant à lui seul pour traiter l'ostéoporose. Les apports journaliers recommandés sont chez les femmes adultes de 900 mg par jour et de 1200 mg par jour chez les plus de 65 ans.

2- les traitements ayant plusieurs cibles d'action

a- les SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulators)

Ce sont des agents pharmacologiques dont l'effet est agoniste des œstrogènes sur certains tissus comme l'os. Il s'agit du raloxifène (EVISTA ou OPTRUM). Il n'a pas d'action sur les troubles vasomoteurs. Il est possible qu'il soit bénéfique pour le sein et pour les maladies cardio-vasculaires (38). Par contre, il semblerait qu'il augmenterait les risques de maladies thromboemboliques et le taux de triglycérides. Il faut attendre plus de précision concernant les bénéfices du raloxifène en dehors de l'augmentation de la densité osseuse.

b- la tibolone

La tibolone est un stéroïde de synthèse qui présente une activité androgénique, progestative et une activité faiblement oestrogénique. Il est commercialisé sous le nom de LIVIAL. Ses propriétés oestrogéniques sont à l'origine de son effet sur les symptômes vasomoteurs et sur la résorption osseuse. L'activité androgénique de ce produit améliore la lubrification vaginale et la libido. Le sommeil est aussi amélioré (38). Du fait de son effet progestatif, il existe peu de mastodynies et peu de métrorragies. De nombreux arguments sont en faveur d'une absence de stimulation du tissu mammaire sous tibolone (10). Par contre, il existe une augmentation significative du risque d'accident vasculaire cérébral sous tibolone.

c- les phytoestrogènes

Les phytoestrogènes sont des produits dérivés de plantes qui sont transformés en substances oestrogéniques dans le tube digestif. Ils sont commercialisés sous le nom d'EVESTREL dont il existe toute une gamme. L'idée que les phytoestrogènes pourraient être efficaces sur les symptômes et les pathologies de la post-ménopause repose sur l'observation d'une fréquence des bouffées de chaleur, des fractures ostéoporotiques, des maladies cardio-vasculaires et des cancers du sein moindre chez les chinoises et les japonaises par rapport aux européennes et aux américaines du nord. L'alimentation asiatique traditionnelle riche en soja a été évoquée pour expliquer ce phénomène mais tant que nous n'aurons pas de preuve concernant leur efficacité et / ou leur innocuité, il est nécessaire d'être très prudent dans leur utilisation.

d- DHEA (Déhydroépiandrosterone)

La DHEA est une hormone à laquelle on prête depuis plusieurs années des vertus contre le vieillissement car sa concentration dans l'organisme diminue avec l'âge. Depuis le 11 juin 2001, le laboratoire Cooper a mis à disposition la DHEA dans les officines françaises qui le souhaitent. Même si elle n'est pas considérée comme un médicament, elle doit être prescrite par un médecin. Certaines personnes estiment en avoir observé les bénéfices sur leur libido, leur moral et sur leur apparence physique (en particulier la peau). Bien qu'elle ne soit pas interdite, le conseil national de l'ordre des médecins demande aux médecins de ne pas prescrire la DHEA dans l'intérêt du malade, rappelant que la responsabilité du médecin prescripteur est engagée en cas d'incident.

e- les autres

La clonidine (CATAPRESSAN), le venlafaxine (EFFEXOR), la paroxétine (DEROXAT), la fluoxétine (PROZAC) et le gabapentin (NEURONTIN) (34) sont des médicaments non hormonaux qui ont démontré leur efficacité dans la diminution des bouffées de chaleur pour lesquelles le traitement hormonal de la ménopause était contre-indiqué (16). Mais ces traitements n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement des bouffées de chaleur. Par contre, la bêta-alanine (ABUFENE) a l'AMM. Son mécanisme d'action ne relève que d'hypothèses mais il est bien toléré par la majorité des femmes.

En conclusion, parmi les médicaments non hormonaux, aucun des produits cités précédemment ne cumule les effets bénéfiques du traitement hormonal de la ménopause pour sa prise en charge (21). Il convient de s'orienter vers un traitement sur mesure de la ménopause en adaptant la prescription en fonction des symptômes et des contre-indications de chaque patiente. S'il existe d'emblée une réticence ou une contre-indication au traitement hormonal de la ménopause classique, ces produits peuvent être administrés après un an d'aménorrhée en respectant évidemment les connaissances des données actuelles de ces produits.

G- RAPPELS SUR LES DIFFERENTES GRANDES ETUDES SCIENTIFIQUES (1)

Depuis le 09 juillet 2002, les études publiées sur le traitement hormonal de la ménopause ont conduit l'agence française de sécurité sanitaire à revoir à plusieurs reprises l'ensemble des données concernant les bénéfices et les risques liés à l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause. C'est principalement sur la base de deux études anglo-saxonnes que ces recommandations ont été définies.

L'étude de la Women's Health Initiative (WHI) était une étude randomisée en double-insu ayant inclus 16 608 femmes américaines âgées de 50 à 79 ans, ménopausées, n'ayant pas subi d'hystérectomie et sans antécédent de maladie cardio-vasculaire. Elles ont reçu soit

0,625 mg/j d'estrogènes conjugués équins (ECE) et 2,5 mg d'acétate de medroxyprogestérone (MPA) soit un placebo pendant une durée moyenne de 5,2 ans. L'étude a montré que l'association ECE-MPA augmentait la survenue d'événements cardio-vasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral), thrombo-embolique veineux et le risque de cancer du sein. Des analyses et des données complémentaires ont apportées des précisions sur le risque du cancer du sein et de démence. Contrairement à ce qui avait été observé en 2002, une analyse de la WHI a montré que les tumeurs mammaires sont diagnostiquées à un stade plus avancé et le pourcentage de mammographies anormales dès la première année de traitement est supérieur dans le groupe traité par ECE-MPA. Une autre analyse a mis en évidence l'absence de bénéfice du traitement hormonal de la ménopause (ECE-MPA) sur les fonctions cognitives et suggère une augmentation possible du risque de démence. En fait, ces mauvais résultats ne sont pas forcément extrapolables et transposables à la population féminine française. Dans cette étude, les patientes incluses étaient plus âgées et plus grosses (69,5 % des femmes étaient en surpoids dont 34,2 % franchement obèse, 35,7 % suivaient un traitement anti-hypertenseur, 6,9 % prenaient des statines, 4,4 % étaient diabétiques (43)) que la moyenne des françaises sous traitement. Par ailleurs, les traitements étudiés ne sont pas utilisés en France. Le délai moyen entre l'apparition de la ménopause et le traitement était de 13 années. Seulement 10 % des femmes étaient symptomatiques.

La Million Women Study (MWS), publiée en 2003, était une étude d'observation effectuée à partir d'un registre de femmes suivies dans le cadre du dépistage systématique du cancer du sein. Elle a été menée aux Royaume-Uni auprès de 1 084 110 femmes d'âge compris entre 50 et 64 ans. La moitié des femmes ont reçu un traitement hormonal de la ménopause à un moment de leur vie, les autres n'ont jamais rien reçu. Cette étude a confirmé le sur-risque de cancer du sein associé au traitement hormonal et ce quelque soit le type de traitement. S'agissant d'une étude de cohorte, cette étude comportait un certain nombre de biais en particulier le fait qu'était renseigné la prise ou non du traitement hormonal à l'entrée dans l'étude mais plus par la suite. (Une femme pouvait très bien changer son traitement ou l'arrêter. Une autre, au départ non traitée, pouvait très bien décider de prendre un traitement par la suite).

L'étude française E3N a permis une analyse du risque de cancer du sein en fonction du traitement hormonal utilisé. Cette étude comptait 69 647 femmes. Elles ont été suivies pendant une durée moyenne de 7,7 ans. Les femmes ont été traitées avec une durée moyenne de 5,5 ans. Les résultats confirmaient l'augmentation du risque du cancer du sein chez les femmes traitées par un traitement hormonal de la ménopause combiné comprenant un progestatif de synthèse ou par estrogène seul. Cette étude a eu l'immense mérite d'établir une distinction en fonction des hormones utilisées, ce qui n'avait pas été le cas auparavant.

L'étude ESTHER (ESTrogen and Thrombo-Embolic Risk), française en dépit de son nom anglais, évaluait le risque thromboembolique veineux en fonction de la voie d'administration des estrogènes et du type de progestatif. Elle a permis de démontrer que le risque de phlébite,

légèrement augmenté avec les œstrogènes par voie orale, comme dans l'étude WHI, ne l'était plus avec la voie cutanée, même chez les femmes à risque.

IV. MATERIEL ET METHODE DE L'ENQUETE

L'augmentation de l'espérance de vie a conduit en un siècle à une augmentation importante du nombre de femmes ménopausées (> 10 000 000 en France). Ces femmes ménopausées sont pour la plupart très actives et parfois au summum de leur activité professionnelle. Un certain nombre de troubles motivent les femmes à consulter leur médecin afin de pallier ces symptômes (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, sécheresse vaginale, changement de l'apparence corporelle...). Le médecin généraliste est souvent sollicité pour prescrire ou renouveler le traitement hormonal de la ménopause. Suites à différentes études, les recommandations de l'Haute Autorité de Santé préconisent désormais le traitement le plus court possible à la dose minimale efficace. Or, il est parfois difficile de mettre fin au renouvellement du traitement hormonal au-delà de cinq ans. Certaines patientes insistent pour le poursuivre tandis que d'autres patientes refusent d'entendre qu'il faut à un moment l'arrêter.

L'objectif est d'étudier les motivations des patientes à poursuivre le traitement hormonal de la ménopause au-delà des recommandations malgré une information largement diffusée par les médias, les médecins et les magazines féminins sur les risques au long court de ce traitement.

A. CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN

1- Choix de la méthode

Il existe plusieurs formes d'entretiens selon l'usage que l'on veut avoir. Chaque technique présente des avantages et des inconvénients spécifiques : tout dépend des objectifs de l'enquête. La ménopause est une période difficile pour chaque femme. J'ai choisi la méthode de l'entretien semi-directif afin de les laisser s'exprimer sur leur ménopause. Elles se sentent pour la plupart diminuées à cette période et c'est pour les revaloriser que je les laisse parler librement. Elles n'en parlent à personne pour la plupart d'entre elles. En contre partie, j'ai choisi la forme directive pour ne pas que de trop longs discours soient tenus et qu'il n'y ait pas de hors sujet ou quasiment pas.

2- La fixation du cadre de l'entretien

La définition du cadre de l'entretien nécessite beaucoup d'attention. L'environnement dans lequel l'individu se situe peut influencer sa réflexion. Par exemple en présence d'une tierce personne, le discours peut être minimisé ou au contraire enjolivé. Inversement, lorsque l'on choisit un cadre approprié, les effets sont bénéfiques : la patiente s'exprime librement, elle cesse d'être sur ses gardes et accepte de se dévoiler.

Initialement la rencontre devait avoir lieu au cabinet du médecin traitant de la patiente ou chez elle. Je me suis vite rendue compte qu'au cabinet du médecin traitant, après des

journées bien chargées de consultation lors des remplacements, c'était difficile de leur donner un rendez-vous au-delà de 20 heures 30. Quant au domicile de la patiente, pour la plupart elles ne m'ont vue qu'une seule fois ; je sentais une gêne dans cette proposition. Le premier entretien a eu lieu au domicile de la patiente après y avoir déjeuné ensemble. C'était agréable mais j'y suis restée toute la journée. J'ai fini par choisir de faire l'entretien par téléphone. Au niveau de mon emploi du temps c'était plus facile à gérer car je pouvais appeler certaines patientes après 21 heures c'est-à-dire après le travail et une fois mon fils couché. Par contre certaines patientes ne voulaient pas que je les appelle après 19 heures ainsi que le weekend. C'était donc difficile de convenir un rendez-vous téléphonique. Une fois le rendez-vous fixé, très souvent la patiente n'était pas chez elle ou pas disponible ou moi-même occupée.

3- Elaboration du guide d'entretien

Cet entretien comportait huit items.

Profil

Je voulais connaître leur profil c'est-à-dire leur âge, leur situation professionnelle et familiale et ainsi que leur nombre d'enfants.

Dimension cosmétique

On entend souvent que celles qui prennent le traitement ne veulent pas vieillir. J'ai donc intitulé un item « dimension cosmétique » afin de savoir si elles faisaient attention à leur aspect extérieur par l'usage de crème de jour, de crème antirides, l'utilisation de maquillage et connaître leur attitude envers le lifting.

Antécédents médicaux

Leurs antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques étaient indispensables afin d'être sûre qu'il n'y avait pas de contre-indications au traitement hormonal de la ménopause.

Représentations de la ménopause

Par cet item, je voulais avoir un aperçu de leurs connaissances médicales sur les complications propres à la ménopause et savoir si la ménopause représentait une étape importante dans leur vie.

Vous et votre ménopause

Les symptômes liés à la ménopause sont différents d'une femme à l'autre, d'autant plus qu'elles comparent souvent leurs symptômes avec leur entourage. Il me semblait important de connaître les motivations de la prise initiale du traitement hormonal de la ménopause.

Le traitement hormonal de la ménopause en général

Actuellement, on entend très souvent que les patientes doivent être informées des bénéfices et risques encourus lors de la mise en place d'un traitement ou bien la nécessité de réévaluer ces risques avant un renouvellement de traitement. Je voulais savoir ce qu'elles

avaient retenu de l'information préalablement dite avant la mise en place du traitement hormonal de la ménopause. Par ailleurs, je voulais confirmer leur participation au dépistage du cancer du sein.

Vous et votre traitement hormonal de la ménopause

Les molécules utilisées ainsi que leur dosage étaient demandés dans cet item. Par la suite, je leur demandais si elles étaient satisfaites de leur traitement et de préciser le bien-être que ça pouvait leur apporter.

Tentatives d'arrêt

Cet item correspondait directement au sujet de cette thèse à savoir quels étaient les freins à l'arrêt du traitement hormonal.

J'ai mis tout à la fin une question un peu indiscreète concernant les rapports sexuels mais je vous avouerai que j'ai rarement pu la poser pour la simple et unique raison que l'entretien se déroulait par téléphone ; la plupart des patientes ne m'avaient vue qu'une seule fois. J'ai essayé de détourner la question en leur demandant si elles avaient une sécheresse vaginale mais ça s'arrêtait là.

4- Constitution de l'échantillon

Le travail de cette thèse est un travail qualitatif. L'échantillonnage était ciblé. Les patientes étaient toutes des femmes ménopausées sous traitement hormonal depuis plus de cinq ans et elles ne désiraient pas l'arrêter pour le moment. Le recrutement était plus que laborieux puisqu'il se faisait au « compte-gouttes ». Je les recrutais au fur et à mesure de mes remplacements en médecine générale. Il faut dire que je n'en ai pas rencontré énormément. Les premières étaient recrutées au cabinet médical lors de mon stage chez le praticien, lieu de naissance de mon sujet. Pour chaque femmes de plus de 50 ans, que je voyais pour la première fois au cabinet médical lors de mes remplacements, je leur demandais si elle était ménopausée, si elle prenait un traitement et si oui depuis combien de temps. Chaque femme qui me répondait oui et depuis plus de cinq ans, je leur proposais de participer à l'élaboration de ma thèse. Aucune ne m'a refusée sa participation. J'ai recruté vingt-six patientes. Cinq patientes n'ont pas pu être interrogées. Quatre patientes étaient injoignables. Deux patientes (patientes numéro 4 et 8) ont été interrogées mais leurs entretiens n'étaient pas exploitables car je me suis rendu compte qu'au fil de la conversation, elles ne prenaient plus le traitement alors qu'elles me disaient qu'elles le continuaient. Pour une autre patiente, à chaque fois que je l'appelais, son mari interceptait l'appel et refusait de me la passer malgré des explications ; il m'a même raccrochée au nez à chaque fois. J'ai donc quinze entretiens exploitables.

Le temps passe tellement vite qu'il s'est écoulé deux ans avant de faire le premier entretien. Cette perte de temps a fini par exclure les premières patientes initialement recrutées car elles ne prenaient plus de traitement.

B-DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Pour la plupart des patientes, les entretiens se sont faits par téléphone, excepté les deux premiers. Ils se sont déroulés de juillet 2008 à juin 2009. Ils duraient de neuf minutes à vingt minutes suivant les patientes. Ils étaient tous enregistrés par un logiciel informatique nommé AUDACITY. Je mettais le haut parleur du téléphone près du micro de mon ordinateur et je déclenchais l'enregistrement. Au préalable je prévenais les patientes qu'elles étaient enregistrées afin d'obtenir leur autorisation. L'enregistrement me permettait une retranscription ultérieure de l'entretien et facilitait mon travail pour l'analyse des résultats. A aucun moment je citais leur nom, je leur attribuais un numéro. J'essayais au maximum de me détacher de mon rôle de médecin afin qu'elles puissent se confier en toute liberté. Je ne les jugeais pas, je ne les contredisais pas. Je les écoutais. Je leur posais les questions tout en respectant les silences. Par moments, j'ajoutais des questions subsidiaires afin de leur faire préciser certaines réponses.

C- RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

La retranscription des entretiens a été la partie la plus fastidieuse et la plus laborieuse de ce travail de thèse. J'ai passé un nombre d'heures incalculable à retranscrire ces entretiens. La retranscription du langage oral est en fait très difficile. J'ai voulu déléguer ce travail à mon mari. N'étant pas dans le domaine médical, la correction de son travail a été aussi longue qu'une retranscription par moi-même. Ce travail ne me fût pas inutile car il m'a permis de m'imprégner des entretiens et de m'immerger dans le discours des patientes. Cette phase de travail s'est étendue de juillet 2008 à juillet 2009.

L'analyse a été faite de façon individuelle et sans logiciel de codage. Une analyse de contenu au plus près du texte a d'abord été effectuée avec ensuite un regroupement thématique des codes.

V- RESULTATS

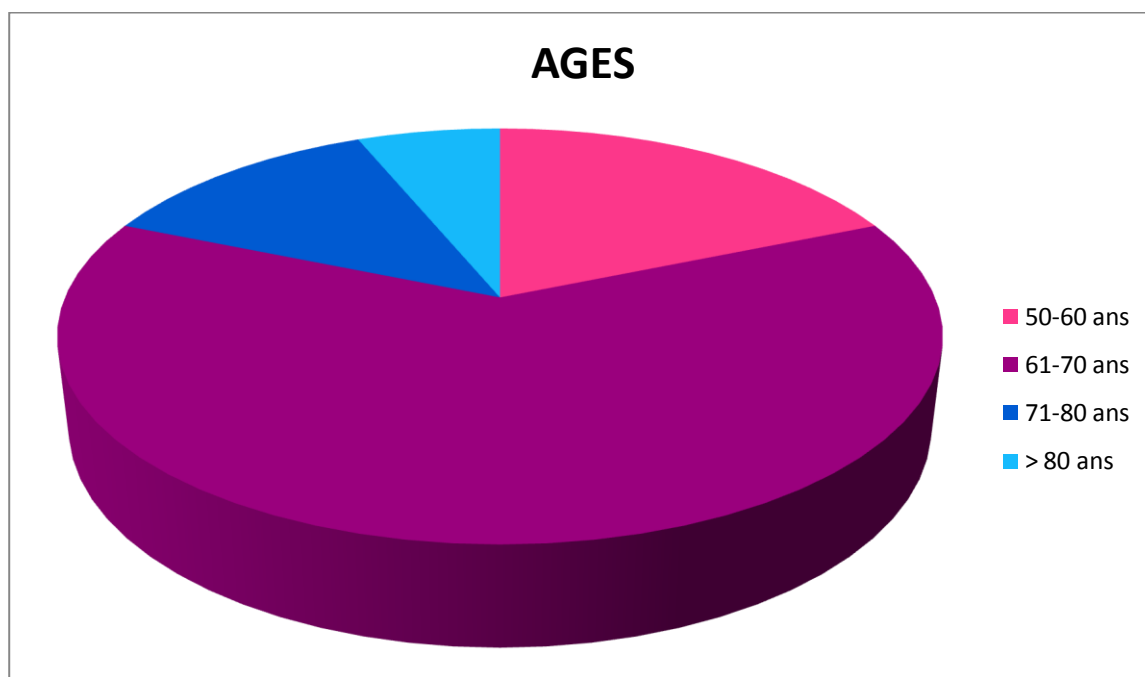
A- Description de l'échantillon

Trois chapitres de l'enquête étaient dédiés à la description de l'échantillon des patientes. Un concernait le profil des patientes, un prenait en compte la dimension cosmétique et un autre énumérait les antécédents médicaux des patientes. Trois questions dans deux autres chapitres décrivaient l'âge du début de la ménopause, l'âge au début de la prise médicamenteuse et le type du traitement hormonal de la ménopause prescrit.

Profil

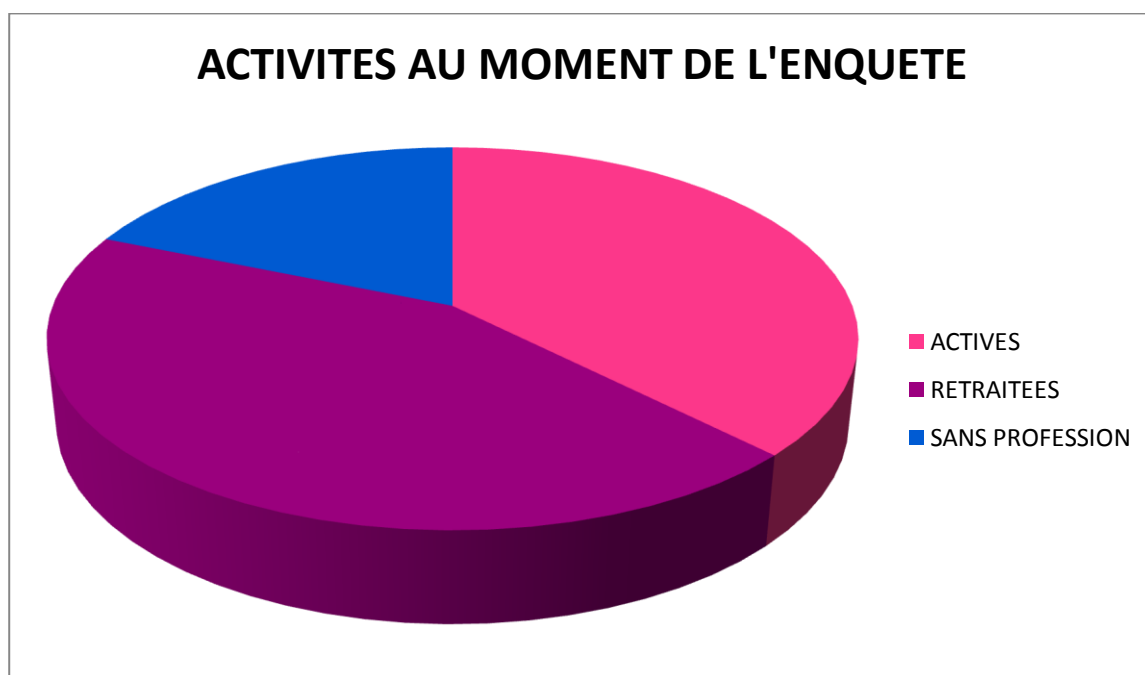
Le premier item intitulé « profil » nous permettait de décrire la situation de chaque femme au moment de l'enquête. Les questions portaient sur leur âge et date de naissance, leur activité professionnelle, leur situation familiale et le nombre d'enfants.

La plus âgée était née en 1927 ce qui lui faisait 82 ans. La plus jeune était née en 1956, ce qui lui faisait 53 ans. La moyenne d'âge des femmes de notre enquête était de 64,75 ans. Trois d'entre-elles avaient moins de 60 ans. Neuf femmes avaient entre 60 et 70 ans. Quatre femmes avaient plus de 70 ans dont deux avaient plus de 80 ans.



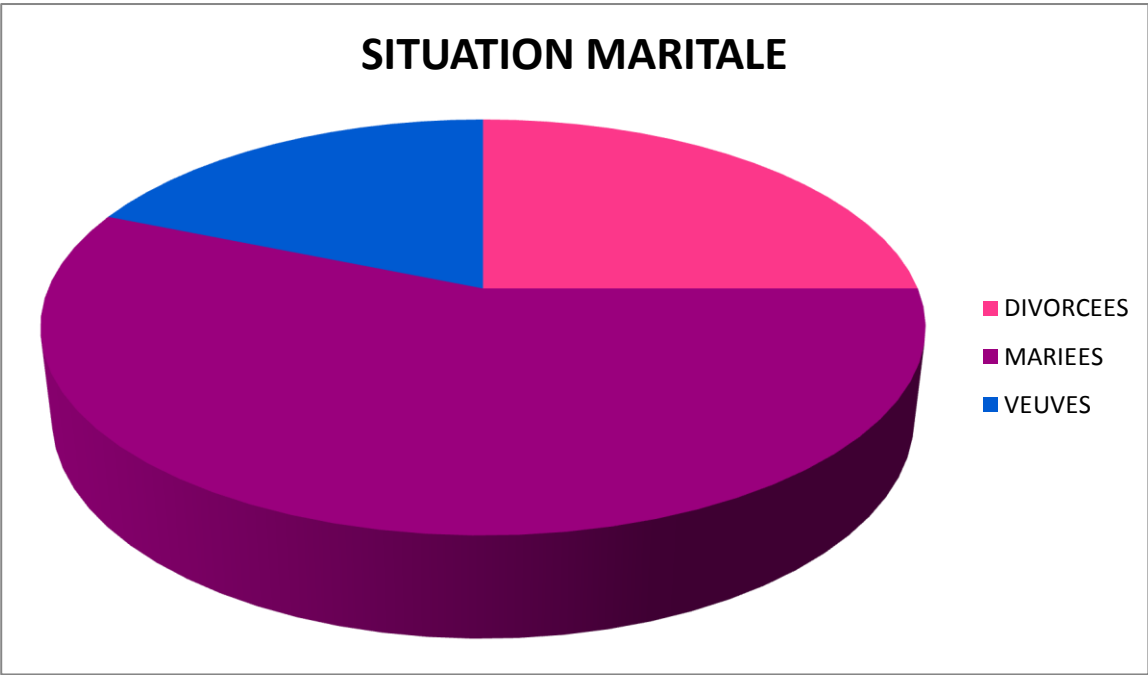
Proportion des femmes de l'échantillon en fonction de leur âge.

La plupart des femmes de l'échantillon avaient encore une activité professionnelle. Sauf trois patientes, elles avaient toutes travaillé ou travaillaient encore. Une patiente de 71 ans était toujours en activité professionnelle. Elle était conseillère en esthétique et cosmétique. Sept d'entre-elles étaient retraitées. Les activités étaient diverses. Parmi les actives, nous avons deux secrétaires dont une dans le milieu médical, un professeur de chant, une assistante de direction, une employée de caisse de retraite et une conseillère en esthétique. Parmi les retraitées, les activités étaient toutes aussi diverses. Il y avait un professeur d'éducation physique et sportive, une couturière, un adjoint administratif hospitalier, une employée de banque et une préparatrice en pharmacie, une fonctionnaire et une secrétaire commerciale.



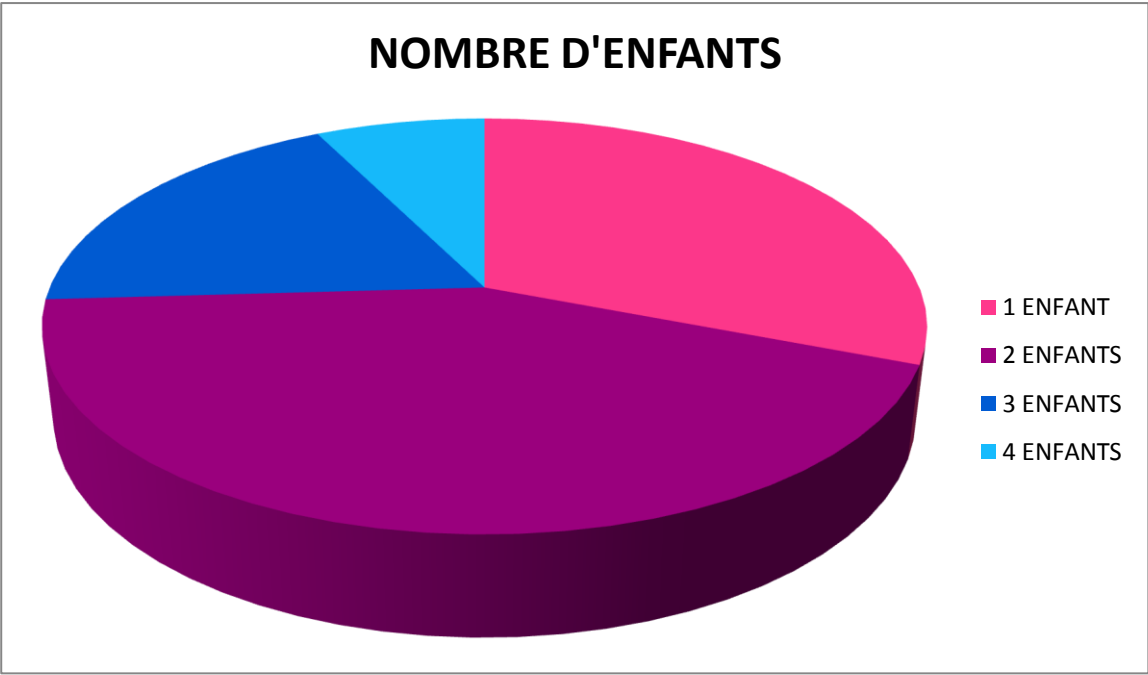
Proportion des femmes en fonction de leur activité actuelle.

En ce qui concerne leur situation familiale, la plupart des patientes de l'échantillon étaient mariées. Trois d'entre elles étaient veuves. Quatre d'entre elles étaient divorcées.



Proportion des femmes selon leur situation familiale.

Elles avaient toutes des enfants. Le maximum était de quatre enfants. La moyenne d'enfant par femmes de notre enquête était de deux.



Proportion des femmes ayant 1, 2, 3 ou 4 enfants.

Dimension cosmétique

Le deuxième item s'intitulait « dimension cosmétique ». Il s'intéressait à l'usage du maquillage et des soins esthétiques, au style vestimentaire et enfin à connaître leur avis sur le lifting.

Sauf une patiente, elles se maquillaient toutes. Aucune ne sortait sans maquillage et ce quel que soit leur âge. Michèle se maquillait « *pour avoir bonne mine, pour avoir un visage reposé* ». Elles se maquillaient même pendant les vacances sauf une car elle transpirait beaucoup l'été.

A l'exception d'une patiente, les femmes de notre échantillon se faisaient toutes des teintures capillaires et ce de façon régulière à raison de six à douze fois par an pour certaines. La plupart des femmes utilisaient des teintures pour masquer des cheveux blancs ou gris.

La plus grande partie des femmes interviewées n'avaient pas recours à des soins esthétiques. Cela restait plutôt exceptionnel ou réservé à des grandes occasions.

Parmi les patientes interrogées, nous avons quatre attitudes envers le lifting : Il y avait celles qui étaient radicalement contre du fait de nombreux ratages ou de l'effet éphémère du lifting. Huguette disait : « *J'ai vu quelques exemples de personnes âgées qui ont fait du lifting, qui ont la figure comme du carton, qui ne peuvent même plus sourire (...) même fait par des grands spécialistes. Ça dépend de la peau qu'on a, ça dépend de beaucoup de choses.* ». Marthe préférait le naturel « *parce que quand ça retombe on est déçu.* ».

Certaines patientes n'étaient pas du tout intéressées par la chirurgie car tout simplement elles n'y avaient jamais pensé ou estimaient ne pas en avoir besoin pour elle. Carole disait : « *Je n'en ai pas besoin car je vieillis normalement mais je trouve que certaines personnes en ont besoin.* ».

Par ailleurs, il y avait celles qui y songeaient mais qui n'étaient pas encore prêtes à le faire et ce pour plusieurs raisons : soit parce que ce n'était pas le moment opportun au niveau de l'aspect physique soit parce qu'elles n'osaient pas, d'autant plus qu'une patiente avait sa fille chirurgien plastique qui poussait sa mère à franchir le pas. Michèle disait « *Pourquoi pas un peu plus tard pour avoir meilleure mine* » ou bien Hélène disait « *pour le moment je n'en vois pas la nécessité, mais si je ne me sentais pas bien, éventuellement...* ».

Puis nous avons les convaincues, celles qui étaient complètement pour et qui avaient surtout déjà eu recours à un lifting. Mentons, rides et paupières avaient déjà été retouchés et elles étaient prêtes à faire plus si elles en avaient les moyens financiers.

Un grand nombre de femmes disait ne pas avoir changé de tenue vestimentaire. Il n'y avait pas eu de rupture de style depuis qu'elles étaient ménopausées sauf pour cinq patientes d'entre elles qui avaient grossi et qui avaient du forcément changer de style. Marthe disait : « *Je n'ai pas eu le choix parce que forcément on prend un peu de poids et la silhouette*

s'alourdit ». Anne disait « *j'ai pris vingt kilos en deux mois au passage de la ménopause ; forcément le style change.* »

Antécédents médicaux

Il n'y avait pas d'antécédent médical particulier chez les patientes de notre échantillon. D'après notre interrogatoire, elles ne présentaient aucune contre-indication au traitement hormonal de la ménopause.

Aucune n'avait d'antécédent de maladie thromboembolique récente ou ancienne.

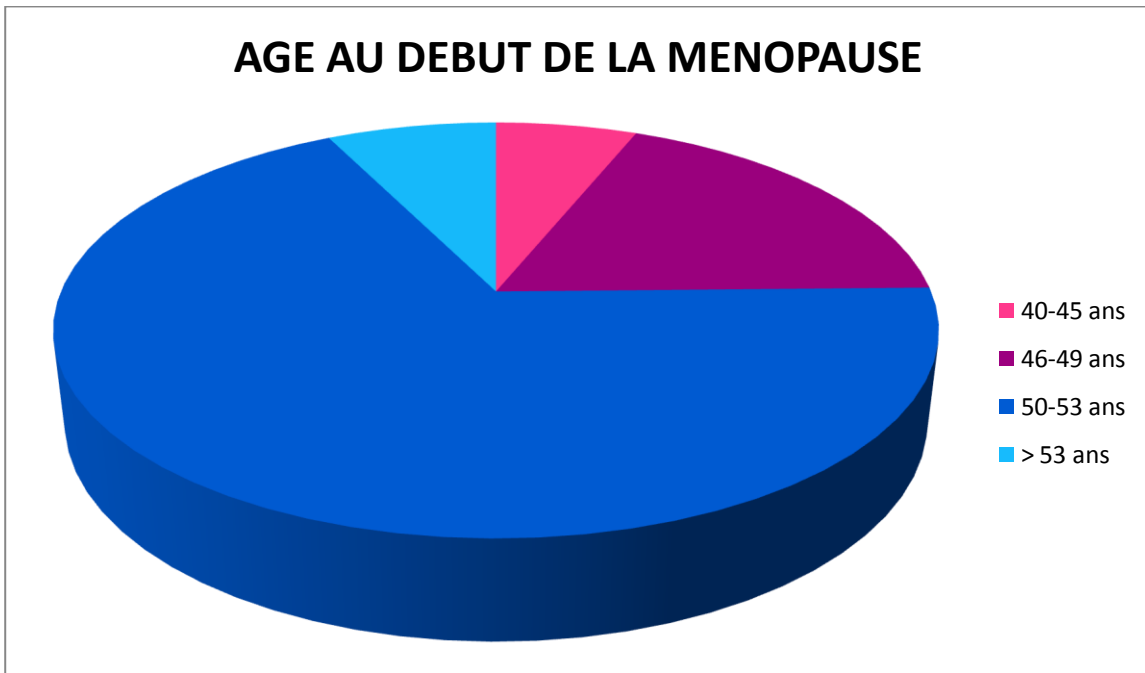
Aucune ne présentait d'antécédent personnel de cancer du sein. Trois patientes présentaient des antécédents familiaux de cancer du sein. Il existait un antécédent de premier degré chez une mère à l'âge de 70 ans. Il existait deux antécédents de second degré chez une tante et une cousine d'une patiente.

En dehors de deux patientes qui présentaient une hypertension artérielle contrôlée sous traitement médical, les autres n'avaient pas d'antécédent de maladie cardio-vasculaire.

Il n'y avait pas d'antécédent gynécologique particulier en dehors d'une endométriose. Elles avaient toutes leur utérus.

Age au début de votre ménopause

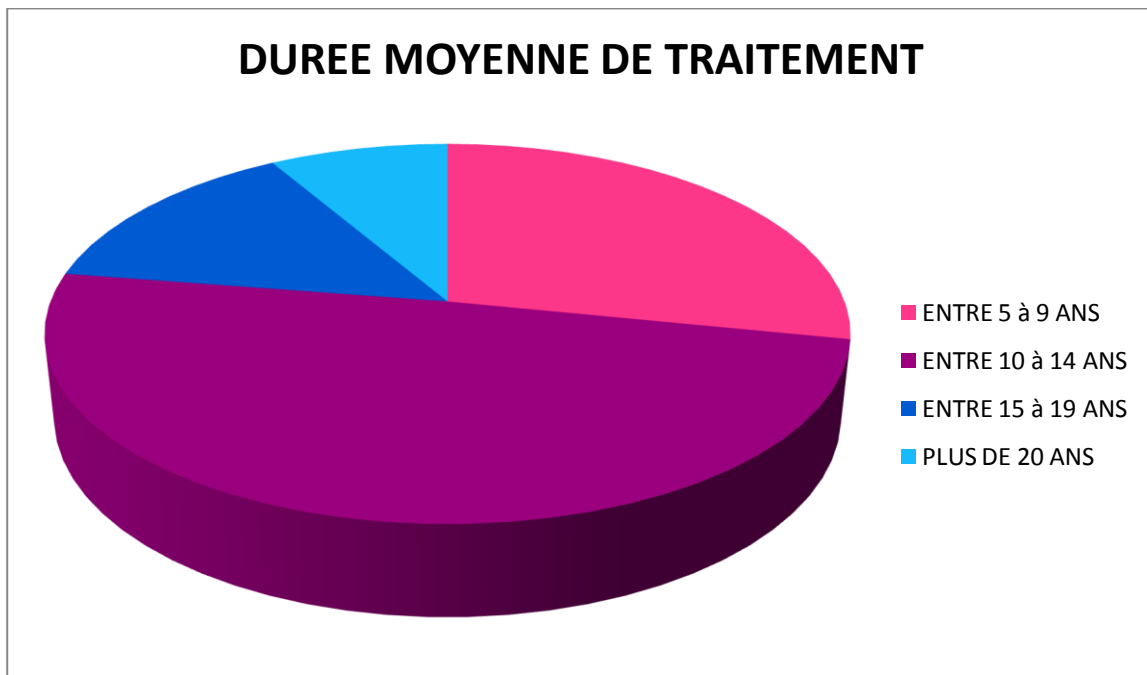
La moyenne d'âge d'apparition de la ménopause des femmes de l'échantillon était de 49,81 années. Quatre d'entre elles avaient vu leur ménopause apparaître à 43, 46 ou 48 ans. Sept d'entre elles avaient été ménopausées entre 50 et 51 ans. Trois patientes avaient été ménopausées à l'âge de 52 ans et deux autres patientes avaient été ménopausées respectivement à 53 et 54 ans.



Proportion des femmes en fonction de l'âge du début de la ménopause.

Age du début de la prise du traitement hormonal de la ménopause

La moyenne d'âge du début de la prise du traitement hormonal était de 50 ans. La durée moyenne de la prise du traitement hormonal des femmes de l'échantillon était de 14 ans. Quatre patientes le prenaient depuis 5 à 9 ans. Sept patientes le prenaient depuis 10 à 14 ans. Deux patientes le prenaient depuis 15 à 19 ans. Trois patientes de l'échantillon le prenaient depuis plus de 20 ans dont une depuis plus de 31 ans. Toutes les patientes avaient débuté leur traitement hormonal dans l'année qui avait suivi l'apparition des troubles liés à la ménopause.



Proportion des femmes en fonction de la durée d'utilisation du traitement.

B- Thèmes issus des entretiens

Deux items concernaient la ménopause. Un s'intéressait au vécu de la ménopause de chaque patiente et l'autre s'intéressait à leurs connaissances médicales sur la ménopause en général. Deux autres items concernaient le traitement hormonal de la ménopause. Un item s'intéressait sur leur traitement personnel et un autre s'intéressait sur les connaissances qu'elles avaient sur le traitement hormonal de la ménopause en général. Enfin le dernier item concernait les tentatives d'arrêt du traitement hormonal.

Représentation de la ménopause

Les patientes ont été interrogées sur la ménopause en général à savoir les mots qu'elles associaient à cet état, si celui-ci avait marqué un moment particulier dans leur vie et savoir si elles connaissent les complications liées à la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ?

Cette question nous permettait de définir quatre types de femmes ménopausées.

Il y avait celle pour qui la ménopause n'était qu'un ensemble de symptôme. Je les appelais « les symptomatiques ». Elles représentaient la majorité des femmes de l'échantillon. Le symptôme dominant était bien évidemment la bouffée de chaleur insupportable pour certaines. La prise de poids était la deuxième préoccupation des femmes de l'enquête. Celui-ci était un

désagrément majeur. Le poids augmentait alors qu'elles essayaient tant bien que mal de le maintenir. D'autres symptômes étaient évoqués comme la fatigue, le malaise, la sécheresse vaginale, les maux de tête, la déprime, les troubles du caractère et le dessèchement de la peau.

Il y avait celle pour qui la ménopause était synonyme de vieillesse ou fin de la jeunesse. La ménopause représentait une période de la vie plus ou moins courte selon les femmes. Evelyne disait se sentir diminuée : « *c'est vrai, tant que tu as tes règles, tant tu te sens jeune. On se sent diminuée* ». Ghislaine, 56 ans, évoquait d'emblée la vieillesse. Elle avait déjà pratiqué un lifting des paupières. Anne estimait cette période plus ou moins bénéfique. Elle disait en parlant de la vieillesse « *c'est pas franchement désagréable. Oui, c'est l'automne* ».

Il y avait celle pour qui la ménopause représentait un arrêt définitif de la fécondité. Michèle âgée de 60 ans, divorcée, avait beaucoup souffert de cette perte de fertilité. Elle considérait la ménopause comme un cimetière. « *C'est l'arrêt biologique, (...), on ne peut plus faire d'enfant. (...). C'est terrible en fait, parce que pour les femmes qui aiment les enfants comme moi, ben c'est difficile parce qu'on a envie parfois de refaire sa vie, de redonner un enfant. (...). Au départ j'ai eu des angoisses, parce que j'avais l'impression, c'était plus la fertilité, c'était comme un cimetière ! Y'avait plus de vie, je ne pouvais plus donner la vie* ».

Pour une seule patiente, la ménopause ne représentait rien du tout.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ?

En dehors de trois patientes, elles avaient toutes cité des complications. Une faible partie des patientes avaient répondu l'ostéoporose comme principale complication. Le cancer du sein a été cité à quatre reprises comme complication liée à la ménopause même. En troisième position venaient les problèmes cardiaques mais ils n'étaient pas précisés. Une patiente parlait de l'hypertension artérielle. Plusieurs symptômes de la ménopause étaient cités comme la sécheresse vaginale, les bouffées de chaleur, la déprime, les difficultés à dormir et les douleurs diffuses. Evelyne parlait de « maladies car le retour de sang ne se fait pas ». Ghislaine parlait de cancer de l'utérus. Dans l'ensemble les complications n'étaient pas connues pour la plupart des patientes interviewées. Elles citaient les symptômes de la ménopause comme complications mais il est vrai que la différence est parfois très difficile à établir.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ?

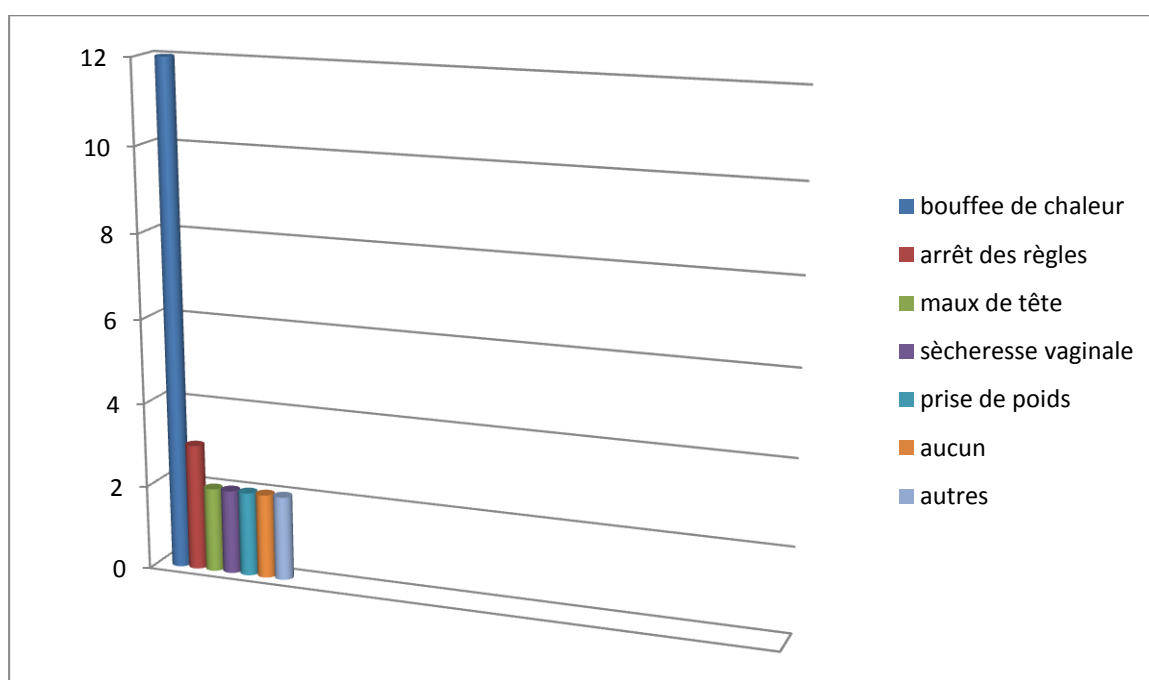
La plupart des femmes avaient répondu à cette question en donnant l'âge de leur ménopause. Seulement trois d'entre-elles avaient répondu correctement à la question. Ghislaine, 56 ans, vivait mal sa ménopause. Elle disait de la ménopause : « *c'est vrai qu'on ne va pas vers le meilleur, (...), c'est la fin d'un cycle de vie (...), c'est quand même une date dans sa vie* ». Marthe vivait sa ménopause comme une période de sursis. « *C'est le commencement du vieillissement et du non retour. (...) je ne me projette plus trop dans l'avenir, je vis au jour le jour* ». Hélène pensait à peu près comme Ghislaine et Marthe. Pour elle la ménopause était synonyme de la fin de la vie, « *la dernière étape* » comme elle le disait si bien.

Vous et votre ménopause

Je voulais avoir un aperçu de la ménopause de chaque femme interrogée. Etant donnée la multitude des symptômes, je voulais connaître les raisons initiales de la prescription du traitement hormonal.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ?

Dès le début de la ménopause, la majorité des femmes de l'enquête avaient eu des bouffées de chaleur seules ou en association avec d'autres symptômes comme des maux de tête, une sécheresse vaginale ou une prise de poids. Trois femmes citaient l'arrêt des règles comme symptôme initial de la ménopause. Deux femmes n'avaient rien ressenti initialement à l'entrée de la ménopause car elles étaient sous contraception orale et étaient passées sous traitement hormonal de la ménopause vers la fin de la quarantaine.



Principaux symptômes ressentis à la ménopause de nos enquêtées

Quelles étaient les motivations de la prise du traitement hormonal ?

Les raisons de la prise du traitement hormonal de la ménopause étaient dues, pour la plupart des patientes, aux symptômes initialement ressentis au début de la ménopause qui se sont avérés insupportables. Cinq patientes avaient eu d'autres motivations. Evelyne, qui était sous contraception hormonale, s'est vue prescrire un traitement hormonal de la ménopause vers la cinquantaine pour des méno-métrorragies. Ghislaine, qui elle aussi était sous contraception, avait commencé à ressentir des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes et des insomnies résultants d'un déséquilibre hormonal. Michèle, ménopausée à 43 ans, avait pris le traitement hormonal sur les conseils de son médecin « *pour la peau et pour mieux vieillir* ». Marthe ne supportait pas le fait de ne plus avoir ses règles. Elle disait avoir perdu sa féminité. « *J'avais l'impression que je perdais ma personnalité de femme* ». Quand à Micheline, sa silhouette, son apparence et son état physique la préoccupaient davantage que les bouffées de

chaleur. Elle avait pris le traitement *« surtout pour que la silhouette ne change pas trop. Pas de rester jeune mais essayer de garder au maximum une vie normale »*.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ?

La plupart des patientes n'en parlaient pas ou n'en parlaient plus. Aucune n'en parlait avec leur mari. La consultation de renouvellement d'ordonnance était l'occasion d'en parler avec le médecin traitant ou le gynécologue. Certaines se confiaient à leurs sœurs ménopausées, amies, collègues de bureau ou encore à leurs filles.

Le traitement hormonal de la ménopause en général

Cet item s'intéressait au traitement hormonal de la ménopause en général afin d'évaluer les connaissances de nos interviewées sur les effets bénéfiques et sur les risques liés au traitement hormonal. Leur source d'information était demandée. La participation au dépistage du cancer du sein était recherchée dans le cadre de la surveillance du traitement.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement hormonal de la ménopause ?

Le principal effet bénéfique du traitement cité par les patientes était l'amélioration et/ou la disparition des bouffées de chaleur. En deuxième position, elles citaient l'effet bénéfique du traitement sur l'éclat et la tonicité de la peau. La prévention de l'ostéoporose venait en troisième position et n'était citée que par une faible partie des patientes. Quatre patientes trouvaient que le traitement améliorait de façon significative la sécheresse vaginale. Michèle disait *« on a 30 ans en fait, on continu d'avoir 30 ans. »*. D'autres effets bénéfiques étaient cités comme la suppression de sensation de malaise, de céphalée ou de fatigue. Certaines parlaient de dynamisme comme quoi le traitement aurait un effet positif sur le comportement et influencerait vers un meilleur caractère. Deux patientes pensaient tout de même que le traitement leur permettait de *« rester plus jeune plus longtemps »* et qu'elles avaient l'impression de vieillir moins vite que les femmes non traitées. Marthe disait *« je vois bien qu'elles (mes collègues) changent plus à certains niveaux et pas moi. On me dit souvent que je ne fais pas du tout mon âge alors que j'ai des collègues qui ne prennent pas le traitement et qui elles font leur âge »*

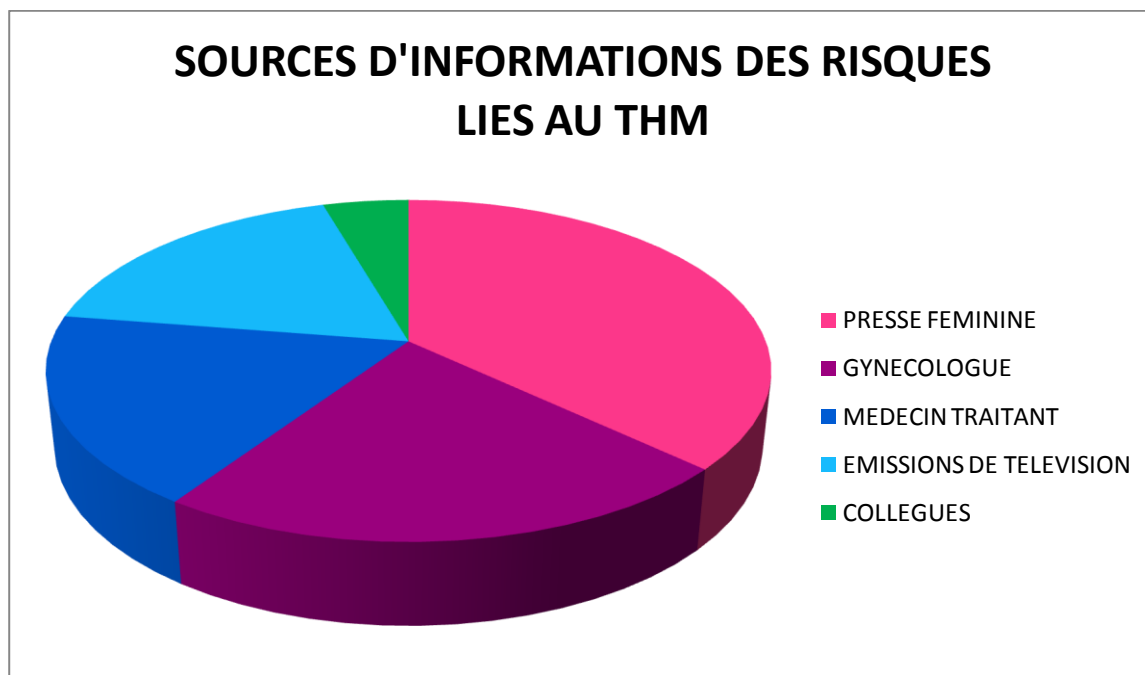
Connaissez-vous les risques liés à la prise du traitement hormonal de la ménopause ?

Une grande partie des patientes répondaient à l'unanimité l'existence d'un risque de cancer du sein lié au traitement. Claudine déclarait que le cancer du sein pourrait se développer plus rapidement chez elle que chez une patiente ménopausée non traitée. Deux patientes disaient qu'il n'y avait aucun risque lié au traitement hormonal de la ménopause. Micheline pensait qu'il n'y en avait pas tout simplement. Ghislaine, qui suivait au plus près l'actualité médicale, disait que *« les résultats des études étaient contradictoires et que le corps médical ne*

les connaissait pas non plus ». Par ailleurs, le cancer de l'utérus était cité à quatre reprises comme risque lié au traitement hormonal.

Qui vous a donné les informations sur les risques du traitement hormonal ?

Les principales sources d'informations des risques liés au traitement étaient la presse féminine ainsi que les émissions de télévision. Les médecins généralistes et les gynécologues venaient en deuxième position.



Proportion des sources d'informations citées par les patientes.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ?

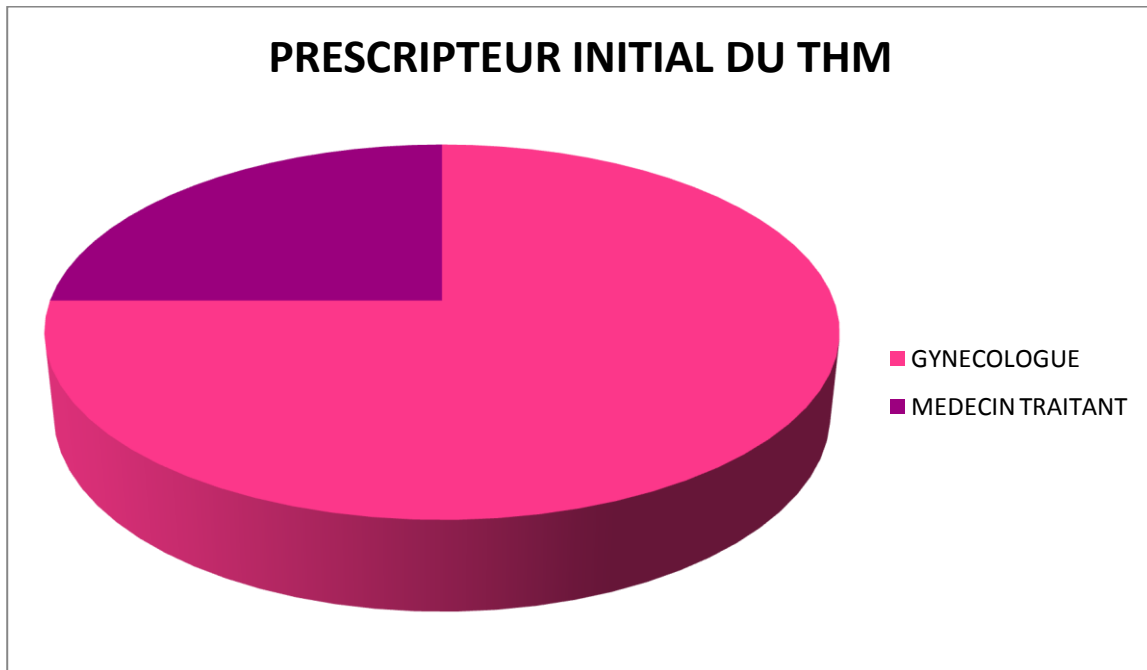
Sans exception, elles étaient toutes suivies de façon extrêmement régulière pour la mammographie et le frottis cervico-vaginal. Elles étaient surveillées par le médecin (traitant ou gynécologue) ou par le biais du dépistage de masse organisé par l'Assurance Maladie. Deux patientes n'étaient plus surveillées à ce niveau là car elles avaient plus de 80 ans et n'entraient plus dans les critères du dépistage gratuit du cancer du sein dont la limite d'âge était de 75 ans. Cela prêtait à confusion car Henriette, 81 ans, disait « *de toute façon je ne risque plus d'en avoir puisque je ne suis plus remboursée. Donc ça veut dire que je ne peux pas l'attraper.* »

Vous et votre traitement hormonal de la ménopause

Cet item concernait leur traitement hormonal de la ménopause à savoir l'âge du début de la prise du traitement et les résultats attendus par celui-ci. Le prescripteur initial et le traitement hormonal actuel étaient précisés.

Qui est le prescripteur initial du traitement hormonal de la ménopause ?

Le gynécologue était le prescripteur principal du traitement hormonal de la ménopause. Chez un quart des patientes de l'échantillon, le prescripteur initial était le médecin traitant.

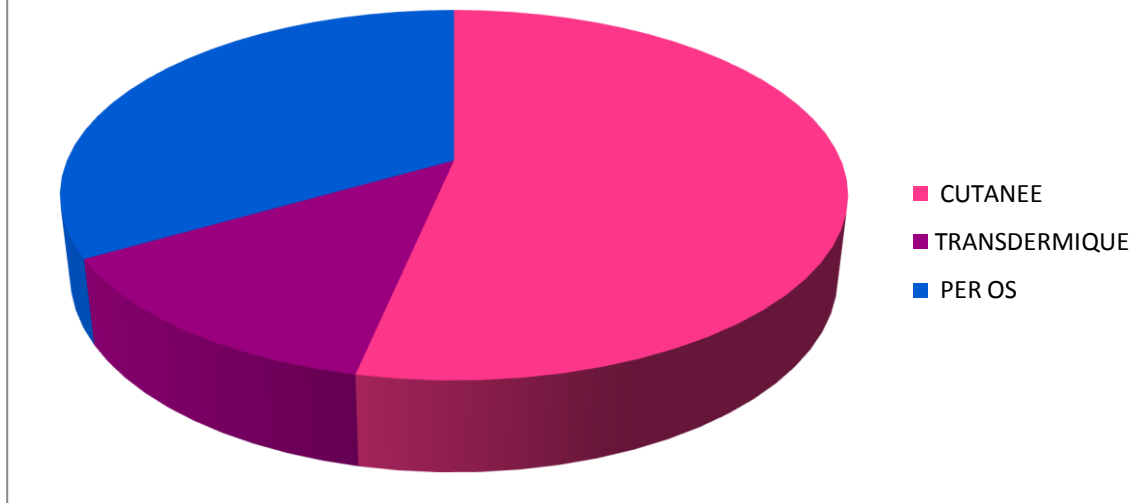


Proportion selon le prescripteur initial.

Quel est le type du traitement hormonal de la ménopause ?

Toutes les patientes prenaient comme traitement hormonal une association œstrogène plus progestatif. Les formes étaient différentes. La plupart était sous œstrogènes par voie cutanée ou transdermique. Une partie non négligeable des femmes de l'échantillon prenaient des œstrogènes par voie orale. Deux patientes avaient un traitement séquentiel dont une seule avait encore ses règles.

VOIES D'ADMINISTRATION DES OESTROGENES



Proportion des femmes prenant un œstrogène selon la voie d'administration.

Etes-vous satisfaite de votre traitement ?

Elles étaient pour la plupart des patientes satisfaites de leur traitement hormonal. Elles n'étaient plus symptomatiques. Anne n'avait absolument aucune bouffée de chaleur. Evelyne maintenait son poids grâce au traitement. Paulette se sentait bien dans sa peau et Claudine trouvait même que c'était un antidépresseur. Seulement deux patientes ne l'étaient plus tout à fait car elles pensaient être sous-dosées au niveau du traitement hormonal. Elles avaient de nouveau des bouffées de chaleur.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ?

On peut regrouper les réponses à cette question en trois catégories.

L'amélioration de la qualité de vie : la moitié des femmes de l'échantillon citait le mot bien-être ou confort de vie. Elles disaient ressentir « un bien-être » avec ce traitement. Elles pensaient avoir trouvé « un équilibre psychique » et se sentaient plus calme. Evelyne disait « je pense que ce traitement me va bien ». Marthe disait « je me sens plus équilibrée dans ma tête ». Quant à Michèle, elle disait « si je n'ai pas d'œstrogène peut être que mon équilibre psychique va changer ».

La disparition des symptômes comme les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale. Le confort apparaissait sans ces bouffées de chaleur de jour comme de nuit améliorant ainsi la qualité du sommeil et donc l'humeur de la journée.

L'aspect esthétique maintenu voire amélioré : une partie des femmes de l'échantillon se disait préoccupées par leur physique et pensait que le traitement hormonal de la ménopause était bénéfique pour leur apparence. *Le traitement hormonal ralentirait le vieillissement cutané*

et sous estimerait l'âge de nos patientes. Huguette, 79 ans et demi, ne paraissait pas son âge. « Je ne veux pas dénigrer les autres mais par rapport à certaines personnes de mon âge, j'ai l'air plus en forme ». Florence, 70 ans, ne faisait pas du tout son âge aussi. « J'ai quand même un aspect, enfin vous m'avez vu, qui ne correspond pas à mon âge. Même le prof de gym n'en revient pas ». Le traitement hormonal maintiendrait une peau plus hydratée et stabiliserait le poids. Certaines pensaient que la silhouette ne changeait pas sous traitement. Michèle disait que la prise du traitement permettait de se sentir « encore femme ».

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?

Sauf trois patientes, elles pratiquaient toutes une activité physique régulière. Le calcium était pris par deux patientes. Une patiente prenait un traitement homéopathique supplémentaire pour la ménopause dont le nom était très évocateur : « BELLA DONNA SULFURA SANGUIRINARIA et du LACTESIS avec du FSH 30 CH ». Quant à Anne, elle serait prête à prendre de la DHEA.

Tentative d'arrêt

Le dernier item s'intitulait tentative d'arrêt. Je leur demandais si oui ou non elles avaient déjà tenté de l'arrêter. Parmi celles qui n'avaient jamais tenté de l'arrêter, je les questionnais sur leurs craintes à l'arrêt du traitement. Parmi celles qui avaient déjà tenté de l'arrêter, je les questionnais sur le motif de la reprise du traitement hormonal.

Sur les seize patientes de l'échantillon, quatre patientes n'avaient jamais interrompu leur traitement. Elles n'avaient jamais pensé à l'arrêter. Les craintes à l'arrêt du traitement étaient multiples. Florence, 71 ans, pensait qu'à l'arrêt du traitement, sa peau deviendrait celle d'une vieille femme. Evelyne, 70 ans, tout comme Anne, 62 ans, était persuadée que le traitement l'empêchait d'avoir le cancer. Elle disait « *si j'arrête le traitement, ça peut pour de bon me donner le cancer, pour de bon me fracasser, pour de bon grossir et devenir toute flagada* ». Paulette, 61 ans, n'avait aucune crainte à l'arrêt. Micheline, 65 ans, ne tenait pas à ce que sa silhouette change, elle préférait donc le continuer. Je leur précisais clairement que le traitement était dangereux pour la santé au long cours. Je leur avais demandé si elles renouvelleraient quand même leur ordonnance. Elles m'avaient toutes dit « oui ». Elles préféraient toutes le continuer. Paulette et Evelyne l'arrêteront à la demande de leur gynécologue en s'assurant qu'aucun symptôme ne réapparaisse. Dans le cas contraire elles reprendraient immédiatement leur traitement. Elles continueraient toutes leur traitement pour le moment car elles se sentaient bien sous traitement. Paulette ne comprenait pas pourquoi il fallait l'arrêter alors qu'elle le prenait depuis tant d'années et qu'elle était bien surveillée. Aucune des quatre n'était d'accord pour l'arrêter. Micheline avait retenu une phrase dite à l'époque par son médecin : « *plus longtemps vous le ferez, mieux ça le sera* ».

Douze patientes de l'échantillon avaient déjà essayé de l'arrêter et ce pour plusieurs raisons. Elles avaient décidé de l'arrêter soit tout simplement à la demande de leur médecin, soit devant la découverte d'une lésion mammaire à explorer, soit de leur propre initiative après

un traitement pris pendant de longues années ou suite au déferlement médiatique de 2002, sur les risques liés au traitement.

La durée moyenne d'interruption du traitement hormonal des douze patientes était de un mois et demi soit 46 jours. La durée la plus courte était de dix jours. La période d'arrêt la plus longue était de quatre mois.

Lors de leur période d'arrêt du traitement hormonal, les symptômes étaient immédiatement revenus. C'était surtout les bouffées de chaleur qui étaient réapparues et ce de la même intensité qu'avant le traitement, quelque soit la durée de prise du traitement. D'autres symptômes sont réapparus comme les troubles du sommeil, les troubles de l'humeur, la sensation de malaise général et une espèce d'inconfort. Anne disait « *l'horreur les bouffées de chaleur sont revenues aussitôt, tant pis pour le cancer du sein* ». Elles avaient toutes repris leur traitement sans exception.

Je leur précisais clairement que le traitement était dangereux pour la santé au long cours. Je leur avais demandé si elles renouvelleraient quand même leur ordonnance. Elles ont toutes dit « oui » sauf une. Elles préféraient toutes le continuer sauf Patricia. Il y a celles pour qui les symptômes de la ménopause étaient tellement insupportables qu'elles préféraient « *affronter le risque du cancer du sein* ». Il y a celles pour qui la qualité de vie était plus importante que les risques encourus. Hélène « *préfère vivre moins longtemps bien que plus longtemps mal* ». Michèle disait que « *chaque femme doit être à l'écoute de son corps* ». Il y avait celles qui n'étaient pas convaincues que le traitement hormonal était si dangereux qu'on le prétendait. Ghislaine disait que « *si c'était si dangereux que ça on le saurait* ».

Elles ne voulaient pas arrêter leur traitement car elles n'étaient pas prêtes à revivre ce qu'elles vivaient avant l'instauration du traitement ou ce qu'elles vivaient pendant la période de tentative d'arrêt du traitement. Les bouffées de chaleur posaient le problème de mal dormir la nuit avec les réveils itératifs car les femmes se retrouvaient trempées de sueur. Cela se répercutait sur la journée de travail avec une fatigue chronique. De plus socialement, avoir une bouffée de chaleur en public était désagréable. Ghislaine disait « *une bouffée de chaleur il faut se rendre compte de ce que ça représente, je veux dire ce n'est pas tolérable* ». Elle ne prendrait pas le traitement pour rien s'il ne lui faisait pas autant d'effet.

Une seule patiente était prête à interrompre le traitement seulement si on lui proposait un traitement équivalent en cas de réapparition des symptômes. En lui répondant qu'il n'y avait pas de traitement aussi efficace, sans hésiter, elle avait répondu qu'elle reprendrait son traitement hormonal.

VI- DISCUSSION

A – TYPOLOGIE DES PATIENTES

L'analyse typologique regroupait les femmes de l'échantillon en sous-ensemble ; par cette répartition, nous avons pu connaître les différentes attitudes et les comportements variés des femmes face à la ménopause. L'analyse typologique nous a permis de regrouper les patientes en quatre groupes. Certaines patientes pouvaient se retrouver dans deux groupes différents. Il y avait les « dynamiques », les « préoccupées », les « déprimées » et « les passives ».

Les dynamiques

Les femmes « dynamiques » étaient celles qui se prenaient en main dès l'arrivée de la ménopause. Elles sont dynamiques car elles portaient une attention soutenue à leur corps et à leur santé. Il s'agissait plutôt de femmes plus âgées. Elles ont été actives ou le sont encore. Elles se sentaient encore féminines. Elles étaient élégantes et elles étaient toujours bien mises et ce de la tête au pied à chaque fois qu'elles venaient en consultation. Je disais toujours à Florence « *vous ressemblez à une hôtesse de l'air* » tellement elle était élégante et paraissait jeune. Les femmes « dynamiques » étaient très médicalisées et fréquentaient très régulièrement les médecins. Elles disaient ne pas percevoir de changements liés à la ménopause. Elles refusaient de considérer la ménopause comme le commencement de la vieillesse. Elles disaient ne pas faire leur âge et que par conséquent elles se sentaient bien. Elles accordaient peu d'importance aux règles et elles considéraient comme une libération le fait de ne plus en avoir. Elles étaient très favorables au traitement hormonal et elles étaient particulièrement bien informées. Les sources d'informations étaient variées qu'il s'agisse de la presse féminine, d'émissions de télévision ou de leur médecin (traitant ou gynécologue). Elles accordaient beaucoup d'importance au suivi médical de la ménopause et du traitement. Les femmes « dynamiques » attendaient de leur traitement qu'il soit efficace et bien toléré mais elles en supportaient bien les contraintes (prise journalière, risques encourus) car elles étaient conscientes des effets du traitement hormonal de la ménopause sur le vieillissement cutané et sur l'état général. Il s'agissait de Florence, Huguette et Henriette.

Les préoccupées

C'était celles qui luttait contre la ménopause. Elles étaient très sensibles aux signes cliniques de la ménopause en particulier aux troubles du climatère et à la prise de poids. Elles étaient soucieuses de leur apparence. Elles essayaient de garder une certaine hygiène de vie (contrôle du poids, pratique du sport) et consultaient régulièrement les médecins. Elles percevaient la ménopause comme une nouvelle étape, un changement que chacune abordait à sa manière. Elles étaient attachées à leurs règles, pas tant pour la perte de féminité mais pour les bénéfices qu'elles leur attribuaient (purification du sang, synonyme de jeunesse). Elles étaient très demandeuses d'informations sur le traitement hormonal qu'elles jugeaient le plus souvent important. Elles attachaient une grande importance à leur information personnelle. Elles mettaient volontiers en avant les bénéfices du traitement hormonal auxquels elles étaient

clairement favorables par l'efficacité qu'elles lui attribuaient mais elles étaient aussi extrêmement conscientes et préoccupées de ses risques, notamment du risque du cancer du sein. Elles l'auraient volontiers arrêté en échange d'un autre traitement moins dangereux et aussi efficace mais avec la conscience que pour l'instant il n'y a pas d'équivalent thérapeutique aux œstrogènes. Ces femmes étaient actives en ce qui concerne le suivi médical de leur traitement. Elles désiraient un traitement efficace et surtout bien toléré. Il s'agissait de Ghislaine, Patricia, Carole et Jeanne.

Les déprimées

Les « déprimées » avaient une perception négative de l'état de la ménopause. Elles avaient toute en commun au moment de la ménopause ou de la péri ménopause le décès d'un mari, ou d'un enfant ou d'un gendre ou bien d'un divorce. Elles étaient assez médicalisées. Elles ne négligeaient jamais leur apparence physique et surveillaient leur poids. Elles souffraient de la disparition de leurs règles qui représentaient pour elles l'antivieillesse et la purification du corps. Elles percevaient la fin des règles comme la fin de la jeunesse, comme la fin de la féminité et la perte de leur capital séduction. La ménopause était alors vécue comme un passage difficile qui marquait le début de la vieillesse avec l'arrivée de la dépression et disparition de la séduction et de la sexualité. Elles s'informaient peu sur le traitement hormonal. Il s'agissait d'Evelyne, d'Anne, Michèle, Claudine, Hélène et Marthe.

Les passives

Ces femmes ne se préoccupaient pas beaucoup de séduire. Elles déclaraient ne pas avoir d'activité physique, ne pas prêter attention à l'apparence physique, se maquiller rarement, n'utiliser que peu de produits de soin et ne pas faire attention à leur poids. Elles ne connaissaient pas vraiment les effets bénéfiques du traitement et étaient peu informées des risques liés au traitement. Elles faisaient confiance à leurs médecins en particulier gynécologues et continuaient leur traitement tant qu'ils leurs renouvelaient l'ordonnance. Il s'agissait de Nicole, Paulette et Micheline.

Daniel DELANOE avait défini un modèle de représentation de la ménopause autour de cinq dimensions (11) (12) : l'arrêt des règles, l'arrêt de la fécondité (sentiments face à l'arrêt de leur pouvoir de procréer), la variation du capital santé (représentation de la ménopause comme maladie ou cause de maladies), la variation du capital esthétique (les modifications de l'apparence concernant la peau et le poids) et la variation du capital symbolique (fin de la jeunesse/ début de la vieillesse et la fin de l'être-femme). Chaque représentation peut être affectée d'une valeur positive, nulle, négative ou encore ambivalente, multipliant ainsi les combinaisons.

B – ANALYSES DES RESULTATS

Beaucoup de changements ont lieu ou doivent avoir lieu au moment de la ménopause.

Ménopause et activité professionnelle

La plupart des femmes de l'échantillon avaient une activité professionnelle mais aucune n'avait de poste à haute responsabilité. Toutefois c'était l'âge où, de nos jours, elles étaient confrontées à des risques de licenciement et de préretraite. Certaines étaient obligées de s'adapter à de nouvelles conditions et à de nouveaux modes de travail (mise à l'informatique et à internet). Elles découvraient leurs difficultés et se comparaient à des plus jeunes plus performantes. Elles se sentaient dévalorisées, ce qui accentuait la mode actuelle de la beauté et de la minceur car leur corps était en train de se modifier.

Ménopause et activité physique

La grande majorité des patientes pratiquaient une activité physique et ce de façon extrêmement régulière et pouvant aller jusqu'à six heures par semaine pour certaines patientes. Elles étaient conscientes des effets bénéfiques de la pratique du sport. La plupart pensaient que c'était pour se maintenir en forme ou stabiliser leur poids mais ce qu'elles ne savaient pas, c'était que le sport était bénéfique dans beaucoup plus de domaines.

L'AFSAPS recommande aux femmes ménopausées, dans la mesure du possible, de pratiquer une activité physique régulière. Plusieurs études ont montré que la pratique d'une activité physique régulière était efficace : dans la prévention ou le traitement de l'ostéoporose, dans le maintien de la masse musculaire, dans la mobilisation des réserves lipidiques et dans l'amélioration des facteurs de risque cardio-vasculaires. Compte-tenu de ces effets bénéfiques sur la plupart des tissus affectés par le vieillissement, l'exercice musculaire régulier constitue une recommandation justifiée chez les femmes ménopausées. Néanmoins, l'activité physique représente un choix de vie qui sera efficace si elle se pratique dans la durée, l'intensité et la régularité.

Ménopause et nutrition

Il aurait été intéressant de connaître les habitudes alimentaires de nos patientes afin de savoir si elles avaient modifié leur comportement alimentaire à la ménopause. Je n'avais pas pensé à leur demander leur hygiène de vie alimentaire mais aucune patiente interviewée n'avait pensé à m'en parler spontanément. Tout comme l'activité physique régulière, une alimentation équilibrée et suffisante était bénéfique en pré-ménopause car au commencement de celle-ci, il existait plusieurs changements sur le plan métabolique (30) :

- l'augmentation du poids (augmentation linéaire avec l'âge à partir de 30 ans)
- l'augmentation des facteurs de risques cardio-vasculaires (modification des lipoprotéines, modification de la répartition du tissu adipeux au niveau abdominal et une diminution de la tolérance glucidique)
- Accélération de la perte de la masse osseuse (ostéoporose post ménopausique)
- Diminution des besoins en fer (aménorrhée)

A coté de ces données physiologiques, il existait d'autres paramètres qui pouvaient modifier le comportement nutritionnel et alimentaire :

- Perturbation de l'équilibre familial (départ des enfants, arrivée des petits enfants)

- Perte de la féminité
- Une modification de l'image corporelle pouvant favoriser une tendance dépressive
- Des troubles du comportement alimentaire induits par des régimes intempestifs et ou des phénomènes de compensation alimentaire

La réduction modérée des apports énergétiques sera d'autant plus efficace si elle est accompagnée d'une activité physique régulière. Il faut avoir une alimentation équilibrée avec une réduction des acides gras saturés au profit des acides gras insaturés (oméga 3), Une augmentation des apports en fruits et légumes, une consommation régulière de produits laitiers et une diminution des apports en viandes rouges au profit des volailles et des poissons.

Je n'ai pas pensé non plus à leur demander si elles fumaient et consommaient de l'alcool. Le tabac a un effet délétère au moment de la ménopause. Il altère le fonctionnement ovarien et abaisse l'âge de la ménopause de 18 mois. Il modifie le métabolisme de l'œstradiol. Le tabac a tendance à augmenter les risques d'ostéoporose chez les femmes minces. N'oublions pas qu'il augmente les risques cardio-vasculaires (22).

L'alcool aurait un effet potentialisateur sur l'effet des œstrogènes, probablement par une diminution du métabolisme de l'œstradiol en présence d'alcool (22). Il a été montré que l'alcool était un facteur de risque du cancer du sein. Il est possible qu'il faille diminuer les doses d'œstrogènes à apporter chez les femmes qui ont une consommation alcoolique non négligeable (22).

Ménopause et vieillesse

Certaines patientes associaient le mot ménopause au mot vieillesse comme si que la ménopause était le point de départ de la vieillesse. Plusieurs expressions équivalentes ont été employées comme « la fin de la jeunesse », « la dernière étape », « la fin d'un cycle de vie » ou encore « le commencement du vieillissement et du non retour ». Ces femmes avaient une vision négative de la ménopause et donc des dernières années à vivre comme si elles étaient condamnées mais condamnées à quoi ? Elles étaient condamnées à ne plus pouvoir mettre d'enfants au monde par le fait qu'elles n'étaient plus fertiles. Elles perdaient leur féminité par ce biais parce que le fait d'enfanter était l'essence même de la féminité. Elles étaient condamnées à ne plus faire partie de la catégorie des jeunes alors que par leur aspect physique et mental elles se voyaient et se sentaient toujours jeunes.

Pourquoi associe-t-on le mot « ménopause » au mot « vieillesse » alors que quinze années séparent le début de l'une et le début de l'autre ? La première définition de la ménopause se trouve dans le TALMUD (TORA ORAL) :

« Une femme est vieille, c'est-à-dire atteinte par la ménopause, quand, à l'approche de l'âge critique, elle ne voit pas son flux cataménial pendant trois époques consécutives. »

Et plus loin :

« Par quoi l'approche de l'âge critique se caractérise-t-elle ? Par le fait qu'une femme est considérée vieille par ses propres amies. »

Quand on lit cette définition, on s'aperçoit que les mentalités ont peu changé depuis l'antiquité hébraïque. La vieillesse débute à la ménopause. Etant donné que les progrès de la médecine ont permis une augmentation considérable de l'espérance de vie, à partir de quel âge dit-on qu'une personne est vieille ?

Hervé LE BRAS (démographe, directeur d'Etudes à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et enseignant à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)) dit que le vieillissement d'une population se définit simplement par :

« C'est l'augmentation de la proportion de personnes âgées de plus de X années. » (27).

Le « X » étant variable. En 1932, George MAUCO (démographe et spécialiste de l'immigration) avait utilisé le mot « vieillard » pour toute personne âgée de plus de 50 ans. Quelques années plus tard, Robert DEBRE (pédiatre) et Alfred SAUVY (économiste, démographe, sociologue et fondateur de l'INED) définissent le vieillard comme une personne âgée de plus de 60 ans. Vingt ans plus tard, Alfred SAUVY recule sa définition à 65 ans. (27)

Hervé LE BRAS conclut que les progrès de la prévention, de l'hygiène et de la médecine reculent l'âge auquel l'on commence à être considéré comme « vieux ». L'âge de la vieillesse se déplace parallèlement à l'espérance de vie, si bien qu'entre 1932 et 2001, ce sont quinze années qui ont été gagnées (27).

Dans tous les cas, ces progrès n'ont pratiquement pas modifié la date à laquelle une femme cesse irrémédiablement de pouvoir être mère à quelques exceptions près :

Il est décrit dans la BIBLE que SARAH, femme d ABRAHAM, 99 ans, a eu un enfant nommé ISAAC à l'âge de 90 ans. Puis récemment, des expériences éthiquement douteuses ont permis à des femmes de la soixantaine d'être mère. Le « record mondial » est détenu par une indienne ayant mis au monde des jumeaux à l'âge de 70 ans en 2008 devant une mère espagnole ayant eu un enfant à l'âge de 67 ans en 2006. Le « record français » est une mère de 62 ans en 2001.

Ménopause et information médicale

Quelle information peut-on donner aujourd'hui aux femmes sur le traitement hormonal de la ménopause ? Contrairement à ce que j'attendais, il est important de noter que les principales sources d'informations étaient la presse féminine et les émissions de télévision alors que le médecin prescripteur était censé mettre au courant les patientes des risques encourus. Le traitement hormonal de la ménopause se trouve à un carrefour, entre besoin de confort de vie et crainte d'une maladie terrible, le cancer du sein. Depuis plusieurs années, le médecin a une obligation d'information loyale vis-à-vis du patient concernant sa maladie et les traitements prescrits. Sur un plan juridique, en matière de traitement hormonal de la ménopause, deux éléments doivent être pris en considération. Il s'agit de l'information de la patiente et le respect du rapport bénéfices/risques (8). En cas de besoin, ils doivent pouvoir être prouvés à posteriori.

- L'information de la patiente doit être délivrée au cours d'un entretien oral. La remise d'un écrit validé peut constituer un atout. Le dossier médical devra porter la trace de cette remise. Il existe deux formulaires :

- celui de l'AFEM, brochure destinée aux patientes, la dernière mise à jour date de 2006 ([annexe n° 5](#)). Une mise à jour serait d'ailleurs souhaitable concernant les risques cardio-vasculaires et les risques de démences.

- la brochure de l'AFSSAPS sur les informations générales sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause sous forme de questions/réponses avec en conclusion les messages clés destinés aux femmes ménopausées ([annexe n°6](#)).

- Le respect du rapport bénéfices/risques

Le conseil de l'ordre, dans ses commentaires du code de déontologie médicale précise : « *il n'est pas dit que le médecin ne doit pas faire courir de risque, mais de risque injustifié (...)* aucune prescription n'est anodine ». La loi utilise quant à elle la notion de : « *risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés* ». (8)

Cette pesée des bénéfices/risques s'inscrit dans un modèle de soins qui est celui de la décision partagée entre un médecin et la patiente. (48) Ce modèle n'est déjà pas simple lorsqu'il s'agit de soigner une maladie ; il est encore plus problématique quand il s'agit d'un traitement symptomatique qui évite des troubles désagréables mais qui ne soigne aucune maladie. Mais que signifie exactement pour une femme, à qui on propose un traitement hormonal de la ménopause, que l'association oestroprogestative évite le surcroît de risque de cancer de l'endomètre, réduit probablement le risque de cancer colorectal mais expose à un risque augmenté de cancer du sein et de risques cardio-vasculaires ? De tels messages mettent la femme en situation de choisir entre « tel ou tel cancer » en fonction de ce qui lui fait le plus peur. Il convient donc de respecter la volonté de la patiente de se faire traiter pour des symptômes désagréables de la ménopause (qui n'est pas une maladie) et le respect du rapport bénéfices/risques en fonction de chaque patiente.

Ménopause et peau

Le maintien d'une peau tonique et non sèche était le deuxième effet bénéfique du traitement hormonal cité par les patientes, après la disparition des bouffées de chaleur. La plupart des patientes de l'enquête, traitées par estrogènes en moyenne depuis 14 années confirmaient un effet bénéfique sur la peau. Elles disaient « *vieillir moins vite* », « *mieux vieillir* » et se comparaient aux femmes de leur âge non traitées qui elles « *faisaient bien leur âge et parfois plus* ». Carole m'a bien fait sourire quand elle m'a dit, concernant le lifting, « *je n'en ai pas besoin. Je trouve que peut-être certaines personnes ont besoin d'un lifting mais moi je vieillis normalement* ». Plusieurs patientes m'ont dit qu'elles ne « *faisaient pas leur âge* » et que « *même l'entourage n'en revenait pas* ». En l'occurrence, elles se sentaient toujours jeunes. Quant à moi, effectivement, j'ai été agréablement surprise devant la beauté de ces patientes

sur leur aspect physique et sur leur tenue vestimentaire. Elles avaient pour la plupart une peau lisse, peu ridée et bien hydratée.

Certaines modifications de la peau et des phanères surviennent dès la periménopause mais la carence estrogénique ne peut être considérée comme étant à l'origine d'un véritable vieillissement. La ménopause n'est responsable que d'une accentuation, d'une accélération du vieillissement et seuls certains paramètres du vieillissement cutané sont sensibles au traitement hormonal de la ménopause (19). Les plaintes les plus fréquentes sont une impression de sécheresse cutanée, d'une peau qui devient de plus en plus sèche, d'une peau qui tire, d'une peau qui s'amincit, l'apparition d'un pli cutané et des rides plus nombreuses et plus apparentes. Du point de vue infraclinique, il s'agit d'une atrophie dermique et épidermique, parallèle à celle du vieillissement cutané chronobiologique avec une perte dermique en collagène (20). La correction de cette perte en collagène et de la diminution de l'épaisseur du derme sont observés chez les femmes sous traitement hormonal de la ménopause (19).

Ménopause et apparence extérieure

Toutes les patientes faisaient attention à leur apparence extérieure. Elles se maquillaient toutes tous les jours. Elles utilisaient très régulièrement les teintures capillaires pour masquer les premiers signes de vieillesse (apparition de cheveux gris ou blancs). Certaines avaient déjà eu recours au lifting car elles ne supportaient pas l'apparition des premières rides. En ce qui concerne leur tenue vestimentaire, aucune n'avait changé de style au passage de la ménopause. Pour les avoir vu en consultation, au minimum une fois, elles étaient toutes très bien habillées voire très coquettes.

Ménopause et poids

D'après les patientes, la ménopause était associée à une prise de poids inévitable. Celui-ci variait de 1 à 20 kilos supplémentaires au passage de la ménopause. Dans l'ensemble, elles étaient toutes préoccupées par leur poids et faisaient attention à leur ligne. Elles étaient pour la plupart minces mais malheureusement, il aurait été souhaitable que je note leur poids et leur taille afin de calculer leur indice de masse corporelle et pour confirmer cette préoccupation liée au poids. J'ai revu ultérieurement Florence en consultation qui voulait absolument que je l'aide à perdre un kilo qu'elle avait de trop selon elle malgré un régime alimentaire et une pratique sportive régulière.

La prise de poids est souvent associée à la ménopause, et, de ce fait, particulièrement redoutée par les femmes en tant que manifestation du « vieillissement ». Or les études qui se sont intéressées à l'évolution du poids en fonction de l'âge mettent en évidence, dès 20 ans, une augmentation linéaire du poids avec les années, sans accentuation particulière à la cinquantaine. En revanche, il apparaît clairement que la carence oestrogénique est responsable, dès la péri ménopause, d'une chute de la masse maigre musculaire, corrélée à une diminution du métabolisme basal (18). Cette dysrégulation est à l'origine de modifications corporelles, caractérisées par une prépondérance de la masse adipeuse au détriment de la

masse musculaire et pouvant s'accompagner d'une prise de poids. C'est probablement pour cette raison que la ménopause est accusée d'être l'évènement déclenchant de la prise de poids alors qu'elle n'est le plus souvent que contemporaine du passage d'un indice de masse corporel (IMC) poids standard à un IMC en surpoids. De plus, des modifications morphologiques s'accroissent habituellement à la ménopause, sous l'influence de la chute du taux des estrogènes qui régulent, au niveau des adipocytes, le rapport lipogénèse/lipolyse selon les différents segments corporels. Ainsi, à partir de la ménopause, le tissu adipeux a tendance à se concentrer préférentiellement au niveau abdominal plutôt qu'au niveau du bassin et des cuisses. De ce fait, un apport lipidique faible et la pratique d'exercice physique, de type musculation, doivent être conseillés. La mise en place de cette stratégie devrait permettre aux femmes ménopausées traitées et non traitées de stabiliser leur poids et de garder une image corporelle satisfaisante, éléments essentiels pour leur qualité de vie. A noter que les femmes ménopausées en surpoids ont une imprégnation oestrogénique endogène pouvant diminuer les bouffées de chaleur et protéger leur squelette. (Le tissu graisseux convertit partiellement les androgènes surrénaliens en estrogènes). En revanche, elles sont plus à risque d'avoir une maladie cardio-vasculaire et un cancer de l'endomètre (44).

Ménopause et dépression

Une partie non négligeable des femmes de notre enquête appartenaient à la catégorie des « déprimées ». Cet état était réactionnel à un contexte familial perturbé par la maladie, le décès ou le divorce. Elles étaient tristes. Elles avaient peur de vieillir. Certaines femmes se sentaient dévalorisées par l'image que leur renvoyait le miroir. Elles ont pris du poids, leur silhouette a changé, elles ont perdu leur éclat de jeunesse et surtout elles se sentaient moins féminine et en perte d'identité. Cet état est réactionnel à la ménopause chez des patientes déjà fragilisées psychologiquement. Autrefois on parlait de psychose ménopausique (24).

Ménopause et sexualité

Initialement, il était prévu dans mon enquête de poser la question « avez-vous des relations sexuelles ? ». N'ayant vu les patientes pour la plupart qu'une seule fois, j'étais gênée de leur poser cette question par téléphone. A certains moments, j'essayais de détourner la question en leur parlant de sécheresse vaginale mais ce n'était pas toujours facile. C'est toujours difficile de parler sexualité avec les patientes, surtout lorsque l'on ne les connaît pas. La sexualité n'est pas toujours évoquée en consultation par les patientes mais ça représente une plainte à part entière. Parfois, elles attendent même à ce qu'on leur en parle. Elles se plaignent de troubles génito-urinaires : sécheresse vaginale entraînant une dyspareunie superficielle, douleurs mictionnelles et fuites urinaires souvent humiliantes. En tant que médecin, il faut rechercher une baisse du désir et de la fréquence des rapports car avec les années les seuils d'excitabilité et d'excitation augmentent inévitablement (49) (32). Les femmes recherchent de plus en plus une vie sexuelle satisfaisante après la cinquantaine. Cette vie sexuelle satisfaisante est indissociable de la qualité de vie d'autant plus que le traitement hormonal améliore les relations sexuelles par une meilleure lubrification vaginale. Pour

reprenant une citation de Michèle, elle disait du traitement hormonal, à propos de la sécheresse vaginale : « *on a 30 ans, on continue à avoir 30 ans* ».

Ménopause et durée d'utilisation du traitement hormonal

L'AFSSAPS rappelle que le traitement hormonal doit être instauré à la dose minimale efficace, pour la durée la plus courte possible. Elle parle d'un délai moyen de 3 à 5 ans, les symptômes disparaissant très souvent au-delà. En pratique, le traitement est justifié tant que durent les symptômes climatiques. La durée moyenne d'utilisation du traitement dans notre enquête est de 14 ans (de 5 à 31 années) soit presque trois à quatre fois la durée préconisée par l'AFSSAPS. Pour la plupart des femmes de notre échantillon, elles ne comptent pas l'arrêter dans l'immédiat. Mais pourquoi un délai de 5 ans ? L'audition publique organisée par l'ANAES et l'AFSSAPS en avril 2004 (2) conclut à une augmentation du risque de cancer du sein avec la durée du traitement, « *formellement démontré pour une durée d'utilisation supérieure à 5 années* », retombant à « *une valeur proche du risque des non utilisatrices dans les 5 années qui suivent l'arrêt du THS, la persistance du risque dépendant de la durée d'utilisation* ». Ces résultats indiquent « *que les œstrogènes, qu'ils soient oraux ou transdermiques, associés aux progestatifs, augmentent le risque relatif de 1,3 à 2 environ pour des durées d'utilisation supérieures à 5 ans, ce qui représente 4 à 6 cas supplémentaires sur 1000 femmes traitées pendant 5 ans* ». Ce chiffre est peu élevé mais le risque est non nul. Il s'additionne au risque de développer un cancer du sein chez une française qui est de une femme sur douze. Le diagnostic de cancer du sein est redouté par sa fréquence et sa gravité limitant ainsi sa durée d'utilisation. Mais cette limite est-elle justifiée ? D'après les résultats de la méta-analyse d'Oxford, qui a réuni les données d'une cinquantaine d'articles issus d'une vingtaine de pays et qui porte sur plus de 50 000 cas, ils constatent que le risque associé au traitement hormonal de la ménopause est légèrement plus élevé après une durée d'utilisation de cinq à neuf ans (RR : 1,31) qu'après une durée de dix à quatorze ans (RR : 1,24). L'excès de risque n'est atteint qu'à la quinzième année d'utilisation (RR : 1,56). (29)

Si le cancer du sein justifie une interruption du traitement hormonal de la ménopause au-delà de dix années, il existe d'autres arguments pouvant justifier la prolongation d'un traitement au-delà de dix ans. Le traitement hormonal de la ménopause n'épuise jamais ses effets (41). Les récepteurs hormonaux restent présents dans les tissus vieillissants. Les bénéfices du traitement se maintiennent quelle qu'en soit la durée. Il ne se produit pas non plus de phénomène d'accoutumance mais il faut réduire la posologie en fonction du débit de filtration glomérulaire (41). Les arguments justifiant la prolongation du traitement hormonal au-delà de dix ans sont les effets sur les troubles vaso-moteurs, le maintien de la trophicité cutanéomuqueuse, la prévention de l'ostéoporose et l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie.

Ménopause et qualité de vie

L'amélioration de la qualité de vie, par la disparition des bouffées de chaleur, le ralentissement du vieillissement cutané et l'amélioration des autres troubles du climatère, est la motivation première des patientes de notre échantillon à continuer le traitement malgré les

risques de cancer du sein. Hélène disait « *je préfère vivre moins longtemps bien que plus longtemps mal* ». Sa qualité de vie est plus importante que son espérance de vie ; la plupart des patientes avaient cette même idée. Un certain nombre d'études avaient montré que la ménopause s'accompagnait d'une dégradation de la qualité de vie. Certains auteurs avaient souligné le fait qu'un traitement hormonal de la ménopause prescrit à des femmes asymptomatiques, et /ou à distance de la ménopause, n'améliorait pas leur qualité de vie (l'évaluation de la qualité de vie dans l'étude WHI est critiquable car elle s'adressait à des patientes asymptomatiques). En revanche, la majorité des études d'observation avait mis en évidence une amélioration de la qualité de vie sous traitement hormonal de la ménopause chez les femmes symptomatiques. (7) (15).

Complications de la ménopause et complications liés au traitement de la ménopause

Pour la plupart des patientes, elles confondaient les symptômes de la ménopause avec ses complications et les risques liés au traitement hormonal. Les complications n'étaient pas connues pour la plupart des patientes interviewées. Elles confondaient les complications de la ménopause avec les complications liées au traitement. Elles citaient les symptômes de la ménopause comme complications mais il est vrai que la différence est parfois très difficile à établir. Elles étaient hésitantes dans leurs réponses et montraient une confusion importante dans leur esprit. Par contre, elles étaient bien au courant qu'il existe un risque plus important de développer un cancer du sein sous traitement. L'ostéoporose était très peu citée comme complication liée à la ménopause. La plupart des patientes ne savaient même pas que le traitement protège les os.

Ménopause et tentative d'arrêt du traitement hormonal

Une grande partie des femmes de l'échantillon avaient tenté de l'arrêter à un moment donné. Malheureusement, je n'ai pas fait préciser deux éléments importants : le motif d'arrêt du traitement et la durée d'utilisation du traitement qui s'est écoulé entre le début de la prescription et la première tentative d'arrêt. Certaines patientes me l'ont tout de même précisé spontanément. Certaines femmes l'ont arrêté après la médiatisation de la grande étude américaine WHI.

La SOFRES a réalisé en mars 2004 une enquête sur un échantillon représentatif de 1010 femmes âgées de 45 à 70 ans (2). 70% étaient ménopausées. Résultats : un quart des femmes prenaient un traitement hormonal de la ménopause au moment de l'enquête et un tiers environ en avaient pris antérieurement. Sur les 261 femmes qui prenaient un traitement hormonal en décembre 2003, 28.7% avaient arrêté temporairement ou définitivement. Les raisons les plus fortes étaient sur les conseils du médecin, les informations données par les médias et la peur du cancer. La réapparition des troubles (à l'arrêt du traitement) et la confirmation par la patiente de sa volonté de poursuivre le traitement ont permis de prescrire le traitement. A titre indicatif, des données observationnelles (E3N et méta-analyse d'Oxford) indiquent qu'en moyenne, la durée de prescription des traitements est de l'ordre de

2 ou 3 ans et qu'environ une femme sur quatre qui avait arrêté son traitement, le reprenait par la suite.

Ménopause après la WHI

Certaines patientes de notre échantillon se rappellent que le traitement hormonal de la ménopause a été très médiatisé en 2002, suite à l'arrêt prématuré de l'étude prospective qui lui a été consacrée aux Etats-Unis, la Women's Health Initiative. Les résultats de l'analyse intermédiaire montraient que le rapport bénéfices / risques n'était plus favorable (40). Pourtant, tout avait bien commencé et chacun, médecin, patiente, industriel, semblait y trouver son compte (9).

Une enquête intitulée FEMME (FEmme Médecin et MEnopause) en 2003 avait pour objectif d'évaluer auprès de 10 000 femmes médecins, les éventuels changements de leur propre prise en charge médicale de la ménopause avant et après l'étude WHI mais également le changement de comportement des patientes vis-à-vis du traitement hormonal (23). Les résultats ont montré que les femmes médecins conservaient toujours un intérêt important pour les traitements hormonaux par rapport aux traitements non hormonaux. Seules les modalités de prescription ont changé, avec davantage d'associations libres d'estrogènes et de progestatifs que d'association fixes, davantage de traitement avec règles que sans règles et une durée de traitement certes moins importante mais toujours majoritairement comprise entre trois et dix ans. Selon les femmes médecins, les résultats de l'étude WHI avaient conduit les patientes à l'abandon ou à un recours moindre aux traitements hormonaux de la ménopause. Ces résultats concordent avec la chute des ventes des traitements hormonaux en France les trois années qui ont suivi la publication de l'étude de WHI (23).

Une autre enquête Ménopause Attitudes réalisée en 2003, en partenariat avec AFEM, TNS SOFRES et ORION pharma a voulu étudier les attitudes des femmes ménopausées après les publications de l'étude WHI (25). Cette étude quantitative avait conclu :

- 44 % des femmes ménopausées avaient entendu parler de WHI.
 - o 55 % d'entre elles avaient été inquiétées par l'étude
 - o 19 % avaient arrêté le traitement (mais un quart d'entre elles l'avaient repris par la suite)
 - o Conséquences de l'arrêt : les femmes consultaient moins leur gynécologue et donc elles faisaient moins d'examens médicaux. La moitié des femmes se sentaient « moins bien » sous THM. Il y avait plus de traitements alternatifs prescrits mais ils n'étaient pas efficaces. La plupart des femmes avaient repris leur THM à dose plus faible.
- 57 % des femmes ayant entendu parler de l'étude WHI restaient tout à fait favorables au traitement hormonal de la ménopause.
 - o 63 % des femmes ayant entendu parler de l'étude WHI continuaient à se traiter.

Médicalisation et médiatisation de la ménopause (11)

Au début des années 1960, le discours médical a produit une représentation de la ménopause particulièrement pathologique sur le plan biologique et négative socialement. Ceci a permis de justifier les interventions thérapeutiques, participant largement ainsi à la stigmatisation de la femme ménopausée. La multiplication du discours médical sous forme de livres, d'articles dans les journaux et les magazines et d'émissions de télévision a contribué à médiatiser la ménopause alors qu'il s'agissait d'un sujet tabou jusque là.

Dès 1960, aux Etats-Unis, des publicités parurent dans la presse profane expliquant que les œstrogènes permettaient aux femmes de rester jeunes, désirables, féminines et sexy. De nombreux médecins disaient que la restauration de l'équilibre hormonal aidait à garder « une santé physique et mentale ».

En 1963, un célèbre gynécologue de Brooklyn, docteur Robert A. Wilson écrivit, en collaboration avec sa femme, un article dans le journal de la société américaine de gériatrie intitulé *Le destin de la femme ménopausée non traitée : un plaidoyer pour le maintien des œstrogènes de la puberté jusqu'à la tombe*. Il décrit avec insistance la pathologie de la ménopause qui dégrade les femmes sur le plan physique et mental si elles ne sont pas supplémentées en œstrogènes. En voici un exemple de cet article :

La plupart des femmes âgées dans le passé paraissaient, se sentaient vieilles. Raides, fragiles, courbées, ridées et apathiques, elles traversaient en trébuchant leurs dernières années. Elles souffraient de beaucoup et de maux nombreux. Il n'y avait pas ou peu de choses à faire pour leurs cancers cutanés, leur ostéoporose, leurs leucorrhées irritantes et leurs tissus vulvaires fissurés et saignants. Tout cela faisait partie du vieillissement. La plupart de ces souffrances peuvent maintenant être évitées et traitées.

En 1965, ce même gynécologue écrivit que les œstrogènes prévenaient les cancers du sein et les cancers génitaux. Il résout la question du risque carcinogène des œstrogènes par un raisonnement simple.

L'incidence de tous les cancers de la femme montre une augmentation constante avec l'âge ; en même temps la production d'œstrogènes décline régulièrement. Comme il s'agit de faits irréfutables, il est contre toute logique de considérer les œstrogènes comme une cause directe de cancer.

Ceci sera, dix ans plus tard, démenti en 1976 par un article paru dans le New England Journal of Médecine, journal qui ne s'était jamais intéressé à la ménopause auparavant. Cet article montrait un lien entre la prise d'œstrogène chez les femmes pré-ménopausées ou ménopausées et le cancer de l'utérus. Dès lors, les œstrogènes avaient été associés à des progestatifs afin de contrebalancer leur pouvoir cancérogène. Cet article ne remettait pas en cause certaines indications du traitement hormonal. Il était efficace dans le traitement des bouffées de chaleur et de l'atrophie vaginale. Il fallait seulement respecter certaines règles de prescription à savoir qu'il fallait l'utiliser de façon séquentielle, à la dose minimale efficace pour la période la plus brève possible.

En 1966, docteur Robert Wilson écrivit, cette fois ci, un livre destiné au grand public intitulé *Feminine Forever* (féminine pour toujours). Les femmes ménopausées y étaient décrites comme « condamnées à être témoins de leur décrépitude. ». Le traitement de la ménopause par œstrogènes apparaît alors comme élixir de vie. Il empêcherait la perte d'intérêt de la sexualité des femmes et la perte du pouvoir de séduction sur l'homme. Il permettrait la pérennisation de la féminité et de la beauté des femmes. Bien évidemment il énumère vingt six troubles physiques et psychologiques que le traitement peut éviter comme les bouffées de chaleur, l'ostéoporose, l'atrophie vaginale, la poitrine affaissée et atrophiée, les rides, le manque d'intérêt, l'irritabilité, la frigidité, la dépression, l'alcoolisme, le suicide etc.

Ce livre n'est pas sans retentissement aux Etats-Unis. Les ventes d'œstrogènes explosèrent entre 1967 et 1975. Les œstrogènes étaient le cinquième médicament vendu aux Etats-Unis. Les femmes l'ont même commencé à 30 ans, en même temps que la pilule oestroprogestative afin de prévenir le vieillissement. Suite à l'article de 1976 dans *New England Journal of Médecine*, à propos du risque cancérigène des œstrogènes, les journaux grand public comme le *New York Times* ou le *Washington Post* informèrent la population de ces sérieux résultats. Ils jouèrent un rôle important dans la diminution de la consommation d'œstrogènes dès 1976.

Suite à tout ce bouleversement, il est demandé aux femmes de participer activement à la décision de prendre ou non un traitement pour la ménopause. Il est tout de même difficile de laisser à une personne profane le soin de réaliser la balance des bénéfices et des risques (37) du traitement hormonal. Même si l'information donnée à la patiente est loyale, claire et appropriée, les conclusions des études sont données avec la plus grande précaution. Cette tâche n'est pas facile étant donné la rapidité avec laquelle nos connaissances médicales évoluent et les résultats parfois contradictoires de certaines études (et la ménopause est justement un bon exemple!).

Dans les années 80, la question du traitement de la ménopause s'est à peu près posée en Europe de la même façon, réticente jusqu'à là. Une nouvelle conférence de consensus tenue aux Etats-Unis arrivait à la conclusion que la carence en œstrogènes et la carence en calcium sont probablement les deux causes principales de l'ostéoporose postménopausique. Les œstrogènes et le calcium sont les moyens de prévention de l'ostéoporose. L'exercice physique et l'alimentation équilibrée sont deux compléments importants.

Il faudra attendre 1991 en France pour avoir une des premières conférences de consensus sur la ménopause, réalisée par la mutualité française. Elle s'intitulait « Médicaliser la ménopause? ». Le jury répondait qu'il fallait médicaliser la ménopause. La femme est traitée soit pour des symptômes cliniques liés à la ménopause soit pour une demande individuelle mais dans tous les cas, le traitement hormonal ne peut être généralisé à l'ensemble de la population féminine ménopausée. Le discours médical laissait tomber ainsi les indications de jeunesse éternelle, de séduction et de féminité qui étaient promues depuis les années 1960 aux Etats-Unis au profit de la prévention de l'ostéoporose. L'intervention médicale de la ménopause était aussi justifiée par le coût économique qu'engendraient l'ostéoporose et ses complications. Ensuite dans le milieu des années 1990, on a attribué au traitement hormonal un effet préventif sur les

maladies cardiovasculaires puis sur la maladie d'Alzheimer mais ces idées ont été rapidement démenties voire contredites par d'autres études plus récentes.

En France, il y a eu plusieurs ouvrages destinés au grand public concernant la ménopause, pour la plupart écrits par des gynécologues. La liste n'est sûrement pas exhaustive mais j'en citerai quelques uns et les résumerai brièvement.

Le premier date de 1975. Il s'agit de *la ménopause effacée*, écrit par le docteur Anne Denard-Toulet (14). La ménopause y est longuement décrite comme « la peste, puisqu'il faut l'appeler par son nom », titre du deuxième chapitre. Il parlait du climat médical et profane de la ménopause en France entre 1960 et 1975. Elle se retrouvait face à une profession médicale hostile au traitement de la ménopause alors qu'elle se considère comme une militante pour le traitement. L'auteur décrivait avec violence les problèmes de la ménopause. Elle détaillait de façon cruelle et très précise les troubles physiques, psychiques, sexuels et neuro-végétatifs de la ménopause. Pour Anne Denard-Toulet, le traitement hormonal s'imposait pour toutes les femmes ménopausées.

Femme pour toujours : la ménopause oubliée, coécrit par la journaliste Geneviève DOUCET et un célèbre gynécologue, le docteur David ELIA en 1985 (17). Ils font un combiné du livre précédemment cité et celui du docteur WILSON, *feminime forever* et ce dès le titre. Ce livre retraçait tous les problèmes et inconvénients que subissaient les femmes vers la cinquantaine. Le thème de la prolongation de la féminité laissait place à celui de la poursuite de la jeunesse. Il affirmait que le traitement de la ménopause était le remède à tous ces maux. Il accusait la majorité des médecins qui considéraient que la ménopause est un phénomène naturel pour lequel il ne faut pas intervenir ; après tout, « *les femmes ont mal pendant l'accouchement, elles ont toujours eu mal, c'est dans l'ordre des choses, pourquoi s'en mêler ?* ». Il se décrivit comme un gynécologue spécialiste de la ménopause et pour le traitement hormonal.

Le docteur David Elia a publié une vingtaine de livres consacrés aux femmes. Les titres sont plus alléchants les uns que les autres. Je ne citerai que certains titres : *Comment rester jeune après quarante ans*, (dont il existe deux versions, une version homme et une version femme), *Le bonheur à cinquante ans* ou encore *Cinquante ans, vive la vie*.

Un autre gynécologue et endocrinologue, tout aussi célèbre, du nom de docteur Henri ROZENBAUM, ancien président de l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM), a écrit plusieurs ouvrages, pour le grand public et d'autres pour les médecins, ayant pour objectif de « *rétablir la vérité au sujet des hormones utilisées à la ménopause et de faire le point sur l'état actuel de nos connaissances dans ce domaine* ». Je citerai : *Ménopause. La vérité sur les hormones* (43), 2006 et *La ménopause, comment prolonger sa jeunesse*, 1991. Il disait dans ce livre « *la vieillesse n'est pas une maladie. Quel est l'être humain qui refuserait un moyen de lutter contre la vieillesse ?* ». A propos du traitement hormonal, il répondait que ce dernier était capable d'effacer « le coup de vieux » qu'éprouvait un certain nombre de femmes à la ménopause et permettait de prévenir un certain nombre de complications. La dimension cosmétique était au même plan que les maladies. Il aurait aimé que l'hormonothérapie substitutive fasse partie de la panoplie des produits cosmétiques.

Je ne peux pas finir ce chapitre sans parler du docteur Daniel Delanoë, psychiatre et anthropologue. Il a mené la première recherche d'anthropologie médicale sur la question de la ménopause en France. Sa thèse d'anthropologie sociale et d'ethnologie (pour l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) intitulée *Critique de l'âge critique. Usage et représentation de la ménopause* est un travail de très haute qualité qui m'a servi personnellement à bien comprendre l'histoire de la ménopause. Il a même publié une partie de son travail de thèse, dans un livre intitulé *Sexe, Croyance et Ménopause* en 2006 (13).

VII- CONCLUSION

En choisissant ce sujet de thèse, je ne savais pas que je partais dans un thème aussi controversé que celui du traitement hormonal de la ménopause, anciennement appelé traitement hormonal substitutif (ce terme est réservé au traitement des ménopauses précoces). Plusieurs études avaient fait l'objet d'un désaccord public par leurs résultats, souvent inattendus, et avaient remis en question les habitudes thérapeutiques des médecins. Mais le coup de théâtre a eu lieu en juillet 2002 avec l'arrêt prématuré de l'étude WHI. Ils mettaient sérieusement en doute les espoirs que le corps médical avait placé dans le traitement hormonal de la ménopause (augmentation des maladies cardio-vasculaires, augmentation des maladies thromboemboliques, augmentation des démences, augmentation des risques de cancer du sein, augmentation de l'incontinence urinaire d'effort et pas d'amélioration de la qualité de vie). Cette étude a retenu l'attention puisque pour la première fois, les autorités de santé ont réagi en restreignant le traitement à son indication initiale, celle de soulager les symptômes immédiats de la ménopause.

En ce limitant à la prescription du traitement hormonal, et dans le souci de pratiquer une médecine fondée sur les données actuelles de la science, c'était un véritable défi de recueillir, lire, comprendre et retenir tous les articles traitant ce sujet tellement la masse de données était grande. La compréhension des publications internationales s'est avérée extrêmement difficile car leur lecture critique nécessitait une connaissance précise de la méthode employée, du sujet traité et bien évidemment de la maîtrise de l'anglais. J'ai dû avoir recours au canal indirect de l'information (46) c'est-à-dire celui qui se présente sous la forme d'enseignements en faculté, sur des sites internet médicaux spécialisés ou non dans le domaine de la ménopause et dans les revues médicales nationales. Je me suis rendue compte que ces sources secondaires, véhiculant l'information primaire, étaient souvent contradictoires suivant le camp dans lequel se trouvait l'auteur c'est-à-dire pour ou contre le traitement hormonal. Certains dénonçaient même des conflits d'intérêt entre médecins et firmes pharmaceutiques ou au contraire des médecins trop proches d'elles. Il a fallu que je me fasse ma propre opinion mais pas n'importe laquelle car elle devait être la plus proche des données scientifiques et donc la plus juste. Le traitement hormonal m'a paru un bon exemple d'« Evidence-Based Medicine » ou « médecine fondée sur des niveaux de preuve ». (Il était question de savoir si les études qui sortaient étaient validées, cliniquement pertinentes, et applicables à ma patiente). Le traitement hormonal s'intégrait dans une démarche clinique de l'« Evidence-Based Medicine ». Il y avait les données scientifiques actuelles (parfois contradictoires), ma faible expérience clinique et le choix / le vécu de la patiente (parfois opposée aux résultats scientifiques).

D'après l'expérience que j'ai eu du traitement hormonal de la ménopause à travers cette enquête, je tirerai les conclusions suivantes :

- Je n'ai pas rencontré beaucoup de patientes sous traitement hormonal dans les cabinets de médecine générale, pendant les deux ans de recrutement. Peut-être que

dans les cabinets médicaux où je travaillais, les médecins n'étaient pas très à l'aise avec le traitement hormonal.

- J'ai recruté uniquement des femmes qui prenaient le traitement hormonal depuis plus de cinq ans et qui voulaient absolument le continuer malgré les polémiques le concernant à l'époque (soit un total de 16 entretiens).
- Toutes les femmes avaient le même profil : actives (même en étant à la retraite), belles, soucieuses de leur apparence physique (utilisations fréquentes du maquillage, teintures très régulières, bien habillées, surveillance étroite du poids) et sportives.
- Elles étaient conscientes qu'elles prenaient de l'âge, qu'elles vieillissaient mais elles sentaient au fond d'elles que le traitement leur permettait de mieux vieillir voire de vieillir moins vite.
- Celles pour qui le traitement fut prescrit pour les bouffées de chaleur, étaient convaincues que leur qualité de vie était meilleure avec le traitement que sans le traitement. Elles préféraient courir le risque de développer un cancer du sein (bien qu'elles fussent très bien surveillées par les mammographies) que de vivre avec des bouffées de chaleur, des transpirations nocturnes, une fatigue chronique, des sècheresses vaginales et une humeur dépressive. « Vivre moins longtemps mieux que plus longtemps mal » disait Hélène.
- Celles pour qui le traitement fut prescrit pour d'autres raisons, étaient bien conscientes que le traitement était bénéfique pour leur peau, leur aspect physique et mental.
- Les effets bénéfiques du traitement hormonal étaient peu connus : hormis la disparition des bouffées de chaleur, la prévention de l'ostéoporose était peu citée et encore moins celle du cancer du colon.
- Les complications du traitement hormonal n'étaient pas connues hormis le risque du cancer du sein.
- La plupart des patientes avaient eu vent des résultats des études mais elles n'avaient pas retenu grand-chose.
- Une grande partie des patientes qui avaient tenté de l'arrêter (après les publications de 2002, suite à une découverte d'une lésion mammaire ou sur les conseils de leur médecin) l'avaient repris devant la réapparition des symptômes (après un arrêt entre 10 jours et 4 mois et demi).
- En moyenne le traitement était pris depuis 14 ans (de 6 années à 31 années).
- En dehors d'une patiente (pas tout à fait sûre non plus), elles n'étaient pas prêtes à l'arrêter maintenant alors qu'elles le prenaient depuis plus de dix ans.

Alors quels sont les freins à l'arrêt du traitement hormonal chez ces patientes ? Les freins à l'arrêt de traitement hormonal sont l'amélioration de la qualité de vie sans les bouffées de chaleur. Il y a une vie avant le traitement et une vie après le traitement. Une fois qu'elles ont connu l'amélioration de la qualité de vie avec le traitement hormonal de la ménopause, les femmes de cette enquête ne veulent plus faire marche arrière et revivre ce qu'elles ont vécu. Elles ne veulent plus souffrir de la ménopause. En plus, elles sont protégées contre

l'ostéoporose. En ce qui concerne les risques liés au traitement (cancer du sein, maladie cardiovasculaires, thromboemboliques et démence), les cas sont minimes. Il n'est donc pas illogique de leur prescrire le traitement aussi longtemps qu'elles le désirent, dans la mesure où elles sont informées des risques encourus.

Cette enquête a changé ma pratique dans la prise en charge de la femme ménopausée. A l'époque, je leur disais que le traitement leur faisait courir un risque important de développer un cancer du sein alors qu'en valeur absolue ce n'était pas un si grand risque que ça. Ce chiffre était même plus faible que la prévalence du cancer du sein dans la population française (6 à 8 cas sur 1000 contre une femme sur 12). Je les adressais systématiquement à un gynécologue pour qu'il puisse pallier à leurs plaintes alors qu'aujourd'hui, je ne le fais plus. Je les prends en charge dans les limites de mes compétences.

Il serait intéressant de réaliser une enquête auprès de médecins et de leur demander de ce qu'ils pensent d'une prescription du traitement hormonal de la ménopause aussi longtemps qu'il le faut.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) - AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)
Le traitement hormonal de la ménopause (THM), mise au point
Point d'étape juin 2006 ; consulté le 27 janvier 2007 et disponible sur www.afssaps.santé.fr
- (2) - AFSSAPS/ANAES
Traitements hormonaux de la ménopause
Rapport d'orientation du 11 mai 2004 ; consulté le 18 février 2007 et disponible sur www.afssaps.santé.fr
- (3) - AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)
Traitement médicamenteux de l'ostéoporose postménopausique, recommandations
Actualisation juin 2006, consulté le 30 janvier 2007 et disponible sur www.afssaps.santé.fr
- (4) - ANAES. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose. Fiche de synthèse. Mai 2007
- (5) - ANONYME
Ménopause et traitement hormonal substitutif : les chiffres
Association française pour l'étude de la ménopause (AFEM)
Consulté le 07 mai 2007 et disponible sur Retransmissions des XXIVème journées de l'AFEM ;
Novembre 2003 ; consulté le 05 juin 2007 et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (6) - BERCIER Sandrine
Qualité de vie, caractéristiques sociodémographiques et réalisation d'examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS. Enquête épidémiologique d'une population de femmes ménopausées fréquentant le même cabinet de médecine générale.
Thèse d'exercice de médecine ; Paris 12, Créteil ; année 2003 ; n° 1036, 143p
- (7) - BERCIER S., LEROUX G., ROUDOT-THORAVAL F. et al
Qualité de vie de 214 femmes ménopausées en fonction de la prise ou non du THS.
La revue du praticien ; médecine générale ; tome 18 ; N°672/673 ; 6 décembre 2004
- (8) - CASAGRANDE Thierry
THS, droit et santé
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin 2007 et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (9) - CHANSON Philippe
Historique du traitement hormonal substitutif de la ménopause.
La revue du praticien ; année 2005 ; volume 55 ; p369-375

- (10) - COLAU Jean Claude
Place de la TIBOLONE parmi mes thérapeutiques de la ménopause
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin 2007
et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (11) - DELANOE Daniel
Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause
Thèse d'exercice d'anthropologie sociale et ethnologie ; 15 octobre 2001
- (12) - DELANOË Daniel
Les représentations de la ménopause et les attitudes envers le traitement hormonal.
Une enquête de la population en France.
Stéroïdes, ménopause et approche socioculturelle ; Elsevier ; paris ; 1998 ; p39-80
- (13) - DELANOE Daniel
Sexe, croyance et ménopause. Editions Hachette Littératures, 2006
- (14) - DENARD-TOULET Anne
La ménopause effacée. Editions Robert Laffont, 1975
- (15) - DOUMONT D., LIBION F., HOUETO D.
Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause ?
UCL-RESO ; unité d'éducation pour la santé ; aout 2006 ; consulté le 12 mars 2007 et
disponible sur <http://www.reso.ucl.ac.be/dossiers/Dos42.pdf>
- (16) - DRAPIER-FAURE E.
Les traitements non hormonaux des bouffées de chaleur
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin 2007 et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (17) - ELIA David, DOUCET Geneviève
Femme pour toujours : La ménopause oubliée. Editions Hachette, 1985
- (18) - ELIA David et ROZENBAUM Henri
La ménopause. Poids
Menopaurama AFEM (association française pour l'étude de la ménopause)
Consulté le 27 mai 2007,
disponible sur <http://www.menopausafem.com/médical/index.html>
- (19) - FAURE Michel, DRAPIER-FAURE Evelyne

- Effets bénéfiques des traitements hormonaux en cosmétologie
Encyclopédie médico-chirurgicale ; cosmétologie et dermatologie esthétique (50-240-B-10) ; année 2003 ; Elsevier-Masson ; version électronique consulté le 07 mai 2007 et disponible sur abonnement au <http://www.emc-consulte.com>
- (20) - FAURE Michel
La ménopause. Peau et phanères
Menopaurama AFEM (association française pour l'étude de la ménopause)
Consulté le 27 mai 2007, disponible
sur <http://www.menopausafem.com/médical/index.html>
- (21) - GRAESSLIN O., MARTIN-MORILLE C., BORY J.-P., QUEREUX C.
Alternatives au traitement hormonal substitutif.
Encyclopédie médico-chirurgicale ; gynécologie (38-A-30) ; année 2002 ; Elsevier
Masson ; version électronique consulté le 07 mai 2007 et disponible sur abonnement au
<http://www.emc-consulte.com/articleFrame.jsp?pe=1&item=11662/5imp>
- (22) - JAMIN C .
Hygiène de vie à la ménopause : rôle du tabac et de l'alcool
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin
2007
et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (23) - JAMIN C. ; RACCAH-TEBEKA B. ; CHEVALLIER T. ;MICHELETTI M.-C
Impact de l'étude WHI sur le comportement des femmes médecins vis-à-vis de la
ménopause.
Gynécologie obstétrique & fertilité, juin 2006 ; volume 34 ; n°06 ; p499-505
- (24) - LACHOWSKY M. , WINAVER D.
Aspect psychosomatique de la ménopause
Encyclopédie médico-chirurgicale ; gynécologie (147-A-60) ; année 2006 ; Elsevier-
Masson ; version électronique consulté le 07 mai 2007 et disponible sur abonnement au
<http://www.emc-consulte.com/articleFrame.jsp?pe=1&item=53700/5imp>
- (25) - LACHOWSKY M. , WINAVER D.
Aspect psychosomatique de la ménopause
Encyclopédie médico-chirurgicale ; gynécologie (147-A-60) ; année 2006 ; Elsevier-
Masson ; version électronique consulté le 07 mai 2007 et disponible sur abonnement au
<http://www.emc-consulte.com/articleFrame.jsp?pe=1&item=53700/5imp>
- (26) - LACHOWSKY Michèle
La ménopause. Sexualité

Menopaurama AFEM (association française pour l'étude de la ménopause)
Consulté le 27 mai 2007, disponible
sur <http://www.menopausafem.com/médical/index.html>

- (27) - LAZNIK M.-C.
Pourquoi ménopause et vieillesse ?
Vieillir et vivre
Psychiatrie française ; année 2002 ; volume 33 ; P 102-115 ; ISSN 0755-9755
- (28) - LE FLOCH J.P. , COLAU J.C. , ZARTARIAN M.
Validation d'une méthode d'évaluation de la qualité de vie en ménopause.
Référence en gynécologie obstétrique ; année 1994 ; volume 2 ; p179-187 ; ISSN 1244-8168
- (29) - LE M.G.
Il n'est pas justifié d'interrompre le traitement de la ménopause après une période d'utilisation de dix ans.
Gynécologie obstétrique et fertilité, année 2002, volume 30, p733-736, ISSN 1297-9589
- (30) - LECERF Jean-Michel
Nutrition à la ménopause
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin 2007
et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (31) - MARES P., PANEL L., DE TAYRAC R.
THS et troubles uro-génitaux à la ménopause
Table ronde : controverse et ménopause
Retransmissions des XXVIème journées de l'AFEM ; novembre 2005 ; consulté le 05 juin 2007
et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (32) - MOUCHAMPS E., GASPARD U.
La problématique du désir sexuel chez la femme ménopausée : une évaluation succincte
Journal Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999; 28; 232-238
- (33) - OUZOUNIAN Sophie, CHABBERT-BUFFET Nathalie
Surveillance d'une femme ménopausée.
La revue du praticien ; année 2005 ; volume 55 ; p403-412
- (34) - PANDYA KJ, MORROW JR, ROSCOE JA et al

- Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomized double-blind placebo-controlled trial.
Lancet. 2005 Sep 3-9; 366(9488)818-24
- (35) - RIBOT Claude
THS et prévention de l'ostéoporose : l'avis de l'endocrinologue
Table ronde : controverse et ménopause
Retransmissions des XXVIème journées de l'AFEM ; novembre 2005 ; consulté le 05 juin 2007 et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (36) -RIBOT C.,POUILLES.JM.,TREMOLLIÈRES.F. propos
de la définition densitométrique de l'ostéoporose. Revue de rhumatologie 1995 ; 62 : 579-581
- (37) - RINGA Virginie
La balance bénéfices /risques du traitement hormonal substitutif.
Femmes, médecins et ménopause, chapitre 9 ; p165-166 ;
Collection âges, santé, société ; Berger-Levrault ; année 2003 ; 220p
- (38) - RINGA Virginie
Les alternatives au traitement hormonal substitutif de la ménopause : le point épidémiologique
Journal Gynaecology Obstet Biol Reprod, 2004; 33; 195-209
- (39) - RINGA Virginie.
Traitement hormonal substitutif de la ménopause : le point épidémiologique en 2002
Actualité et dossier en Santé Publique (AdSP) n°38. Mars 2002. Page 18-21
- (40) - ROSSOW JE, ANDERSON GL, PRENTICE RL et al
Risks and benefits of estrogen in healthy postmenopausal women
Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial
JAMA, July 17, 2002-vol 288, No 3, p 321-333
- (41) - ROZENBAUM H.
Il y a des raisons de poursuivre un traitement hormonal substitutif au-delà d'une durée de dix ans.
Gynécologie obstétrique et fertilité 2002, volume 30, p723-733

- (42) - ROZENBAUM Henri
La ménopause. Epidémiologie
Menopaurama AFEM (association française pour l'étude de la ménopause)
Consulté le 27 mai 2007, disponible
sur <http://www.menopausafem.com/médical/index.html>
- (43) - ROZENBAUM Henri
Ménopause. La vérité sur les hormones. Editions Josette Lyon, 2006.
- (44) - ROZENBAUM Henri
Ménopause
Encyclopédie médico-chirurgicale ; gynécologie (38-A-20) ; année 2002 ; Elsevier-Masson ; version électronique consulté le 07 mai 2007 et disponible sur abonnement au
<http://www.emc-consulte.com/articleFrame.jsp?pe=1&item=12162/5imp>
- (45) - ROZENBAUM HENRI
Pourquoi la ménopause est-elle devenue un problème de santé publique ?
Thérapie ; volume 53 ; p 49-59 ; ISSN 0040-5957
- (46) - SALLES Christian, URFALINO Philippe
Au bénéfice du doute. Les « notables de la ménopause » face aux risques du traitement hormonal substitutif.
Rapport de recherche pour la MiRe DREES ; Septembre 2004
- (47) - TAMBORINI Alain
Le THS en 2004 : qu'est ce que la dose minimale efficace ?
Retransmissions des XXVème journées de l'AFEM ; novembre 2004 ; consulté le 05 juin 2007
et disponible sur <http://www.menopauseafem.com/médical/index.html>
- (48) - THOUVENIN Dominique
Quelle information peut-on donner, aujourd'hui, aux femmes sur le THS ?
AdSP (Actualité et dossier en santé publique) n°47 ; juin 2004 ; consulté le 07 juin 2007
et
disponible sur
<http://hcspp.ensp.fr/hcsppi/explore.cgi/personne?ae=personne&clef=1379&menu=111281&classe=personne>
- (49) - WAYNBERG J.
Vieillir sans cesser de jouir ? des idées reçues à l'ingérence du pouvoir médical.

Neurologie-psychiatrie-gériatrie ; février 2006 ; p15-18 ; Masson 2006 ; ISSN 1627-4830

(50) - YOUNG Jacques

Ménopause, un défi différent pour chaque femme.

La revue du praticien ; année 2005 ; volume 55 ; p361-368

(51) - La Revue Prescrire

Menopause : le traitement hormonal aggrave les incontinences urinaires. Mai 2006 /
tome 26 N°272. Page 344

ANNEXES

PATIENTE N° 1 : EVELYNE

PROFIL

Date de naissance / âge : le 06 octobre 1939 soit 69 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? J'ai travaillé. Je suis à la retraite. J'étais dans la couture.

Quelle est votre situation familiale : je suis veuve depuis septembre 2003.

Avez-vous des enfants ? Oui, quatre gosses.

DIMENSION COSMETIQUE

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Tous les jours, je mets une crème de jour et après la douche une crème sur tout le corps. **Pas de fond de teint ni rouge à lèvres ?** Sauf quand je sors.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui, j'ai recours à des teintures sans ammoniac type movida ...**Pourquoi utiliser vous des teintures sans ammoniac ?** Parce que je n'ai pas beaucoup de cheveux sur la tête et j'ai peur d'avoir une chute plus importante. **Vous en faites régulièrement ?** Tous les un mois et demi, dès qu'on voit les cheveux blancs repousser.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? moi même je m'épile. Je. . Régulièrement ...

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Moi je ne suis pas tellement... tellement d'accord parce qu'une cliente à moi a fait du lifting, comment ça s'appelle, de la liposuccion. Eh bon, Moi j'ai gagné dans l'affaire parce qu'il a fallu rétrécir ses affaires et après il a fallu lui rélargir ses vêtements. **En fait le lifting c'est quand on estompe les rides en tirant sur la peau.** Ah ça jamais. Je n'ai jamais pensé.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non. Pour ma part non. Pas du tout. Je suis toujours restée le style stricte, euh, comment on appelle ça ? **Classique ?** Classique.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique type phlébite, embolie pulmonaire? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non je n'ai pas de problème cardiaque mais je prends pour la tension.

Antécédents gynécologiques ? Rien, j'ai eu des grossesses normales.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Quand on dit ménopause c'est vrai qu'on va vers euh, on se dit ça y est, on s'en va dans la vieillesse. Vieillesse. Parce que, bon, il ne faut pas le prendre dans ce style là mais pour nous, ne plus avoir nos règles, on a l'impression d'être un peu plus, un peu diminuée. C'est vrai tant que tu as tes règles tant tu te sens jeune. On se sent diminuée mais bon il faut garder son rythme. **Et à part la vieillesse il y a d'autres mots que vous associez à la ménopause ?** (*Silence*). Non je ne vois rien. **La liberté ?** Peut être la liberté de ne plus avoir ses règles de ce côté là, mais moi personnellement j'aimais quand j'avais mes règles. Je les ai eus assez tard.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? La ménopause peut entraîner pour les os *l'ostéopose*. **L'ostéoporose ?** *Rire*. Oui l'ostéoporose. Ça peut entraîner aussi d'autres maladies parce qu'il n'y a pas de retour de sang qui se fait automatiquement. **Pour vous si le sang ne se vide pas, ça peut favoriser d'autres maladies ?** Oui, pour moi oui. Quand le sang partait je me dis ça y est, j'ai un nouveau sang. Pour moi les règles c'était ça. **Et à part l'ostéoporose vous connaissez d'autres complications ?** Non. Peut être que la personne prend du poids. Elle peut prendre du poids. Son corps change un peu. Il n'a plus la même forme. On commence à prendre un autre style de corps. Même si on s'essaye de s'entretenir (*sourire*), il n'y a pas à dire, le corps change. **Vous avez remarqué ça sur vous ?** Oui, tout en étant mince quoi. J'ai remarqué.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? À la vieillesse, comme je vous l'ai dit tout à l'heure. **Pour vous c'est le passage au statut de grand-mère ?** Non, grand-mère, j'étais à 46 ans grand-mère. Donc pour moi au contraire c'est comme-ci que c'était une autre petite jeunesse d'avoir mon petit fils. Non grand-mère ça ne m'a pas vieilli. C'est à la période où les règles sont parties. Mes règles sont parties tard. Elles sont parties très tard. Elles sont parties à 50 ans et moi à 50 ans j'étais quand même encore jeune... . (*Rire*).

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Quand il n'y avait plus les règles ? **Oui.** J'avais 50 ans.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Moi, je n'ai pas tellement ressenti des symptômes car j'étais en traitement. Avant la ménopause on me donnait un traitement. Comment il s'appelle ? On me donnait un médicament qui me continuait les règles. **Il s'appelle LUTERAN ? LUTENYL ?** LUTENYL. **Oui. Donc pour vous, vous n'avez jamais eu de bouffée de chaleur, de maux de tête ?** Non. Peut être un peu nerveuse. **Vous étiez un peu déprimée ?** Moi, c'est pas ça qui m'a changé, c'est ce que j'ai subi. Comme mon mari était malade je ne pensais pas à moi. J'étais nerveuse.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Non parce que je perdais énormément de sang. Les règles étaient un coup abondantes un coup ça ne venait pas beaucoup, un coup ça ne venait pas. Ca faisait comme ça jusqu'à l'âge de 50 ans et après il m'a donné un autre traitement.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Plutôt avec mes sœurs. **Elles sont ménopausées aussi ?** Il y en a une qui est plus âgée que moi et il y en a une autre derrière. Bon on en parle puisqu'on a un an d'écart. Chacun à son petit ... on raconte ce qu'il y a quoi. **Et le médecin aussi ?** Oui le médecin oui. **Le gynécologue ?** Oui le gynécologue pas le médecin traitant. Je n'en parlais pas avec le docteur. J'en parlais avec le gynécologue tous les six mois. Pourquoi tous les six mois parce que c'était lui qui donnait pour six mois le traitement. On était obligé de retourner pour refaire une autre ordonnance.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? C'est surtout pour les os et pour ne pas tomber. **Pour ne pas se fracturer plutôt ?** Oui, voilà. Euh, je ne sais pas ce qu'il y a d'autre ? Franchement j'ai toujours su pour les os.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? On m'en a parlé, mon médecin traitant m'en a parlé mais bon comme je suis toujours régulièrement chez le médecin, mon gynécologue, mes seins sont bien, mon utérus est bien... **C'est quoi les risques alors ?** les risques ? On m'a dit que ça peut donner du cancer du sein, cancer de l'utérus. Moi mon médecin me conseille de le continuer.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Le gynécologue. Mais le généraliste m'a conseillé de l'arrêter. Ca peut donner le cancer du sein. Mais quand j'en ai parlé avec mon gynécologue, il m'a dit non il faut le continuer, il vous va très bien, vous êtes très régulière. (*Silence*).

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui tous les 2 ans. Je fais la mammographie... les frottis tous les ans à la fin de l'année.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? 52 ans soit depuis 16 ans. J'ai pris le LUTENYL jusqu'à ce que je n'aie plus les règles de 48 ans à 52 ans. Quand il n'y a plus de règles, il m'a remplacé par celui que je prends depuis.

Qui est le prescripteur initial ? Mon gynécologue.

Quel est le type du THM : Estreva gel 0,1 % et Utrogestan 100.

Posologie : Estreva, une dose sur chaque bras ou chaque cuisse et l'autre un tous les soirs.

Interrompu par le téléphone... C'est ma belle sœur Vivianne de Marseille...

Reprise de l'entretien au bout de deux minutes

C'est tous les jours ? Oui tous les jours mais des fois je triche. je ne prends pas le weekend end.

Pourquoi ? Des fois c'est un oubli de weekend. C'est un oubli. **Et pourquoi pas la semaine ?** Ah la semaine, c'est que je suis à la maison, je suis toute seule, donc je fais tout mon traitement. Dès que je suis chez la famille, le weekend, j'oublie le soir où je dors chez la personne.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Très satisfaite. Très satisfaite. Je suis satisfaite d'abord car ça ne m'a pas rendu grosse. Je suis toujours restée à peu près à mon poids. Mon poids est de presque 60 kg pour un 1,62m. Donc je suis toujours restée dans ces... bon ce n'est pas comme jeune. Jeune, je pesais moins mais bon 60 kg, je trouve que c'est...

Donc qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte en dehors de la stabilité du poids? Euh... qu'est ce qu'il peut m'apporter ? Je ne sais pas. Moi, je vois d'après ma sœur qui n'en prend pas, je la trouve nerveuse ... elle transpire, euh, elle a grossi. Moi au contraire, ça m'a rendu plus calme, je ne transpire pas comme les bouffées de chaleur, je n'ai pas pris de poids. Voilà. Je pense que ce traitement me va bien.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?
Non.

TENTATIVES D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Non, non jamais sauf le weekend quand j'oublie.

Avez-vous déjà pensé à l'arrêter ? Non car je suis tellement bien encadré avec mon gynécologue, je suis tellement bien que je lui fais confiance. Je ne pense pas du tout à l'arrêter. Je me sens bien. Il ne me fait pas de mal.

Quelles sont vos craintes à l'arrêt du THM ? Justement j'ai peur de l'arrêter. Et que pour de bon ça me vienne les ennuis. **Comme quoi ?** Comme le cancer. (*Silence*). C'est vrai. Oui. **A l'arrêt du traitement ?** Oui ça me donne ça dans la tête. Si j'arrête le traitement, ça peut pour de bon me donner le cancer, pour de bon me fracasser les os, pour de bon grossir et devenir toute flagada ... **Pourtant on dit qu'il y a un risque de cancer sous traitement et vous, vous me dites l'inverse.** Pour moi. Pour moi, c'est mon ressenti. Maintenant il y en a d'autres qui n'en prennent pas et ce n'est pas pour ça qu'elles n'ont pas le cancer. Elles n'en prennent pas et elles ont le cancer.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Oui, je donne confiance. Le jour où il me dira d'arrêter, j'arrêterai. Moi je suis toujours carrée. Je ne pourrais pas dire de moi-même je vais l'arrêter. **Vous n'avez jamais pensé que votre médecin pouvait se tromper ?** Non jamais.

Si votre médecin est d'accord pour l'arrêter, vous allez l'arrêtez ? Oui moi je pense que je lui dirais de faire un essai de cinq jours par semaine en allant doucement doucement jusqu'à l'arrêt total de mon traitement. Mais l'arrêter d'un seul coup je ne l'arrêterai pas. **Et si je vous dis maintenant que vous baissez les doses et les symptômes comme les bouffées de chaleur, la prise de poids, reviennent...et ben je reprends tout de suite les cachets. Si je vous dis que le traitement peut donner le cancer du sein, malgré ça vous continuez le traitement ?** Oui. **Et prendre le risque d'avoir un cancer du sein ?** Non puisque je suis suivie. Je fais ma mammographie tous les 2 ans, je fais mon frottis. **Mais on peut avoir une mammographie normale et 2 ans après elle n'est pas normale ?** Ah oui ça s'est sûr mais ça ne peut pas être à cause du médicament d'autant plus que je l'ai pris tant d'années. **Ça fait combien de temps que vous le preniez ?** Ça fait 15-16 ans. Je ne vois pas pourquoi je l'arrêterai, il me va. Il me va bien.

Question un peu indiscreète, avez-vous des relations sexuelles ? Non.

Je vous remercie pour votre participation à cette thèse et de votre attention.

PATIENTE N° 2 : ANNE

Le 20 mai 2008 au cabinet médical de son médecin traitant

PROFIL

Date de naissance / âge: premier mai 1947 soit 61 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Oui, je suis professeur de chant. **Comment cela se passe t-il au travail ?** Merveilleusement bien. **Votre voix n'a pas changé ?** Pas du tout. Tout va bien.

Situation familiale : mariée, j'ai deux enfants dont une est décédée jeune. **Ah !**

DIMENSION COSMETIQUE

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Oui. **Tous les jours ?** Oui oui oui. **Est-ce que ça vous arrive de sortir sans maquillage ?** Non. Je ne sors pas sans maquillage. Mais c'est très léger. Un peu de blush et un peu de rouge à lèvres.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui. **Régulièrement ?** Oui. Maintenant c'est une fois par mois car maintenant c'est très blanc.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? J'ai fait. J'en ai fait un il y a un an au dessous du menton, tout petit. J'avais vraiment le double menton.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? oui. J'ai pris 20 kg en 2 mois au passage de la ménopause. Forcément le style change. On reste à peu près pareil mais il y a des choses qui vont aux minces qui ne vont pas aux plus fortes. **Alors de quel style êtes-vous ?** Oh, je suis plus attirée par tout ce qui est glamour et il y a le tailleur classique mais pas trop classique quand même. **Je vois que vous avez toujours un petit foulard sur la tête, c'est en accessoire ?** Oui parce que j'ai un problème euh ... alors ça par contre c'est un truc qui n'a pas marché. Quand j'avais 18 mois, je me suis brûlée avec de l'eau brûlante. J'ai eu un problème de cheveux. Donc j'ai la moitié de la tête sans cheveux. On a fait un essai de greffe de cheveux mais ça n'a pas marché. Mais là j'ai une bonne adresse à Saint Louis apparemment d'un médecin spécialiste.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique type phlébite? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non. Juste une infection vaginale.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Les bouffées de chaleur. **Autres choses ?** La fin des règles, plutôt pas désagréable, et aussi le fait de grossir. C'est une évolution normale. **Ca ne vous évoque pas la vieillesse ?** Oui mais ce n'est pas franchement désagréable. Oui, c'est l'automne.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Euh... personnellement je n'en ai pas eu. Le cancer du sein, les choses comme ça non ? **Ca, c'est plutôt lié au traitement mais à la ménopause même ?** Non. Les problèmes cardiaques ? Moi j'ai rien eu.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? A 52 ans. Il y a eu la mort de ma fille. C'est tellement horrible de souffrir pour la perte de votre enfant

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? 52 ans.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Alors tout de suite très vite avant qu'elle s'installe, les bouffées de chaleur. C'était terrible. Mais alors ça c'était terrible. **Il y a eu autre chose ?** Non.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Alors le premier point c'était surtout donc ça. C'est le docteur BERDAH Isabelle qui m'a donné le traitement et je me suis aperçu qu'il y avait une action sur mes migraines. Ca les faisait baisser. Alors le seul problème qu'on a eu toutes les deux, si elle me donnait trois trucs de gel, les migraines disparaissaient

mais j'avais des saignements. Alors on a du baisser les doses à pas tout à fait une dose par jour, malheureusement ça n'aide pas trop les migraines.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Je n'en parle pas. A personne. Avec vous aujourd'hui. (*sourire*).

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? J'ai bien l'impression que je suis beaucoup moins fatiguée depuis qu'on me le donne. En même temps j'ai eu la dépression suite à la mort de ma fille mais quand même. Je sens que les baisses de tension sont moins évidentes, la fatigue.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Je sais qu'il y a le risque du cancer du sein.
D'autres ? Non.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Le docteur BERDAH Isabelle, mon médecin traitant.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui absolument.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? 52 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Mon généraliste, le docteur Berdah.

Noms de votre traitement : Estreva, une dose par jour et Utrogestan 100, un comprimé par jour.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Oui oui oui. Je n'ai absolument aucune bouffée de chaleur, du jour au lendemain. Et je ne peux pas l'arrêter.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Eh ben justement le confort. Le confort sans ces bouffées de chaleur.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Pas tellement. Je n'aime pas beaucoup les sports. La DHEA, j'aimerais bien.

TENTATIVES D ARRET

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui et justement les bouffées de chaleur sont revenues. **Pendant combien de temps êtes-vous restés sans ?** Une dizaine de jour. Je n'ai pas insisté. **Que s'est-il passé ?** L'horreur. Les bouffées de chaleur sont revenues aussitôt. **Pourquoi l'avez-vous repris ?** Les bouffées de chaleur. Tans pis pour le risque du cancer du sein.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? (*Silence*). Je pense que oui. Enfin il faut définir par ce que l'on appelle dangereux pour la santé. **Un risque de cancer du sein, des problèmes cardiaques...** . Non non. Je veux bien affronter ça. Finalement les bouffes de chaleur me donnaient l'impression que le cœur en prenait un coup avec les bouffées de chaleur. Je ne sais pas s'il appréciait tant que ça. C'est un vrai mal être. **Vous pensez que le traitement protège le cœur ?** Pour l'instant oui, c'est peut être illusoire mais c'est l'impression que ça me donne.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. **Pourquoi ?** Ben justement je sais que les bouffées de chaleur vont revenir. Et je sens bien que la peau, elle, a encore toute sa ... pas flétrit.

Question un peu indiscreète, avez-vous des relations sexuelles ? Oui absolument. **Ça se passe bien ?** Très bien.

Avez des choses à me signaler ? Je ne crois pas. Pour moi ça se passe très bien. **Vous conseillerez aux femmes de le continuer ?** Si elles sont comme moi sensible, tellement sensibles aux bouffées de chaleur ... euh... . Moi je n'ai pas l'impression d'être en danger avec le traitement.

Je vous remercie de votre participation à cette thèse de médecine patiente n 2.

PATIENTE N° 3 : MICHELE

16/07/2008, 21h30, par téléphone

PROFIL

Date de naissance / âge : alors, je suis née le 19 février 1948, ce qui me fait 60 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? oui je travaille, je suis assistante de direction.
Comment cela se passe-t-il au travail ? Ben très bien. C'est un travail difficile. J'ai quand même une troupe de 23 personnes à m'occuper si ce n'est pas plus. C'est un travail difficile. Et ça va. Tout va bien. Il y a autant d'hommes que de femmes. Ces personnes ont une confiance en moi, j'ai réussi à avoir leur confiance. Tout va très bien. **Vous êtes bien placée dans le travail ?** Oui ça va. **C'est le summum de votre activité professionnelle ou vous pouvez évoluer encore ?** Ben oui c'est le summum. Ben non. J'arrive à la fin de ma carrière déjà et puis malgré ça, comme dans la fonction publique on n'est pas très bien payée, donc ben je suis un petit peu inquiète car là maintenant, il faut que je trouve une double activité parce que... **Pour la retraite ?** Ah ouaih ah ouaih. Donc là je commence à chercher tout doucement. Je travaille en plus le samedi le dimanche ; Je cherche. Ce n'est pas facile.

Situation familiale : alors, je suis divorcée avec deux grands enfants. Deux grandes filles maintenant que j'ai élevée seule. Toute seule. J'ai essayé de refaire ma vie une fois ou deux mais malheureusement je suis tombée sur des mauvais numéros donc j'ai préféré continuer ma route seule et bien élever mes enfants sans perturbation. Il y a toujours des problèmes même quand on n'est pas seule, enfin il y a le papa qui manque. Il y a toujours des problèmes de toute façon.

DIMENSION COSMETIQUE

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Tous les jours. **Qu'est ce que vous mettez ?** Ben je mets du rimmel, une crème de jour, un crayon khôl, et puis voila, quoi, un peu de rouge à lèvres, pour avoir bonne mine, quoi, pour avoir un visage reposé.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Ah ben oui les teintures j'en fais depuis toujours, même quand j'étais jeune. Jeune fille, je faisais quelques mèches blondes, et puis j'ai continué quoi, et puis je continue encore, maintenant il y a les cheveux blancs qui apparaissent, donc il faut les cacher (*rire*)... .

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Euh... ben..., ben vous savez, dans ma vie, j'en ai pas fais beaucoup de soins esthétique. Maintenant que j'ai 60 ans, ben de temps en temps il me sera agréable, ben de faire un soin du visage, un soin des mains, voila de temps en temps, mais c'est très rare, très très rare. **Quel est votre ... pardon ? Je vous écoute, je vous écoute.** Oui, je disais c'est surtout veilles de fêtes que, que, que j'essaie euh de recourir aux soins esthétiques ou sinon je ne suis pas du tout la fille comme avant

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Et ben moi je suis ok hein pour le lifting, pourquoi pas ? Il faut suivre le progrès. **Vous en avez déjà fait ?** Non jamais, mais j'aimerais bien, peut être pas maintenant encore parce que les rides ne sont pas très, très, mais pourquoi pas un peu plus tard, pour avoir meilleure mine mais... **vous y avez déjà pensé ?** Ah oui, j'y ai pensé... j'ai un peu peur, ça me fait un peu peur, ça, mais bon, pourquoi pas!

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Euh, non jamais. **Jamais, non ?** Non. **Vous êtes resté pareil ?** J ai toujours gardé le même style. C'est toujours un peu décontracté. Ou..... Ah, ça dépend des occasions, quoi. Mais j'aime bien le décontract, et puis voilà, quoi, on parait toujours plus jeune quand on est sophistiqué, hein ! (*sourire*). Il faut rester simple.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà eu une phlébite, ou une embolie pulmonaire ? Non, hum hum, une par-phlébite c'est ce qu'on disait entre guillemet, je ne sais pas si ça existe toujours, mais bon, ce n'était pas méchant, hein, il y avait rien de spécial.

Un cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire, type hypertension artérielle, infarctus du myocarde ? Non, je n'ai pas eu ça, j'ai eu, euh, comment on appelle ça **Péricardite ?** Euh, oui, c'est ça, c'est un décollement de l'enveloppe du cœur ? **Oui c'est ça.** A la pointe, un petit peu, voila. Et c'est marrant parce que, à l'époque où je commençais à être, à avoir mal comme ça, j'étais fatiguée pendant un an, et puis je me suis dis ce n'est pas normal, j'ai mal, et à un moment donné je me suis dis je vais aller voir le médecin, je vais lui demander, si ce n'était pas le cœur, le sein, ou le poumon. Et bon, la mammographie, révélait rien, donc j'ai fait une radio du poumon, et c'est là où on a vu quelque chose d'assez conséquent. Et bon, on m'a envoyé à un cardiologue qui m'a examinée, quoi. Et en fin de compte, j'avais fais en plus, et c'était virale, puisque j'avais fais une mononucléose et une toxoplasmose en même temps. **D'accord...(sourire).** Et oui, ça explique tout ça Eh oui

Est-ce que vous avez des antécédents gynécologiques, des maladies gynécologiques ? Non, gynécologiques, non, j'ai eu comme tout le monde, hein, des candidas albicans des petites choses comme ça, des mycoses, mais rien de conséquent.

Avez-vous eu une hystérectomie ? Non je suppose, on ne vous a pas enlevé l'utérus ? Non, non non. Par contre j'ai eu une ablation d'une trompe suite à une grossesse extra-utérine. **En quelle année ?** Of, je ne me souviens plus. Ca remonte à au moins dans le temps, je ne sais pas à quel âge, je devais avoir 40, 38, 39 ans, par là. **Après vos enfants ?** Pardon ? **Après avoir eu vos enfants ?** Ah oui oui oui, bien après

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Maintenant, quelques questions sur la représentation de la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Euh, quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Alors, ben, ce n'est pas évident parce que moi, la ménopause, moi, je ne l'ai pas connu, en fait. Ouah ... disons que je l'ai connu par l'arrêt des règles, oui... mais au niveau des, des, euh comment dire, au niveau des grosses chaleurs, des choses comme ça, parce qu'il y a des femmes qui ont ça, hein- euh, je n'ai pas connu réellement, quoi. J'ai débuté avec des grosses chaleurs, mais comme j'ai toujours été sous substitut, bon ben, ça s'est calmé.

D'accord. Mais il n'y a pas un mot que vous associez à la ménopause ? Ben quand on dit ménopause, et ben on dit euh, l'arrêt biologique, quoi, ben pour moi c'est l'horloge biologique, on ne peut plus faire d'enfant, voilà, c'est ça, pour moi, c'est ça, quoi. Mais c'est vrai que ça c'est, c'est terrible en fait, parce que pour les femmes qui aiment les enfants comme moi, ben c'est difficile parce que on a envie parfois de refaire sa vie, de redonner un enfant, de, de, de voilà, quoi. **C'est le passage de la femme féconde à la femme infertile, en fait ?** Voila ! Mais ça fait mal, quand on y pense, parce que on a l'impression de ... au départ moi, j'ai eu des angoisses, hein, parce que j'avais l'impression, c'était plus la fertilité, c'était comme un cimetière ! Y'avait plus de vie, je ne pouvais plus donner la vie. Ça, c'est terrible !! Ca, c'est terrible !! Ouaih. **C'est quand même une représentation assez forte, hein, par rapport au mot cimetière** Ouiah, on peut plus donner la vie quoi, et c'est horrible ! Et après ça passe avec le temps, parce qu'on prend une autre philosophie.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Complications ... alors, complications liées à la ménopause ... non, à vrai dire, non, je n'en ai pas eu à part... Complications avec médicaments, ou sans médicaments ? **Non, sans les médicaments. Liées spécialement à la ménopause !** Proprement à la ménopause, non. Non.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Euh, à quelle période de ma vie ... en fait j'ai été ménopausée à 43 ans. **C'était quoi ? Un statut de grand-mère, un passage à la vieillesse ? C'était quoi pour vous ?** Ben non, pour moi, c'était un choc émotif. (*Rires*). J'en ai conclu qu'il y avait un choc émotif et que j'étais maltraitée. **Maltraitée ? Par qui maltraitée ?** Maltraitée par les médecins ! Euh parce que en fait je ne sais pas, vous savez, les médecins, ce ne sont pas des dieux, déjà, d'une part, et ouiah d'autre part (je dis ça parce que je suis

croyante, hein !), et puis d'autre part, je suis tombée sur un endocrinologue, acupuncture aussi, et j'ai l'impression (j'ai fais des séances d'acupuncture, hein) et j'ai l'impression que c'est ça qui a bloqué les règles pendant un an ! C'est bizarre, ce que je dis, hein ... ??? Ouaih j'ai l'impression qu'il y a eu quelque chose qui c'est passé. Quelque chose qui c'est passé. **D'accord.**

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

A quel âge avez-vous été ménopausée ? 43 ans. Oui.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Ben absolument aucune chaleur, aucune bouffée de chaleur. L'arrêt des règles, c'est tout. **Seulement l'arrêt des règles ?** Et puis bon j'avais du poids aussi, j'avais pris un peu de poids. **A peu près combien de kilos ?** Oh, pas beaucoup, hein. Je sais plus, mais il me semblait que j'étais un peu gonflée, un peu enflée, ce n'était pas de la graisse, c'était de l'eau, c'était, je ne sais pas, j'étais assez ... voilà. Je n'ai pas souffert de ça, hein.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Ah oui. **Vu que vous n'avez pas eu de bouffée de chaleur ?** Non, mais j'avais, disons, euh, les médecins m'ont dit, vous êtes jeunes, à 43 ans, il faut prendre des substituts, hein. **C'est le médecin qui vous l'a conseillé ?** Ah oui, oui, c'est le médecin. Il ne m'a pas obligé, non. Moi j'étais d'accord, hein. **Pourquoi ?** Ben parce que peut être que ça va revenir, il faut continuer, donc ben voilà, et puis ou alors pour la peau, sinon vous auriez pu vieillir, et puis j'ai accepté, et puis après tout, en fin de compte, j'avais fait le (?), j'avais eu un petit peu les règles, quand on coupe la pilule, il y avait des petits symptômes, comme ça, en cours de saignements et puis ça s'arrête, et puis et puis pour tout vous dire, j'ai goûté à tous les substituts.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Avec qui ... ? **Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ?** A personne.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Oui, bénéfique, je peux en parler maintenant, parce que bénéfique à 43 ans on les voit pas, hein, les bénéfices on les voit pas du tout. Euh, par contre, sur le parcours de 43 à 60, ben il y a eu quand même des petits problèmes au niveau de la pilule, de tous ces traitements ; avec la pilule, moi, il y a des pilules qui m'ont fait grossir, et puis par moi-même j'ai vu que ça n'allait pas, je me sentais pas bien, j'ai arrêté. J'ai suivi autre chose ; à chaque fois, je... j'ai essayé de trouver le traitement qui

m'était adéquat, en fait, vous voyez ? Et j'ai même fait des patchs... le patch ça n'a pas réussi parce que j'ai été allergique à la colle. **Là, on va en revenir sur le traitement, parce que ma question c'était connaissez-vous les effets bénéfiques ?** Alors les effets bénéfiques, et ben maintenant, je peux dire que à 50 ans, 55 ans, quand j'avais des relations sexuelles, je n'avais pas de problème. **C'était surtout au niveau d'une sécheresse vaginale qui n'existait plus ?** C'est ... on a 30 ans en fait, on continu à avoir 30 ans. **D'accord. Il y a d'autres effets bénéfiques au traitement ?** Euh, ben oui, on a le teint plus joli, on se flétrit moins vite, je pense, je ne sais pas. **C'est ce que vous avez constatez ?** Pour moi, ce que je peux savoir, ce que je peux constater pour moi, c'est uniquement les relations sexuelles maintenant, la question de la peau, des cheveux, et tout ça, je ne sais pas. Tout dépend du patrimoine aussi qu'on a génétiquement, je ne sais pas.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ben les risques, il faut quand même se surveiller, on parle de cancer, il y a des médecins qui parlent cancer, il y en a d'autres qui parlent pas, qui disent que c'est de la foutaise, qu'on rapporte n'importe quoi, alors moi je sais plus ou j'en suis –j'ai jamais su d'ailleurs la vérité – donc, c'est pour ça que je suis très méfiante, et que je me suis toujours bien surveillée. **Mais de quel cancer parlez-vous ?** Cancer du sein, ou autre qui peut se développer en dehors du cancer du sein ou autre chose.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Ben on le lit partout, hein, on le lit sur les bouquins, partout... **les magazines féminins ?** Ouaih.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? bien sûr, tous les 2 ans. **Vous faites des frottis aussi ?** Ben non, euh oui, je fais des mammographies, et des frottis, tous les ans, tous les 2 ans.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

A quel âge avez vous débuter la prise du traitement hormonal de la ménopause ? 43 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Off... je n'en sais rien. **C'était un gynécologue, un médecin généraliste ?** Euuuuuhhhhhh, ce devait être un gynécologue.

Quel est le type du THM : je prends quoi, avant ou maintenant ? **Maintenant.** Maintenant, je prends une gélule et une crème. **Comment s'appelle votre gélule et votre crème ?** Utrogestan et Estreva. **Un comprimé de 100 mg d'Utrogestan, c'est ça ?** Oui c'est ça. **Et Estreva, combien de doses ?** Ben 100 mg c'est ça, pendant 21 jours et puis j'arrête. **C'est une dosette ?** Vous parlez de quoi, de l'ESTREVA ? **Oui.** Non, non, on appuie, c'est un flacon, où on met une dose sur chaque bras. **Et vous arrêtez 7 jours, c'est ca ?** Oui. **Et vous avez vos règles pendant ce temps la ?** Pas du tout. Mais j'ai l'impression que ça repose aussi, et d'ailleurs sur le parcours, il m'est arrivé d'avoir très mal aux seins. **Oui.** Mais vraiment très très mal aux seins, et par moi-

même j'ai arrêté deux mois. Deux mois pour refaire des examens, et quand tout est rentré dans l'ordre, j'ai repris mon traitement.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Oui.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Ben peut être de l'équilibre, parce que si je n'ai pas d'œstrogène, peut être que mon équilibre psychique va peut être changer. Maintenant je ne sais pas. Et puis, bon, je me sens encore un peu femme, et, bon, je ne suis pas une grande aventurière au niveau des relations sexuelles, hein, donc je pense que si j'ai quelqu'un, il n'y aura pas de problème, quoi.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?

Ah, ça j'adore, ah oui. C'est-à-dire que même avec les substituts il faut quand même penser à reprendre du calcium, penser à la vitamine pour la peau, et à faire du sport, surtout du sport, la gymnastique, se muscler, surtout ne pas se laisser aller, surtout à 60 ans. **Régulièrement ?** Ben, faire du sport, oui, normalement, c'est régulièrement. Ca fait un an que j'en fais plus à cause de mon pied, mais sinon j'en faisais tous les weekends. J'ai été même animatrice en gymnastique, pendant des années, vous voyez ! **C'est super !!! (Rires).**

TENTATIVE D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Ben, si, je l'ai arrêté quand j'avais des problèmes aux seins, quand j'avais des problèmes de douleurs aux seins. **C'était une durée d'arrêt de 2 mois, c'est ça ?** Oui, c'est ça.

Que s'est-il passé pendant l'arrêt ? Tout était rentré dans l'ordre, je n'avais plus mal aux seins.

Et pourquoi l'avez-vous repris ? Ben parce qu'il n'y avait rien d'inquiétant aux radios et aux analyses, donc j'ai dit, bon, je vais le reprendre, en faisant plus attention, en mettant moins de gel, au lieu de mettre 1 dose, de mettre une demi dose ; vous voyez, c'est à moi à régler aussi. **Oui.**

Maintenant, Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Bien sur. **Pourquoi ?** Elle est dangereuse, moi j'aimerais qu'on me dise pourquoi, et je voudrais connaître un peu plus quand on dit dangereux. J'aimerais avoir des critères de danger, c'est quoi le danger ? **Parce que plusieurs études, surtout des études américaines, et anglaises, ont montré que le traitement hormonal augmentait le risque du cancer du sein ...** si on avait déjà un terrain, dans la famille déjà ... **Euh, oui et non, quoi ...il y avait plus de cas de cancer dans le groupe des femmes qui prenaient le traitement par rapport aux femmes qui ne prenaient pas le traitement. Il y avait aussi des maladies cardio-vasculaires qui étaient augmentées, il y avait plus de femmes qui faisaient un infarctus sous traitement, que de femmes sans traitement.** Ben les femmes qui sont ... c'est pour ça que je me dis que chaque femme devrait quand même être à l'écoute de son corps, et de ses traitements, parce qu'il y a des médecins qui, je vous dis franchement,

hein, il y a eu des, des, j'ai connu des trucs qui sont pas possible. Moi je suis tombé sur un endocrinologue qui ma donné une pilule, je sais plus laquelle c'était, tellement fort, qu'en 48h j avais une boule au sein, qui grossissait, j ai eu très peur, le médecin, il devait partir, quand je l'ai appelé, il partait en vacances, il n'en avait rien à foutre !! Il m'a dit prenez cette pommade, mettez la dessus, et puis ça passera. Ca ne passait pas, ça grossissait, donc j ai été voir un autre gynécologue, qui voulait lui me faire une ponction directement dans mon sein douloureux. Je l'ai fui. Je suis parti dans un centre à Paris, et là, ils m'ont dit vous avez eu raison de fuir tous ces toubibs, et ils m'ont donné un, euh... Enfin comment dire, des anti-inflammatoires, tout ce qui fallait, quoi, et tout est rentré dans l'ordre, hein. **D'accord. Et vous vous rappelez du nom du médicament ?** Non, j ai pas. Je n'ai pas gardé, je ne sais pas. J'aurai dû le garder, d'ailleurs. Et comme chaque femme est différente donc, bon.... mais c'est vrai qu'il faut faire attention parce que en fait, je ne sais pas, on pourrait ouvrir le débat la dessus, sur les laboratoires, avec tous ces médicaments, ces scientifiques, est- ce qu'ils disent vrai, est -ce qu'ils ne profitent pas, bon, il y a eu des profits à droite et à gauche, que donc on ne sait pas où est la vérité, en fait. Il faut surveiller, en fait. Quand ça ne va pas, il faut changer de pilule, il faut en parler, essayer autre chose, et puis voilà, quoi.

Avant dernière question, êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Ah, pas du tout ! J'ai pas envie, je n'ai pas envie ! Parce que moi j'ai encore envie de vivre ma vie, et j'espère rencontrer un compagnon, donc ... ! *(rires !!!)* **Et vous pensez que sans, vous n'arriveriez pas a vivre votre vie, c'est ça ?** Peut être qu'il faudrait donner aussi –moi j ai pas cherché, moi je vis ma vie comme ça- mais peut être que au niveau sexualité, on se sent plus femme, parce que bon, ben il y a quand même, euh, on n'est pas sèche, on est, euh ... comme à 30 ans, quoi ! **C'est vrai ...**

Avez-vous d'autres choses à me rajouter ? D'autres choses dont on n'a pas parlé sur la ménopause? Non, mais je pense que ce que je devrais dire, c'est que les médecins devraient être plus attentifs, et à l'écoute des femmes, et puis, et puis les aider à prendre plus de calcium, plus de oligo-éléments plus de choses comme ça, parce que c'est vrai que des fois, bon, les traitements , c'est pas vrai, parce que quand on parle des traitements adaptés à la femme, et ben vous parlez avec vingt femmes, elles ont le même traitement ! Je ne suis pas d'accord ! Vous voyez ce que je veux dire ? **Oui... bon, ben après, ça dépend des traitements, des doses ; il y a des médicaments, il n'y a pas besoin de prendre dix médicaments pour dix femmes, ce sont les mêmes molécules, mais qui sont commercialisées sous d'autres noms, en général.** Ben, écoutez, comment on appelle ça, je prenais de l' Utrogestan, et puis à un moment donné, il y a une nouvelle boite qui est sortie, je ne sais plus ce que c'est, je dois avoir le nom, je l'ai gardé d'ailleurs, je l'ai prise, et ben je ne me sentais pas bien avec, on m'avait dis, oui, mais c'est la même molécule, à part ça et ce qui a changé, c'est quand même curieux, je suis pas bien ! Je ne la supporte pas. Je n'étais pas bien, j'avais mal, et bien j'ai repris l'Utrogestan, et ca va beaucoup mieux !! **C'est vrai qu'il faut trouver le traitement adapté, mais...**

En tout cas je vous remercie beaucoup, 'patiente n°3',

Si ça a pu vous aider, tant mieux !

PATIENTE N° 4 : NICOLE

PROFIL

Date de naissance / âge : 10 octobre 1946, soit 62 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Non, pas actuellement.

Situation familiale : Euh ... Ecoutez je suis mariée, j'ai deux enfants. **Ils sont encore à la maison ?** Non. Mon fils aîné a 39 ans et mon autre fils en a 35.

DIMENSION COSMETIQUE

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Euh oui, pas en vacances, mais enfin seulement ... enfin pas en vacances. C'est vrai que le reste du temps je me maquille. **Vous ne sortez pas sans maquillage ?** Euh, en règle générale non ! Sauf oui, pendant les vacances, parce que comme il fait chaud etc., c'est un peu plus problématique pour moi parce que je transpire beaucoup.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui. **Tous les mois ?** Pardon ? **Tous les mois ?** Pardon non parce que je ne vous entendais plus. **Pardon.** Non, non je fais ça à peu près tous les trois mois.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non, en règle générale non ! Je me fais des soins à la maison, si vous voulez, je ne vais pas dans un institut, voilà ce que je veux dire. **Mais vous vous épiliez à la maison vous-même en fait ?** Oui tout à fait, je fais des masques, je fais bon... je ... de temps en temps je fais des ... bon, voilà, voilà !

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Bof, je ne suis pas emballée. Remarquez non c'est vrai que je n'y ai jamais vraiment pensé. Mais je pense de toute façon, enfin j'imagine que de toute façon le lifting c'est bien. On a peut-être un visage un visage un peu plus, euh ... comment dirais-je ? Un peu plus présentable on va dire, mais je ne suis pas sûre que ... comme le reste ne suit pas si j'ose dire... **Ouais.** Je trouve que c'est ... il y a ... il y a quelque chose qui..., qui me convient pas vraiment, voilà ! **D'accord. Donc vous ne le ferez pas vous ?** Ecoutez très franchement, à moins que j'aie vraiment un problème particulier, mais je pense que je ne le ferai pas. Je vais vieillir, malheureusement... enfin comme tout le monde, hein ? **Hum, hum.** Mais je pense que je ne suis pas sûre que je le fasse non. Parce que j'ai vu d'abord des

émissions qui traitent de ce sujet, je trouve ça pas très sympathique. Peut-être que certaines méthodes ont changé aujourd'hui, mais comme je ne suis pas particulièrement bien renseignée sur la question, donc je ne peux pas répondre de façon très objective on va dire.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Oui ! Oui ! **Qu'est-ce qui a changé ?** Ah ben écoutez, je... euh... j'essaie de m'habiller, puisque étant donné que j'ai pas mal grossi, et bien je m'habille de façon très... très mémère, très mémère si vous voulez. **Ah bon ?** Ben oui, comme j'ai grossi si vous voulez, je mets des choses plus amples, etc. ... Donc il y a des choses que je n'ose plus mettre. **D'accord. Et c'est quoi...** D'abord parce que je trouve ça pratique, c'est tout ! **D'accord. Votre style reste classique ? C'est ça ?** Oui c'est ça, de plus en plus classique d'ailleurs. Remarquez plus ou moins classique à dire vrai. Mais je veux dire que l'âge aidant et puis bon, euh... euh le reste n'étant pas conforme à ce que je souhaiterais, mais bon je pense que je dois être comme tout le monde à ce niveau là ... donc voilà !

ANTECEDENTS MEDICAUX

J'ai quelques questions sur vos antécédents médicaux. Pardon, excusez-moi, je ne vous entends pas bien. Pardon ? **Des questions sur vos antécédents médicaux. Est-ce que vous avez déjà eu des phlébites ou embolie pulmonaire ?** Ben écoutez non, pas pour le moment.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Ecoutez, pas jusqu'à présent.

Antécédents gynécologiques ? Non ben écoutez non, des problèmes gynécologiques non ... J'ai fait une fausse couche, je devais avoir 20 ans-21 ans. J'ai eu droit à un curetage, comme tout le monde, mais sinon je n'ai pas eu de problème particulier.

Vous avez toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Ah ben écoutez déjà, ce sont les bouffées de chaleur qui sont absolument insupportables pour ce qui me concerne. Et puis si vous voulez bon c'est vrai, comme je vous l'avais expliqué brièvement quand je vous avais eu la dernière fois, c'est vrai que les médicaments que j'ai pris il y a quelques années, une dizaine d'années, m'ont fait gonfler de façon assez ... j'ai jamais vraiment perdu cet embonpoint que

j'ai pris en fait. Alors est-ce que c'est précisément dû aux médicaments, ça alors là je ne suis pas assez spécialisée pour vous répondre.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Quelles compli... ? Non. **Non, vous ne savez pas qu'est-ce qu'une femme risque à la ménopause, en dehors du traitement ?** Non, enfin pas... rien de... de ..., je ne comprends pas très bien là. **Euh une femme qui est ménopausée a par exemple un risque de fragilité osseuse.** Oui, oui, pardon c'est ça ! Je veux dire bien sûr il y a des fragilités qui sont liées justement à ça, euh... mais je... bon oui, comme tout le monde. **D'accord. Donc connaissez-vous des complications qui sont liées à la ménopause ou pas ? Des maladies qui sont...** Pour moi personnellement ? **Connaissez-vous ... Pas pour vous non ! Mais en général des maladies qui sont causées par la ménopause ?** Ben il y en a certainement. On est ..., on est plus fragile parce que justement nos hormones ne fonctionnent plus comme elles fonctionnaient auparavant. Donc je pense qu'il y a des problèmes peut-être de... de... comment dirais-je ? De ... de tension, des choses comme ça qui peuvent être liées... **Ouais.** Je pense, hein ? **Oui, oui D'accord.**

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Ecoutez à quelle période de ma vie ? Ben écoutez, il y a une dizaine d'années, une bonne dizaine d'années, comment je pourrai vous répondre ? **Est-ce que ça a marqué un évènement particulier, le départ des enfants, ou euh ... ?** Non, non, non, non, non, ça n'a pas été lié à un moment particulier parce que les enfants sont partis un peu plus tard, etc... Non, non, non, non, non c'est simplement ... et encore je considère que j'ai eu beaucoup de chance parce que ma mère a été ménopausée très tôt et mes deux autres sœurs ont été ménopausées très tôt. Vous savez, il y en a une qui avait environ une quarantaine d'années et l'autre qui avait entre 35 et 40 ans. Et moi j'ai été ménopausée il y a une dizaine d'années, donc je considère que j'ai eu de la chance ! **D'accord. Est-ce que cela représente pour vous... vous associez peut-être la ménopause à la vieillesse, au statut de grand-mère, quelque chose comme ça ?** Euh très honnêtement oui. **A quel mot, à grand-mère ou à vieillesse ?** Euh, vieillesse. **Vieillesse.** Moi grand-mère je m'en fiche, ça m'est égal, bon, bon euh... mais je veux dire c'est..., c'est vrai, pour moi ça... ça marque plutôt... **C'est le début de la vieillesse ?** C'est pris dans ce sens.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

A quel âge avez-vous eu votre ménopause ? Oh je vous dis il y a une dizaine d'années. Très sincèrement, bon, je... Je ne me rappelle pas de façon tout à fait précise, mais enfin je pense qu'il y a une dizaine d'années. **Cela fait vers quel âge ? Vers 50... 52 ans. 52 ans.**

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? A l'époque. Ecoutez, ben c'était surtout si vous voulez... bon déjà... bon déjà, j'avais plus mes règles, bon l'arrêt des règles que j'avais de façon tout à fait régulière et c'est surtout ces bouffées de chaleur qui sont très empoisonnantes me concernant.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? C'était les bouffées de chaleur, c'est ça ? Euh oui voilà, principalement ça. Principalement ça ! Parce que si vous voulez quand j'en ai parlé à ma gynéco, quoi qu'à l'époque, euh, elle m'avait dit que c'était le seul moyen d'y remédier.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Euh... bien écoutez avec mes amies éventuellement, qui rencontrent le même problème que moi. Et puis bon à l'autre sœur quand je la vois de temps en temps, puisque bon ... euh effectivement elle m'avait déconseillé de continuer un peu plus longtemps, dans la mesure où elle m'a conseillé depuis le temps que j'ai pris le médicament, d'interrompre le traitement. De toute manière elle considérait que c'était plus sage, voilà ce qu'on va dire. **D'accord. D'où l'intérêt de cette thèse.** Je suis désolée, je réponds peut-être pas très bien à vos questions hein, mais... **Non mais ce n'est pas grave.** C'est pour ça si vous voulez que je pensais en fait ... en fait c'était pourquoi je vous avais expliqué un petit peu. C'est que ma gynéco m'avait donné tout le dossier puisqu'elle est partie. Elle a... bon elle a... elle a arrêté ses... ses consultations. Donc si vous voulez elle m'avait donné tout mon dossier. Je vous avais dit à ce moment là, si vous voulez je vous le donnerais avec les médicaments qu'elle m'a donné puisque sincèrement je ne me rappelle pas de tous les noms etc.... parce que j'ai changé plusieurs fois. Donc c'est pourquoi si vous voulez, c'était l'intérêt de vous donner le... enfin de vous prêter le petit dossier en question. **Mais moi ce qui m'intéresse le plus c'est surtout le ressenti, c'est ce que vous ressentez donc...** Ah d'accord, d'accord. **Ce n'est pas le domaine, le problème médical en soi, c'est...** Ah d'accord, d'accord. **C'est votre profil ...** D'accord, le vécu de la situation. **Exactement voilà. Donc euh ça ne m'intéresse pas... plus que ça en fait.** D'être devenue mémère très honnêtement cela ne m'enchant pas vraiment. **Pardon ?** D'être devenue pépère, enfin mémère je veux dire. **Mais non, mais non...** Je n'ai pas dit grand-mère, hein ? J'ai dit mémère, ça ne m'enchant pas vraiment. **Mais non, vous dites des bêtises.** Je n'entends pas très bien. **Ah bon, on va en discuter si vous voulez.**

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Les effets ? **Bénéfiques.** Bénéfiques ? **Oui.** Euh... bien écoutez oui, je pense que étant donné que c'est substitutif, je pense que ça doit se rapprocher à peu près, on doit avoir à peu près euh... que ça doit compenser on va dire entre guillemets. **Oui.** Je suppose, hein ? **Oui, donc ça vous a fait disparaître vos bouffées de chaleur, je suppose ?** Ecoutez oui, à part ça c'est tout. **D'accord.** Ça m'a fait grossir etc. j'ai eu des inconvénients. A part les bouffées de chaleur, je pense que c'est plutôt des inconvénients. **D'accord.** Ce sont plutôt des inconvénients. **Les inconvénients c'est la prise de poids ?** Oui. **Il y 'en a d'autres ?** Bon mais par contre, non il y a ça si vous voulez, non... non... je dis des bêtises, parce qu'effectivement y'a pas de bouffées de chaleur, y'a quand même, ce que je vous expliquais, la peau qui est quand même un petit peu plus euh... oui, oui, pardon c'est mon mari qui me pose les questions, ce n'est pas toi qu'on interroge, excusez-moi. Non, non, donc je disais euh... en fait c'est... c'est vrai que ça m'a supprimé les bouffées de chaleur et aussi

euh... si vous voulez du point de vue peau, ce que je vous disais l'autre jour, depuis que je ne prends plus rien je m'aperçois très vite que la peau se flétrit, elle s'avachit, enfin bon, voilà !

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ecoutez euh... il avait été pas mal question de, de ... de cancer éventuellement qui pourrait se déclencher à plus ou moins brève échéance, mais j'ai pas suivi et très honnêtement je n'ai pas... euh j'ai survolé ça en vrai. **Cancer de quoi ?** J'en ai discuté avec mon mari ... Pardon ? **Cancer de quoi ?** Ben cancer du sein notamment.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Ecoutez c'est quand... quand... quand j'ai lu un petit peu dans certains magazines, alors pas forcément médicaux, comme vous pouvez vous en douter, euh... et puis euh... oui effectivement moi c'est plutôt tout ce que j'avais entendu en discutant un peu avec mes amies que je connais de droite et de gauche et apparemment elles avaient entendu la même chose que moi.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Euh... je vais... Oui ! Pas... pas si vous voulez, par... par les documents qu'on m'envoie. Mais tous les ans effectivement je fais faire une mammographie. Voilà.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? Je vous dis, je pense que c'est à peu près à 52 ans.

Qui est le prescripteur initial ? C'est le gynécologue qui vous l'a prescrit ? Oui, bien sûr.

Qu'est-ce que vous prenez actuellement comme traitement ? Rien. **Comme traitement ?** Rien. **Il n'y en a plus ?** Non. **Depuis quand vous en avez...** Je l'ai arrêté...Pardon ? **Ah vous l'avez arrêté ?** Oui. **D'accord.** C'est parce que justement comme je l'avais pris une dizaine d'années euh... et ma gynéco et votre sœur m'ont conseillé éventuellement d'interrompre le traitement de façon à ce que on va dire au bout d'une dizaine d'années, il vaut mieux effectivement... Bon voilà ! Elles semblaient d'accord sur le principe, maintenant je ne sais pas, euh... **D'accord.**

Vous étiez satisfaite de votre traitement ? Non ! Parce que je... je pense que si vous voulez parce que je ne sais pas si c'est le dosage ou je ne sais pas, euh je vous dis au départ, euh plutôt au début quand je l'ai pris, j'ai gonflé comme une bourriche. Alors j'ai demandé à ma gynéco ; elle m'a dit : non, non, il n'y a pas de problème, le dosage est faible, etc... Y' pas de problème, ça doit vous convenir. Alors elle m'avait prescrit quand même, elle m'avait proposé des gels. **Hum, hum.** Et je n'ai pas pris des gels parce que comme je suis à peu près... je suis un peu négligente, je me suis dit ça je vais l'oublier. Un petit comprimé, les machins ça je peux prendre, j'y penserai, mais le gel à mettre tous les jours, non. Alors non... je n'ai pas pris... je n'ai pas opté pour cette solution. Mais c'était peut-être la meilleure d'ailleurs, je ne sais pas.

Donc est-ce que vous utilisez des stratégies comme la prise de calcium, la pratique sportive, la DHEA, tout ça ? Et bien ma foi non. J'ai fait pas mal de sport parce que je fais de la course à

pied, j'ai fait de la gymnastique etc.... mais c'est vrai que lorsque j'ai arrêté parce que je me suis remise à travailler avec mon mari qui avait une petite société, il est vrai que bon, euh... là j'ai arrêté tout, j'ai tout interrompu ce qui était sport sauf, sauf la course à pied, mais certainement que c'était plus suffisant. **D'accord.** Parce que je faisais quand même environ 5 à 6 heures de sport par semaine. **Donc vous m'avez dit que vous l'avez arrêté, donc c'était à quelle date vous l'avez arrêté ?** Pardon, excusez-moi je vous ai pas entendu. **Ca fait combien de temps que vous l'avez arrêté du coup le médicament ?** Euh... Le médicament, euh... quand est-ce que je l'ai arrêté ? Euh... il y a un an ou deux. Qu'est-ce que j'avais aussi ? J'avais eu un problème, j'avais aussi un petit nodule au sein, mais bon apparemment il y avait rien donc... **D'accord.** Et puis je ne sais pas, ben ... **Donc vous l'avez arrêté à la demande de votre médecin ?** Oui. **Et qu'est-ce qui s'est passé à l'arrêt ?** Ah ben les bouffées de chaleur sont revenues de plus belle, enfin elles sont revenues comme avant en fait. **D'accord. Et vous n'avez pas envie de reprendre votre traitement ?** Bien écoutez euh... si vous voulez je, j'hésite un peu entre le fait des risques encourus et euh... bon effectivement, je vous dis très sincèrement actuellement quand je regarde ma peau qui vraiment, qui comment a ... enfin ce n'est pas très joli ce que je vais dire... un peu... la peau qui se flétrit... vous savez enfin ce n'est pas très joli ce qu'on va dire... bon ben. Mais je ne sais pas si effectivement, peut-être que je... peut-être je ne sais pas que ça... si aujourd'hui encore ça ferait encore le même effet qu'il y a une dizaine d'années. Oui, je ne sais pas ... **Hum, hum, bon d'accord. Ok, donc vous l'avez arrêté, donc par ailleurs vous vivez bien sans traitement ?** Pardon ? **Vous vivez bien quand même sans traitement ou pas ?** Euh je vis avec mes bouffées de chaleur, je m'en suis accommodée. **Vous en avez tous les jours ?** Ah j'en ai tout le temps, oui ! **Tout le temps ?** Non j'en ai pas toute la journée, mais j'en ai bien euh, six - sept fois par jour. **Et sous traitement il n'y en avait plus à l'époque ?** Non. Oui ça avait bien ... ça avait complètement disparu, mes bouffées de chaleur avaient complètement disparu.

Une dernière question : avec le traitement, il y avait une sècheresse vaginale ? Euh écoutez, très sincèrement je... non. **Non d'accord et sans traitement c'est redevenu sec ?** Euh j'ai un peu plus de problèmes à ce niveau effectivement. **Bon écoutez c'est fini hein.**

Je vous remercie.

PATIENTE N° 5 : HUGUETTE

PROFIL

Date de naissance / âge : j'ai 79 ans et demi.

Avez-vous une activité professionnelle ? Je suis à la retraite et avant j'étais professeur d'éducation physique et sportive.

Situation familiale : je suis veuve.

Avez-vous des enfants ? Oui, j'ai eu deux filles qui évidemment ont quitté la maison.

DIMENSION COSMETIQUE

L'entretien va se dérouler sur plusieurs items. Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Euh, régulièrement, non pas tous les jours.

Quand vous sortez ? Oui, quand je sors ou quand je vais chez des amis, admettons trois fois par semaine.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui, oui oui. Tous les mois, tous les mois et demi. Ca dépend de la vitesse de repousse des cheveux. **Des cheveux blancs ?** Des cheveux gris, pas complètement blancs mais beaucoup de cheveux gris. Mais je vais vous dire, je faisais des teintures capillaires bien avant d'avoir des cheveux gris, histoire de changer de temps en temps.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Oui, je me fais épiler les jambes de temps en temps, avant les vacances. Je vais comme même des fois à la piscine, je me fais épiler les jambes, c'est quand même plus net. C'est une vieille habitude. Sinon, non, pas spécialement. J'ai des laits pour me nettoyer la peau, des crèmes... j'ai ma nièce qui est dermato, donc j'ai tout un arsenal de crème. Enfin ce n'est pas le principal de mes soucis.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Oui, enfin, je peux vous dire que je n'en ferai pas faire. J'ai tellement entendu parler justement toujours, au niveau familial, de ratage. J'ai vu quelques exemples de personnes âgées qui ont fait du lifting, qui ont la figure comme du carton, qui ne peuvent même plus sourire. Enfin bon, je n'ai pas une bonne opinion des liftings,

même fait par des grands spécialistes. Ca dépend de la peau qu'on a, ça dépend de beaucoup de choses.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Oh, pas du tout. Je suis restée très sport c'est-à-dire pantalon, jeans, blouson... .

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non, j'ai toujours mon utérus. Excusez-moi, en tant qu'antécédent, j'ai eu l'appendicite et on m'a enlevé la vésicule biliaire il y a des années.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Maintenant nous allons parler de la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Cette espèce de malaise qui monte. Vous savez, je n'ai pas eu vraiment de vraie bouffée de chaleur mais c'était ces espèces de sensation d'être mal, de mal respirer, d'être oppressée et voilà. **Et si vous devez me dire un mot ?** Des sensations désagréables, pas bien dans sa peau, pas comme d'habitude. Ça m'est arrivé une fois ou deux d'avoir les jambes lourdes.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Euh, non, pas particulièrement. **Savez-vous ce que risque une femme ménopausée par rapport à une femme non ménopausée ?** C'est-à-dire risque d'infarctus, de problème cardio vasculaire, des choses comme ça, prise de poids, ce que je connais...

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Pour moi personnellement ? **Oui.** J'avais 54 ans quand ça m'est arrivé. **Ça représentait quoi ? Un statut de grand-mère...** ah pas du tout. C'était comme ça, c'était comme ça. Je n'en ai pas fait un fromage.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause, vous m'avez dit 54 ans. Oui.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Alors j'ai eu un petit peu le soir, presque tous les soirs, j'avais des maux de tête, choses que je n'ai jamais connu dans ma vie, des céphalées sauf avec un gros rhum et presque tous les soirs vers les 18 heures, j'avais des maux de tête, des bourdonnements dans les oreilles. Donc j'en ai parlé à mon médecin, qui était mon ami à l'époque, qui m'a dit du fait un peu d'hypertension, c'est le début de la pré ménopause donc il m'a mis sous Corenitec, il m'a mis aux hypotenseurs. Et tout est rentré dans l'ordre mais j'en prends toujours. C'est le seul médicament que je prends et encore maintenant. Je vais voir mon médecin tous les trois mois pour le renouvellement. Et les maux de tête ont disparu.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Les bouffées de chaleur et les maux de tête. Surtout la nuit. Mais vous savez dans la journée les bouffées de chaleur, j'étais prof de gym, je m'échauffais avec les élèves, je n'avais pas le temps de m'en occuper.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? J'en parlais avec des collègues à peu près de mon âge et avec mon médecin.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

On va parler du traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Ah ben écoutez moi je les connais car je l'ai eu de suite c'est-à-dire cette suppression de cette sensation de malaise, voilà. Et vous savez, je n'ai pas eu de malaise énorme par rapport à certaines personnes que me racontaient des amis ou des personnes de ma famille. Il fallait qu'elles changent de draps la nuit tellement elles transpiraient, tellement elles dormaient mal la nuit, elles dormaient mal la nuit. Moi j'avoue que c'est bénin mais comme je n'ai jamais été malade de ma vie, c'était quand même désagréable.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Oui, surtout il y a quelques années, on en a beaucoup parlé. Il y a le cancer de l'utérus, le cancer du sein, etc voilà. Je sais ce qui est divulgué pour le grand public, je n'ai rien lu dessus.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Ben, je pense que ça doit être la presse, des émissions à la télé et puis je crois que mon médecin de l'époque m'en avait parlé aussi. C'était le médecin qui m'avait suivi pendant des années, malheureusement, c'était mon compagnon, il est décédé d'un cancer. Donc j'ai été voir un médecin de mon quartier et c'est là qui m'a dit attention il y a ceci, il y a cela mais moi j'ai préféré continuer.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Disons que j'ai passé régulièrement les mammographies, les frottis tous les deux ans. J'arrive quand même à 80 ans, je n'ai jamais rien eu jusque là.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? Dès le début de la ménopause, vers 54 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Mon médecin qui était généraliste mais qui avait une formation de gynécologie. C'était mon ami et mon compagnon en même temps. On ne vivait pas ensemble mais on partait en vacances ensemble. Il était divorcé et moi veuve.

Quel est le type de THM : Utrogestan et Estreva

Posologie : un comprimé le soir d'Utrogestan et une dose sur les bras. Au début c'était plus, je gère.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Tout à fait.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Déjà ça m'enlève l'inconfort qui est du à la ménopause. Il y a des femmes qui n'en ont pas, d'autres beaucoup mais moi ça m'apporte du confort. Euh... j'ai l'impression... rien de scientifique, que ça m'empêche peut être de vieillir trop vite. **A quoi le voyez-vous ?** Ben, c'est-à-dire je ne parais pas mon âge, et je ne veux pas avoir l'air de dénigrer les autres mais par rapport à certaines personnes de mon âge, j'ai l'air plus en forme. Peut être que c'est génétique, c'est peut être parce que j'ai fais du sport. Encore là je m'oblige à faire certains exercices, à marcher, peut être, je n'en sais rien.

Vous le voyez au niveau de votre peau ? Oui, ma peau n'est pas tellement en mauvaise état, me dit ma nièce dermato. Bon elle est un peu sèche. J'ai la peau moins sèche avec le traitement hormonal que sans traitement hormonal. J'ai toujours eu la peau sèche. Je suis une rouquine avec une peau assez fragile et je n'y apportais pas tellement de soin. En plus, j'avais un métier où on était au grand air, ou dans la poussière des salles de gym, sur les terrains de sport au vent etc.... donc peut être parce que j'apporte un peu plus de soins maintenant à peau. C'est des crèmes hydratantes après la douche, ce n'est pas des soins extraordinaire, rien de plus.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?

Oui, c'est le docteur Eseinfiz qui a pris sa retraite. J'ai passé une ostéodensitométrie qui était bonne. Il n'y avait aucun symptôme. Vu votre grand âge, Il m'a dit vaudrait mieux prendre du Fixical, vous savez l'association vitamine D et calcium. J'ai du passer cette ostéodensitométrie il y a quatre ou cinq ans maintenant.

TENTATIVES D ARRET

Maintenant, nous allons aborder le dernier chapitre, sur les tentatives d'arrêt du traitement hormonal.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui, j'ai essayé pendant trois ou quatre semaines. Et j'ai senti de nouveau la nuit cette sensation de malaise, cette espèce d'inconfort. Ce n'était pas vraiment des bouffées de chaleur, mais je dormais mal, je me réveillais, il fallait que j'ouvre la fenêtre pour mieux respirer, j'étais mal. J'ai dit hop je recommence mon traitement. C'était peut être il y a trois quatre ans au moment où on avait dit que c'était dangereux de prendre le traitement. Je m'étais dit je vais arrêter mais je n'ai pas tenu.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Ben il faut me dire d'abord les risques que je puisse évaluer. **Vous les connaissez ?** Oui, cancer du sein, infarctus. Ecoutez, tous les examens que j'ai eu, il n'y avait jamais rien donc je continuerai. A moins qu'on me propose un autre traitement qui a le même effet que les hormones et qui... que ce ne soit pas des hormones, que ce soit un traitement complémentaire mais qui m'apporte le même confort que les hormones. **Mais justement il n'y en a pas.** Mais il n'y en a pas. Oui je sais.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non pas du tout.

Si non, pourquoi ? Ben parce que je n'ai pas envie de retomber dans cette espèce d'inconfort, de mal dormir c'était surtout ça. Moi je dors bien, je n'ai jamais rien pris pour dormir. Moi six heures ça me suffit. J'étais mal, pas à l'aise, pour rien au monde je recommence. **Vous pouvez réessayer, les symptômes ont peut être disparu ?** Vous savez j'étais assez vieille quand je l'ai arrêté, c'était récent. C'était il y a quatre cinq ans. J'ai eu quand même le retour. Je n'ai pas du tout envie. C'est peut être égoïste de ma part, pour mon petit confort personnel. J'avoue je n'ai pas une ménopause très difficile, par rapport à ce que j'ai entendu, il y a des femmes qui sont très très mal, beaucoup plus mal que moi.

Merci de votre participation.

PROFIL

Date de naissance / âge : 12 juillet 1927 ce qui me fait 81 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Maintenant non.

Situation familiale : je suis mariée.

Avez-vous des enfants ? J'ai eu un fils.

DIMENSION COSMETIQUE

Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Oui mais très peu. Quand je sors mais je mets le minimum quand je me maquille.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui, ben je me teins les cheveux. Je les colore.

Tous les mois ? À peu près.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Pff... le lifting, personnellement ça ne m'intéresse pas. **Vous n'en avez jamais fait ?** Non.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non, je n'ai pas l'impression, non.

ANTECEDENTS MEDICAUX

On va parler de vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thrombo-embolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Euh non pas pour l'instant.

Antécédents gynécologiques ? Non, simplement quand j'ai eu la ménopause, j'avais les bouffées de chaleur et tous les ennuis que ça pouvait entraîner. Le gynécologue m'a dit voilà, le seul moyen d'y remédier c'est de prendre le traitement de la ménopause, le THS, mais de le prendre à vie. Sur le moment ça m'a fait peur. Et puis alors j'ai commencé, ça allait très bien. Et puis alors c'est en 2006 ou je ne sais quand qu'on a dit que ceci que cela sur ce traitement. J'ai essayé d'arrêter et c'est là que les bouffées de chaleur sont revenues. Donc j'ai repris et ça va très bien.

Avez-vous toujours votre utérus ? ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Nous allons parler de la ménopause en général.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Ben surtout ces fameuses bouffées de chaleur. Les autres j'ai oublié. Je n'ai plus d'ennuis.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Oh, on nous a ressassé ça à une époque je ne sais pas pourquoi. On a parlé d'ostéoporose, de cancer du sein, d'ennuis cardiovasculaires. On a parlé de tas de chose. Or il faut dire aussi une chose, c'est que un traitement c'est personnel. Personnellement il me convient.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Je n'en sais rien. Rien de spéciale.
Ça n'a pas marqué une étape dans votre vie ? Non.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Ah ben je n'en sais rien. Je ne m'en rappelle pas. **Vers 50 ans ?** Oui, à près vers la cinquantaine.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Ah je vous l'ai dit tout à l'heure c'était les bouffées de chaleur et autre chose mais je ne sais plus, je ne me rappelle plus.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Et ben pour ça, les bouffées de chaleur.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Ben je n'en parle pas.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

+Maintenant je vais vous poser quelques questions sur le traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Les effets bénéfiques, oui parce que j'avais écouté une émission à cette époque là qui était animé par un gynécologue de Cochin et justement à propos du THS disait que le THS agissait contre les bouffées de chaleur mais ça tout le monde le sais mais aussi ça agissait contre l'ostéoporose. Et qu'il n'y avait peu ou pas de risque pour le cancer du sein et les maladies cardio-vasculaire. Et que les résultats qui étaient affichés en Amérique ... attendez que je regarde, j'avais noté certaines choses... Oui, il disait que les résultats qui avaient été dit en Amérique ont été essayés sur des femmes qui étaient âgées et obèses. **Tout à fait.** Bon ça n'a peut être pas marché mais je suis âgée mais je ne suis pas bête.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ah ben les risques je ne sais pas.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? A cette émission, par un gynécologue de Cochin.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Je l'ai fait et j'ai arrêté. **Jusqu'à quel âge l'avez-vous fait ?** Euh, ben jusqu'à il y à cinq ou six ans. **Jusqu'à 75 ans ?** Oui à peu près. De toute façon je ne risque plus d'en avoir puisque je ne suis plus remboursée. Donc ça veut dire que je ne peux plus l'attraper. **Pas tout à fait.** Ah mais à mon âge maintenant on ne me rembourse plus. **On dit qu'on les surveille jusqu'à 75 ans...** oui, après ce n'est pas la peine, on ne risque plus rien. **Ce n'est pas qu'on ne risque plus rien mais le pourcentage de femme atteinte d'un cancer du sein après 75 ans est très faible par rapport à la moyenne d'âge qui est de 60 ans.** Oui, bon enfin, je l'ai interprété à ma façon.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? Ah non je ne sais plus.

Qui est le prescripteur initial ? Votre gynécologue ? Ah oui oui. De toute façon ça ne peut être prescrit que par un gynécologue. **Pas forcément.** C'est-à-dire que mon médecin traitant a pris la suite.

Nom de votre traitement : ah ben je ne sais pas. **C'est une crème, des comprimés ?** Je prends des comprimés et un patch. Oh là là je ne me rappelle plus. Zut... alors là je suis idiote... (*Silence*). Oui, les comprimés c'est Duphaston et le patch c'est Estraderm 25.

Posologie : un comprimé le soir et un patch tous les quatre jours.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Ah oui, il me convient parfaitement.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Et bien le bien être. **Vous avez vu des changements par rapport à votre peau ou votre moral ?** Ah non pas du tout. Je vous dis les seuls changements, c'est quand j'ai voulu essayé, à la suite de toutes ces histoires, que j'ai voulu essayé d'arrêter et que les ennuis sont revenus. Alors j'ai repris et ça va bien.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Oh ben je fais un petit peu de sport. **A la maison ?** Ah non. En salle.

TENTATIVES D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Ah oui, j'ai essayé de l'arrêter. C'est-à-dire, à une certaine époque, on ne parlait que de ça. Je ne sais pas si vous vous en souvenez mais on ne parlait que des ennuis que pouvait apporter le traitement. Des ceci des cela... c'est pour ça que j'avais essayé de l'arrêter. D'ailleurs, dans cette émission, on disait que beaucoup de femmes qui avaient arrêté leur traitement, l'avaient repris.

Pendant combien de temps êtes-vous restés sans ? Oh ben pas très longtemps, je ne sais pas l'évaluer. Le temps que reviennent les problèmes. **De l'ordre de la semaine ou du mois ?** Peut être quinze jours.

Que s'est-il passé ? Les bouffées de chaleur sont revenues et puis je ne me sentais pas bien.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Oui je sais on me l'a dit.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non.

Pourquoi ? Non, je vous dis que je me sens bien, je ne vois pas pourquoi je l'arrêterai à mon âge. Il me convient, je ne vois pas pourquoi je me chercherai des ennuis à mon âge.

Merci de votre participation.

PATIENTE N° 7 : FLORENCE

PROFIL

Date de naissance / âge : 1938 ce qui me fait bientôt 70 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Conseillère en esthétique et en cosmétique.

Situation familiale : mariée, trois enfants. Ils ne sont plus à la maison bien sûre.

DIMENSION COSMETIQUE

Nous allons aborder plusieurs items. Nous allons parler de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Oui. **A chaque fois que vous sortez ?** Oui.

Qu'est ce que vous utilisez comme maquillage ? Et ben écoutez, comme je travaille pour la maison URIAGE donc, je me sers beaucoup de leurs produits, de la maison URIAGE, maison où je travaille. **Que mettez vous comme maquillage ?** Du fond de teint, du rouge à lèvres, je me fais les yeux ...

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Non, c'est plutôt des « déteintures » parce que je m'éclaircie les cheveux. C'est ma coiffeuse qui le fait parce que je ne me les fais jamais.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Ben, je me les fais moi-même bien sûre car je suis dans l'esthétique.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Ah je ne suis pas très pour. Moi personnellement, je ne le ferais pas.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Je vais vous poser quelques questions sur vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Maintenant nous allons parler de la ménopause en général.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? (*silence*). Ben écoutez, moi personnellement ça n'a pas été mon soucis parce que mon médecin tout de suite m'a fait faire ... j'ai quitté la pilule à 50 ans. Il m'a fait faire un arrêt de pilule et puis des dosages hormonaux et puis tout de suite après j'étais sous traitement, sous THS. **Mais ma question est : quels sont les mots que vous associez à la ménopause ?** Ah personnellement non. **Une perte de la fertilité, la vieillesse...** pas du tout. Rien de tout ça. **Ça ne représente rien pour vous ?** Euh non. Non non, ça représente pour moi uniquement... et encore... pour pas que ma peau se dessèche, un aspect esthétique.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Ah oui bien sûre. **Quelles sont-elles ?** J'en ai entendu mais moi je ne les ai pas eues. **Qu'est ce que vous avez entendu ?** Ah on entend... ben sécheresse vaginale, j'en ai eu pendant le mois ou j'ai arrêté la pilule mais sinon ben... j'entends parler de bouffées de chaleur ceci et cela... Moi, les bouffées de chaleur j'en ai eu aussi mais pendant un mois c'est tout. Moi, j'ai des amis qui se plaignent encore de bouffée de chaleur, de bouffée de chaleur et surtout bouffée de chaleur parce que sécheresse vaginale, elles n'en parlent pas beaucoup. Et puis bon déprime, difficulté à dormir etc. ... Mais moi je ne peux pas dire que j'ai eu ça. **Non mais je parle en général.** Oui c'est ça.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? A rien du tout. J'ai continué ma vie exactement comme elle était. Ça n'a rien changé.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Maintenant on va parler de vous et de votre ménopause.

Age du début de votre ménopause ? Pff... écoutez, j'étais sous pilule jusqu'à 50 ans donc je me suis rendu compte de rien. Pendant un mois on a arrêté, j'ai eu des bouffées de chaleur etc. Mais bon un mois après il me donnait de « l'Oestrogel » et puis je ne sais plus quoi et puis c'était reparti. Je n'ai plus eu de symptôme. **Vous aviez quel âge ?** Peut être 51 ou 52 ans.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Bouffées de chaleur et sécheresse vaginale.

C'est ce qui a motivé la prise du THM initialement ? Oui entre autre. **C'est vous qui l'avez demandé ou on vous l'a proposé ?** C'est mon médecin généraliste qui me l'a proposé. Bien avant, il m'avait dit dès que vous aurez votre ménopause, on vérifiera tout et on vous donnera un traitement. Il était très pour.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Avec personne.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Maintenant on va parler du traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Oui bien sûre. **Quels sont-ils ?** Bon écoutez moi j'ai jamais eu de déprime enfin bon, le docteur BERTON disait que je n'étais pas un caractère avec déprime. **Pour vous les effets bénéfiques ce sont pour celles qui sont déprimées ?** Non, pour moi c'est bénéfique pour les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale... **je ne parle pas pour vous, je parle pour les effets bénéfiques du traitement en général ?** Ah ! En général. De mon point de vue, en général, par rapport au travail que je fais, je dirais que c'est bénéfique pour la peau. Moi, c'est ce que je vois parce que je vois mes clientes et celles qui en prennent, en général, leur peau est plus belle. **D'autres effets bénéfiques ?** (*silence*). Ecoutez, je ne connais pas tous les autres. Si, j'ai une amie que je connais très bien. Elle voulait arrêter. Elle a arrêté. Quand elle a arrêté, elle a eu un caractère épouvantable, déprime et compagnie. Elle l'a repris et tout ça s'est passé. Donc ça a une influence là dessus. Je pense que pour le dynamisme des gens, des femmes, ça doit être important.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Oui je sais. **Quels sont-ils ?** Ben, on parle beaucoup du cancer du sein et puis... ben je crois que c'est tout, c'est l'essentiel.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Qui m'a parlé des risques ? Ben on les lis partout. **Dans les magazines ?** Oui.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

On passe à l'avant dernier chapitre vous et votre traitement hormonal.

Age du début de la prise du THM ? Donc 51-52 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Mon ancien médecin généraliste.

Quel est le type du THM : Actuellement c'est Activelle. Une petite pilule. Et avant c'était un gel « oestrogel » et il y avait un autre, oh là là le nom de cette pilule... **Utrogestan ?** Non. **Duphaston ?** Non. **Bon ce n'est pas grave.**

Posologie : mon médecin me prescrit un par jour et moi je prends un demi tous les jours. Je me suis aperçu qu'avec un demi c'était très bien.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Tout à fait.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Et ben justement une peau qui n'est absolument pas sèche. J'ai comme même un aspect, enfin vous m'avez vu, qui ne correspond pas du tout à mon âge. **Tout à fait, je confirme.** Ecoutez, même le prof de gym n'en revient pas. Même l'autre jour j'ai vu un médecin pour les reins ; je n'ai rien ; mais il m'a dit « continuez comme ça, c'est très bien ». **(Rires).**

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Ah ben je fais beaucoup de sport. **Tous les jours ?** Presque. Je fais trois heures de gym par semaine. Je fais une heure, une heure, une heure et entre temps je fais ou du vélo d'appartement ou du golf. **Prenez vous du calcium ?** Aucun non, justement j'en ai trop dans le sang.

TENTATIVES D'ARRÊT

Dernier chapitre, sur les tentatives d'arrêt.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Non.

Avez-vous déjà pensé à l'arrêter ? Non.

Quelles sont vos craintes à l'arrêt du THM ? Et ben justement, ce que j'ai vu sur les autres, la peau qui devient toute fripée. Moi ce que j'ai vu dans mon métier, chez les femmes qui arrêtent, j'en connais deux ou trois, j'ai vu en un an que la peau devient celle d'une vieille femme. **Et en ce qui concerne les bouffées de chaleur ?** Si, certaines ont arrêté et au bout de deux trois ans d'arrêt, elles ont toujours des bouffées de chaleur.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Oui. **Quoi qu'il arrive ?** Pour le moment tout va bien. J'ai un gynéco qui est pour et qui me dit que c'est parfait, tout va bien. Je ne vois pas pourquoi je l'arrêterai.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Pour l'arrêt, ah non je ne suis pas d'accord.

Avez-vous des choses à me rajouter ? Non, je crois qu'on a tout dit.

Merci de votre participation.

PATIENTE N° 9 : PAULETTE

PROFIL

Date de naissance / âge : 21 juin 1948, ce qui me fait 60 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Qui s'est terminé au mois de juin de cette année. **Que faisiez-vous ?** J'étais adjoint administratif à l'hôpital.

Situation familiale : mariée.

Avez-vous des enfants ? J'ai deux enfants, trente huit et trente et un an.

DIMENSION COSMETIQUE

Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Tous les jours. **Que mettez vous comme maquillage ?** Comme crème ? **Pas les marques mais les différentes sortes.** Voila. Je mets une crème anti ride, un fond de teint par-dessus, léger, de l'ombre à paupière, du ricil, un petit peu de blush sur les joues et je me fais un trait d'eye liner. Voilà. (*Rires*).

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Je me fais faire des mèches régulièrement, deux fois par an par plus.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Euh, non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Je serai plutôt pour. **Vous en avez déjà fait ?** oui. **Qu'avez-vous fait ?** Je me suis fait poser des fils pour enlever un peu de rides au niveau du visage, des fils qui s'arrêtent derrière les oreilles.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non. Je suis toujours plutôt classique.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Maintenant, nous allons parler de vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Euh, non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Nous allons parler de la ménopause dans sa globalité, la ménopause en générale.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? (*silence*). Pff... . J'ai jamais eu trop de problèmes en fait parce que je me suis fait suivre régulièrement. J'ai eu un traitement tout de suite à la ménopause. Six mois après, quand je n'avais plus mes règles, j'ai été traitée donc je n'ai pas eu vraiment de gros soucis à part je vous dis les premiers mois quelques bouffées de chaleur mais pour moi ce n'était pas un mauvais moment à passer, il est passé tout seul ce mauvais moment. Avec le traitement, c'est passé. Ça fait quand même longtemps que je prends le traitement hormonal.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Oui oui ; au niveau de la peau, au niveau des os... . C'est pour ça que j'étais plutôt pour à prendre un traitement hormonal. **Quel genre de complications connaissez-vous ?** Le vieillissement prématuré de la peau, le manque de calcaire pour les os aussi, oui, le calcium pour les os. On est plus facilement... je veux dire si on tombe, on risque plus facilement de se casser quelque chose que si on n'a pas de traitement. **Vous parlez de vieillissement prématuré de la peau, c'est ça ?** Peut être pas prématuré mais je pense qu'avec un traitement la peau perd moins vite son élasticité, son eau. Donc euh... j'espère qu'on vieillit moins vite.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Ben ça été moi assez tôt, j'avais mes 48 ans quand ça a commencé à ne plus marcher trop bien. J'ai été ménopausée à 50 ans. Ça fait déjà 10 ans.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Maintenant nous allons parler de vous et de votre ménopause.

Age du début de votre ménopause, vous m'avez dit 50 ans, c'est ça ? Oui. 48 même. **C'était la pré ménopause, il y avait encore des règles ?** Oui. Le gynéco m'a donné un traitement en fait et Il m'a dit qu'il se pourrait que ça revienne un petit peu, ça ne sera pas plus mal car vous êtes encore jeune. Avec ce traitement si ça doit revenir, ça reviendra et si ça doit pas revenir ça ne reviendra pas et vous risquez de les avoir encore six mois, un an et puis après ça va disparaître complètement. Ça été le cas. Ça a été un an à trainer et puis plus rien.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Les bouffées de chaleur. J'étais très mal ouah... presque à tomber dans les pommes des fois, je ne me sentais vraiment pas bien. **Y avait-il d'autres symptômes ?** Pff, pas que je me rappelle, non. Peut être un peu de nervosité ou contrariété vite, j'étais vite contrariée mais ça a passé relativement vite aussi.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Les bouffées de chaleur car j'étais vraiment très mal. J'avais peur de rester toute seule. Quand ça m'arrivait, quelque fois c'était au bureau, j'allais dans le bureau des copines à coté pour être avec quelqu'un parce que j'avais peur d'être toute seule. Quelques fois j'étais vraiment tres mal.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Avec personne, je n'en parle pas. Ceci dit ça fait 10 ans, c'est rentré dans la normale des choses.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Nous allons parler du traitement hormonal de la ménopause en générale.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Plus ou moins. Je sais que je n'ai pas une connaissance approfondie mais je sais qu'il y a eu des statistiques où c'était mal, enfin bon... le gynéco me l'a conseillé alors je n'étais pas contre. **Mais quels arguments a-t-il utilisé pour vous convaincre ?** Ben justement, pour la peau c'était mieux, pour les os, pour rester plus jeune plus longtemps et puis je vous dis avec les bouffées de chaleur, je ne pouvais pas rester plus longtemps comme ça, c'était ça qui me gênait le plus.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Pas trop. Le cancer du sein ? **Oui. Autres risques ?** Non. On en a parlé avec le gynéco comme quoi il y avait des statistiques qui favorisaient le risque du cancer du sein.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Mon gynécologue.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui, oui je suis suivie régulièrement.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Nous allons aborder l'avant dernier item sur « vous et votre traitement hormonal ».

Age du début de la prise du THM ? Un petit 50. C'était vers 48ans et demi. Je vous dis. J'ai attendu six mois avant d'aller voir le gynéco.

Qui est le prescripteur initial ? Mon gynécologue.

Noms de votre traitement : progestérone 100 et un gel que je me mets sur les bras, O ESTRADIOL

Posologie : le gel, je le mets un jour sur deux sur les bras, en continu et le comprimé, je le prends le soir.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Écoutez oui, ça va. Je me sens bien dans ma peau. Je n'ai pas de soucis, pas de soucis gynéco. Tout va bien.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Ben écoutez déjà, bien dans ma tête parce que si je ne le prenais pas, maintenant que je le prends depuis 10 ans, je me dis qu'il me manquerait quelque chose. Ceci dit, ça fait 10 ans que je le prends, je me dis qu'il faudra l'arrêter un jour.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Euh... oui je fais du sport. On marche, moi et mon mari, on fait beaucoup de promenades dehors et du footing léger. **Vous prenez du calcium aussi ?** Non. La mon médecin m'a prescrit une dose de vitamine D à renouveler dans 3 mois. Elle m'a dit que c'était mieux à l'entrée de l'hiver.

TENTATIVES D'ARRÊT

Nous allons aborder le dernier chapitre sur les tentatives d'arrêt.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Le traitement hormonal ? **Oui.** Non. Non. On ne m'a jamais conseillé de l'arrêter alors je ne l'ai jamais arrêté. Avant ce traitement, j'avais des patchs Femsept à la semaine, mais j'ai toujours eu un traitement. On m'a jamais dit on va essayer d'arrêter un peu. **Pourquoi avoir changé de traitement alors ?** Je vais trois mois par an à la plage en Espagne, alors ce n'était pas pratique. Ça se décolle, je recolle, ça se décolle...

Avez-vous déjà pensé à l'arrêter ? Non. Non.

Quelles sont vos craintes à l'arrêt du THM ? Non je n'en ai pas. Si le gynéco me demande de l'arrêter, je l'arrêterai. Je pense qu'il n'y a pas de crainte à avoir.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Ben, j'en parlerai au gynéco et puis je prendrai son avis déjà. **Et s'il vous dit qu'au bout de cinq ans, il y a un risque effectivement de cancer du sein, vous le prendrez comme même ?** Ben, s'il me conseille de l'arrêter, je l'arrêterai. **Vous, c'est uniquement sur prescription médicale ?** Oui oui. Je ne le ferai pas de moi-même. J'en parlerai au médecin d'abord. **Mais pourquoi ?** Pourquoi je le ferai de moi-même. Il n'y a pas de raison. S'il me dit de continuer. On prescrit des médicaments, conseillés par le médecin pendant huit je ne vois pas pourquoi j'irai le prendre pour 10 jours. **C'est un homme ou une femme votre gynéco ?** C'était un homme, c'est une femme maintenant. **Vous savez qu'il y a des recommandations actuelles qui disent qu'au-delà de cinq ans de traitement il y a un risque de développer un cancer du sein...** oui c'est sure. Je vous dis, moi j'ai eu le stérilet pendant des années et des années. Je me suis fait suivre tous les six mois par le médecin. Maintenant j'y vais tous les ans. Je fais des mammographies tous les ans, régulièrement. **Tant que vous êtes surveillée, vous continuez ?** Oui.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Ben non.

Avez-vous des choses à me rajouter ? Non. Non.

Merci beaucoup de votre participation.

PATIENTE N° 10 : CAROLE

PROFIL

Date de naissance / âge : le 17 avril 1943. J'ai 65 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Non, mère au foyer.

Situation familiale : Mariée.

Combien d'enfants avez-vous? Trois enfants.

DIMENSION COSMETIQUE

Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Non. **Même quand vous sortez ?** Oh, du rouge à lèvres, c'est tout.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Maintenant oui. Mais quand j'étais jeune, je n'en faisais pas. **C'est pour cacher des cheveux blancs ?** Oui, un peu.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Je n'en ai pas besoin. Je trouve que peut être certaines personnes ont besoin d'un lifting mais moi je vieillis normalement.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Nous allons parler de vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non plus.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non, dans ma famille propre, non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Nous allons aborder l'item de la représentation de la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? A part les bouffées de chaleur, peut être que à cette période là j'ai eu des migraines plus que d'habitude mais autrement non.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Non. **Aucune ?** Non.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Vers la cinquantaine. **Ça représentait une période particulière ?** Non.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Maintenant, nous allons parler de vous et de votre ménopause.

Age du début de votre ménopause ? Ben j'étais en traitement dès que j'ai commencé à avoir des bouffées de chaleur. Mon gynécologue m'a donné un traitement que je supportais bien. Donc j'ai eu mes périodes jusqu'à 52 ans ou même plus que ça, jusqu'à au moins 57 ans. **Donc votre ménopause a commencé à 52 ans, à ne plus avoir vos règles ?** J'en ai encore parce que j'avais un traitement, j'avais une pilule qui me permettait d'avoir encore mes règles.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Les bouffées de chaleur et les migraines. **Autre choses ?** Non, non non.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? C'était les bouffées de chaleur. **C'était insupportable ?** Non, ce n'était pas insupportable mais c'était très gênant. On avait chaud d'un seul coup et puis la nuit ça nous réveillait. Je n'étais pas en transpiration quand même. Il y a des personnes qui transpirent beaucoup plus. Moi, je ne transpirais pas à ce point. J'avais chaud. J'étais gênée mais c'est tout.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Oh, ben parfois entre amies, qui ont les mêmes problèmes.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Maintenant, nous allons parler du traitement en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Ben, c'est qu'on se trouve mieux. On n'a pas de problème. J'ai voulu l'arrêter une fois, mais l'arrêter brusquement. Et ben j'ai eu trop de problèmes donc je l'ai repris. **On parlera de l'arrêt du traitement juste après dans un autre chapitre mais j'aimerais savoir si vous connaissez les effets bénéfiques du traitement de la ménopause en général ? A part faire disparaître les bouffées de chaleur, y a-t-il d'autres effets bénéfiques ?** Oh ben non, moi je n'ai pas trouvé parce que je n'avais pas beaucoup de chose quand même. Des maux de tête, j'en ai eu mais j'en ai un peu moins mais c'est tout. **Et au niveau de la peau, des os, vous ne savez rien ?** Ah ben l'ostéoporose, j'ai passé un bilan, j'ai passé une ostéodensitométrie et je suis au dessus de la moyenne donc ça va.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ben, on en a parlé oui mais je pense qu'il y a un affolement. On en a parlé avec mon gynécologue quand je voulais arrêter et il me disait que nous en France, c'était moins dosé qu'aux Etats-Unis par exemple. Parce que le pourquoi, ça venait beaucoup des Etats-Unis et il me disait que nous, on était moins dosé et qu'il y avait moins de problème, voilà. **Mais de quels risques parlez-vous ?** Ben je ne sais pas exactement, du cancer ? **Lequel ?** Le cancer de l'utérus ou du sein, en principe c'est lié à ça je crois.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Mon gynécologue. **Lisez vous des magazines féminins ou des magazines de santé sur ça ?** Non, pas obligatoirement.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui oui oui, régulièrement avec ADMY.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? 52 ans. **Quel âge avez-vous ?** 65 ans. **Donc ça fait treize ans que vous prenez le traitement hormonal ?** Oui, c'est ça.

Qui est le prescripteur initial ? Mon gynécologue. **Qui vous le renouvelle ?** Mon gynécologue. Je vais le voir régulièrement. **Tous les combien ?** Maintenant je le vois une fois par an.

Quel est le type du THM : ACTIVELLE. Tous les jours ? Non. Parce que je diminue de plus en plus. Je coupe la pilule en deux et je la prends que tous les deux jours ; donc c'est vraiment à dose homéopathique. **Donc vous prenez un demi-comprimé tous les deux jours ?** Tous les deux jours. **Depuis quand vous avez commencé à baisser ?** Ah... ben ça fait bien deux trois ans.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Oh je suis très satisfaite.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Oh le fait de ne plus avoir de bouffées de chaleur et je n'ai pas trop envie de l'arrêter et je prends en complément un traitement homéopatique. **Pour la ménopause ?** Oui, je vais vous le dire tout de suite. C'est... attendez... c'est une préparation « BELLA DONNA SULFURA SANGUIRINARIA avec du LACTESIS avec du FSH 30 CH »

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Ah non. On est actif. On fait de la marche, de la gym et du yoga. On a quand même une activité... **tous les jours ?** Non pas tous les jours. La marche un jour, le yoga un autre jour et la gym, un autre jour.

TENTATIVES D'ARRÊT

Nous allons aborder le dernier chapitre sur les tentatives d'arrêt du traitement hormonal.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Oh pas longtemps. **C'est-à-dire ?** Oh, je ne sais plus, écoutez... **De l'ordre de la semaine, du mois ?** Oh huit quinze jours peut être. Je ne suis pas restée beaucoup sans parce que j'ai eu des bouffées de chaleur qui sont revenues rapidement. A cette époque là je n'avais pas l'homéopathie en complément. Je n'avais que l'Activelle. **Donc c'est surtout à cause des bouffées de chaleur que vous l'avez repris ?** Ah oui oui. J'en ai parlé au médecin, il m'a dit reprenait le tout de suite. Je l'ai repris et c'est là que j'ai commencé à le diminuer.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Oui. **Même si je vous dis qu'il y a des risques de cancer du sein, de maladie cardio-vasculaire ?** À mon âge, on ne craint plus grand-chose. **Mais vous êtes jeunes encore.** Oui d'accord. (*Rires*).

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non.

Pourquoi ? Je le maintien. **Quoi qu'il arrive ?** Ben oui. **Vous comptez l'arrêter à un moment ?** Non, je préférerais peut être encore le diminuer, au lieu de prendre tous les deux jours, le prendre tous les trois jours ; diminuer petit à petit comme ça. Et si je n'ai pas de problème, un jour j'arrêterai. **De quel problème parlez-vous ?** Les bouffées de chaleur. **Pas d'autres problèmes ?** Ben non parce que... Ecoutez, au niveau du point de vue ostéoporose il faudrait peut être que je refasse un densitométrie osseuse mais bon j'étais au dessus donc... ça va. Et on a une activité sportive régulière. **Y a-t-il d'autres bénéfices avec le traitement ?** Oh je ne sais pas non, je ne m'en rends pas compte. **En treize ans, vous n'avez pas remarqué quelques**

changements sur votre peau, votre humeur ? Non pas du tout. Ma peau vieillie comme elle doit vieillir.

Avez-vous autre chose à me rajouter ? Non rien du tout.

Merci de votre participation.

PATIENTE N° 11 : JEANNE

PROFIL

Date de naissance / âge : le 02 juin 1946. **Ce qui vous fait quel âge ?** Ca me fait 62.

Avez-vous une activité professionnelle ? Je suis en retraite. **Quel était votre travail auparavant ?** Euh, banquière, employée bancaire.

Situation familiale : euh, je suis divorcée et je suis toute seule.

Avez-vous des enfants ? Deux filles.

DIMENSION COSMETIQUE

L'entretien va se dérouler en sept items. Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Euh, moins maintenant, moins, beaucoup moins qu'avant. Disons que je me maquille, je vais dire quatre fois la semaine. **A chaque fois que vous sortez ?** Euh que je sors, oui ! Enfin je sors, mais je ne me maquille pas forcément à chaque fois. Voilà !

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui, tout à fait. **Tous les mois ?** Pardon ? **Tous les mois ?** Euh... un petit peu plus, un mois et demi à peu près.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Euh... j'ai eu recours, oui, oui ! **Plus maintenant ?** Ah ben c'est-à-dire il y a quelques mois là. Il y a deux mois j'ai, bon, c'était semi-esthétique puisque j'avais des petites boules graisseuses en haut de la paupière, au coin. Donc euh, euh on m'a relevé un petit peu les paupières en enlevant cette boule de graisse.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Euh je ne suis pas pour le lifting. **Vous n'êtes pas pour ?** Non.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Euh une fois ménopausée, non ! Depuis que je suis en retraite, oui. **Quel est votre style vestimentaire actuellement ?** Euh, ben ça serait plutôt cool. Euh cool, dans le sens où beaucoup moins de talons. Euh, la semaine, ben évidemment comme je sors toujours... J'ai pas du tout la même tenue vestimentaire quand

je sors ou la tenue de tous les jours, si vous voulez. Je suis quelqu'un qui ... qui va beaucoup à l'extérieur, qui marche beaucoup, donc c'est plutôt tennis, chose comme ça la semaine.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique type phlébite, embolie pulmonaire? Non, jamais.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédents familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non plus.

Vous avez toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Bouffées de chaleur. **C'est le premier mot qui vous vient ?** Ouais. **Il y en a un deuxième ?** Euh, ben c'était sècheresse, sècheresse. **Vaginale ?** Euh... générale. Depuis que je suis ménopausée, ah oui, ouais. **De la peau, des muqueuses ?** Voilà, peau, muqueuses, oui, c'est clair.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Pas vraiment, non ! **Vous ne savez pas qu'est-ce qu'une femme risque une fois ménopausée ?** Ah si, je sais que ça favorise, euh le cancer du sein. **Alors ça c'est peut être avec le traitement, non ?** Ah voilà. **Mais sans traitement, une fois ménopausée par rapport à une jeune fille par exemple?** Euh oui... **Est-ce que vous savez s'il y a des maladies qui peuvent apparaître après la ménopause qu'il n'y a pas avant la ménopause ?** Oui, des maladies au niveau osseux. **Très bien, comment ça s'appelle ?** Je ne m'en rappelle plus. **Vous voulez que je vous aide ?** Oui je veux bien. **C'est l'ostéoporose.** Voilà. **D'autres maladies qui vous viennent en tête, complications ?** Qui me vient à l'esprit, non ! Comme ça non.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? A quelle période de ma vie ?... **Est-ce que c'est au moment de la retraite, au moment du statut de grand-mère ?** Ah non, non non parce que moi c'est venu assez tard, j'étais déjà grand-mère. Euh lorsque j'ai été ménopausée, j'étais ménopausée à 52-53 ans.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Donc vous m'avez dit que vous avez été ménopausée vers 53 ans. Oui.

Donc les symptômes ressentis liés à la ménopause c'étaient bouffées de chaleur, c'est ça ? Voilà. **Et il y avait d'autres symptômes, à part la sècheresse aussi ?** Euh il y a eu un petit peu de sècheresse, oui au début, euh sinon non, rien, non ! **Le moral c'était bien, ça allait ?** Oh oui, moi, je pense que ça a pas ... oui.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Ah ben justement c'est parce que je n'étais tout à fait pas favorable du tout à cette prise hormonale et c'est à cause des bouffées de chaleur, c'était infernal. **C'était infernal, c'était tous les jours ?** Ah tous les jours, toutes les nuits, même les nuits. J'étais trempée comme si que je sortais de la douche. **A ce point là ?** Ah oui, ouais et j'ai essayé d'arrêter et j'ai ... j'ai toujours ces bouffées de chaleur la nuit. **Alors ça on en reparlera justement.** Ah oui. **Donc on y reviendra, il y a un chapitre sur ça et vous me raconterez.**

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Oh maintenant je n'en parle plus. Au début oui, mais plus maintenant. **C'était avec des copines, votre mari ?** Copines. Mari non puisque je suis divorcée depuis 25 ans. Non, principalement avec une de mes filles et puis des copines.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Vraiment non. Sincèrement, dans le fond, je ne connais pas vraiment. **Si vous savez, vous m'avez dit sur les bouffées de chaleur, par exemple, il n'y en a presque plus.** Ah oui, oui bien sûr, ça, ça c'est génial, sinon ben après... non pour moi c'est un peu l'inconnu.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ben oui justement, maladies vasculaires et cancer du sein.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Ben sur les risques on les entend par les informations, télévision, même mon médecin traitant m'en avait bien parlé, bien sûr.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui, oui. **Vous faites quoi ?** Mammographie. **Tous les combien ?** Euh c'est tous les deux ans ou trois ans, là d'ailleurs je dois la passer samedi.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Donc vous m'avez dit l'âge du début de prise de traitement c'était 53 ans, c'est ça ? Euh c'est-à-dire j'ai commencé... euh je pense que la prise du traitement ça été plutôt vers 54, 50 ... oui 54 à peu près. Tout au début, j'ai essayé, je me suis ... Pour moi, ma mère, elle n'a jamais pris de traitement. Je me suis dit, il n'y a pas de raison, pourquoi prendre un traitement ? Mais bon, par la force des choses cela devenait insupportable ces bouffées de chaleur. C'était un mal être, quoi.

Qui est le prescripteur initial ? Docteur AUBIN. **Votre médecin traitant, c'est ça ?** Oui, oui !

Que prenez vous comme traitement hormonal ? CLIMASTON. **Parce que CLIMASTON, c'est une association entre œstrogène et progestatif, vous savez ça ?** Voilà c'est ça !

Vous avez le dosage du Climaston ? Vous connaissez ? 1 /5. 1 mg et 5 mg, très bien. **Vous en prenez tous les jours.** Tous les jours.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Ben oui !

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Ben ça élimine justement ces bouffées de chaleur. Aussitôt que j'arrête ... j'ai essayé d'arrêter un mois, je l'ai repris au bout d'un mois.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Euh ... euh, sport oui puisque je fais de la marche, enfin si on peut appeler ça ... c'est quand même associé au sport. Sinon non, je ne prends rien du tout, non !

TENTATIVES D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Un mois.

Que s'est-il passé ? Bouffées de chaleur. Bouffées de chaleur la nuit, euh... **Autant qu'au début ?** Un petit peu moins... un petit peu moins, mais elles étaient..., elles sont toujours là, je veux dire ... Moi je..., je pensais qu'au bout d'un certain nombre d'années ça s'estompait et mon souhait était d'arrêter ce traitement substitutif. **J'aimerais savoir ça fait combien de temps que vous prenez le traitement hormonal ?** Eh bien écoutez, si... on dira 54 quelque chose comme ça, j'en ai 62 ça fait 8 ans. **8 ans, d'accord.**

Donc vous m'avez dit que vous l'avez repris à cause des bouffées de chaleur. Oui.

Maintenant si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, est-ce que vous renouvelerez quand même votre ordonnance ? Je sais que c'est dangereux, justement c'est pour ça ma tentative d'arrêt. Je sais ! En plus il y a des antécédents de maladie vasculaire euh... dans ma famille, donc euh... ouais... ben c'est pour ça que je ... et je pensais justement prendre quelque chose de ... de... par l'homéopathie, je voulais essayer. **D'accord.**

Donc là est-ce que vous êtes d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. **Quand même, vous ne voulez pas malgré les risques, c'est ça ?** Ah ben oui, parce que sinon ... voilà ça va me ... et puis ça m'épuise en plus ces bouffées de chaleur, c'est ..., c'est ... **Il paraît oui.** Une qualité de vie vraiment... moi, je ne pensais pas à ce point là. Moi je ne sais pas, je fais peut-être dans l'excès, je pense, parce que autour de moi... moi j'ai des amies qui n'ont jamais eu de bouffées de chaleur. **Surtout que vous m'avez dit que vous n'étiez pas pour au début, pour le traitement, c'est ça ?** Tout à fait.

Est-ce que vous avez des choses à me rajouter sur la ménopause ? Euh..., non pas vraiment qui me viennent à l'esprit comme ça. En fait ouais, comment dire ? La méno... je ne pense plus du tout que la ménopause ça... la question que je me pose moi c'est ... c'est cette prise journalière qui m'occupe l'esprit davantage que la ménopause en elle-même. Si vous voulez, avec cette prise je... je... je l'oublie complètement. **Ah d'accord vous pensez à prendre votre traitement et c'est tout, quoi ?** Voilà. **D'accord, OK.**

Je vous remercie beaucoup.

PATIENTE N° 12 : CLAUDINE

PROFIL

Date de naissance / âge : 24 juillet 1945. **Ce qui vous fait quel âge ?** 63 ans, 63 ans et demi.

Avez-vous une activité professionnelle ? Non je suis retraitée. **Que faisiez-vous avant ?**
Employée en pharmacie.

Situation familiale : mariée.

Avez-vous des enfants ? J'ai 2 enfants, oui.

DIMENSION COSMETIQUE

Il va y avoir plusieurs items. Là nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Euh non. **Quand vous sortez, non plus ?** Oh si si. Un peu. **Qu'est ce que vous utilisez comme maquillage, des crèmes anti-rides ou des crèmes de jour ?** Oh les deux les deux les deux. Je les utilise mais je ne fais pas ça régulièrement.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui oui. **Régulièrement ?** Oui quand même, oui.

Avez-vous recours à des soins esthétiques comme des épilations, des massages? Non non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Euh...oh non je dirai non je ne suis pas pour. **Vous n'en n'avez jamais fait et vous n'en ferez pas ?** Non je n'en souhaite pas pour le moment. Non.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non, plutôt maintenant lorsque j'ai voulu arrêté justement mon traitement euh ... comment ...de substitution. Donc je l'ai repris parce que j'avais à nouveau des bouffées de chaleur et j'ai trouvé que j'avais un peu grossi. **Donc vous avez changé de taille ou de style ?** Je dirai que j'ai quasi changé de taille. **Mais le style reste le même ?** Oui tout à fait.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous un antécédent de phlébite ou d'embolie pulmonaire ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Dans ma famille c'est assez éloigné. Une cousine germaine et une tante, la sœur de ma maman. Oui quand même !

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non pas du tout.

Antécédents gynécologiques ? Non plus, juste un problème de lichen. J'ai développé cette fameuse maladie du lichen.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

On va aborder le quatrième item de cet entretien.

J'aimerais connaître quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Mots M.O.T.S ?

Ah... oui les mots que j'associe à la ménopause... Je cherche... bah euh pour moi ça été ... j'ai été très contrariée, j'ai eu beaucoup de mal à supporter ce début de ménopause parce que je trouve que c'est la fin d'une jeunesse. **Pour vous c'est « Fin d'une jeunesse » ?** Ah oui. **Il y a d'autres mots ?** Oh d'autres mots non... oui c'est la fin de la procréation donc ; oui pour moi ...enfin la vie n'est pas terminée mais, je ne sais pas comment dire mais oui la fin de la jeunesse. Oui c'est ça. Oui je persiste. **Fin de la jeunesse et le début de quoi ?** Pardon ? **Si c'est la fin de la jeunesse c'est le début de quoi ?** Ah ben là je n'ai pas d'après. (*Rires*). **Pourtant j'espère qu'il vous reste encore au moins 50 ans à vivre.** Oh non et je ne l'espère pas non plus. (*Rires*).

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Ah oui l'ostéoporose. Là je l'ai subie aussi. **Vous l'avez subie c'est à dire ?** En passant des ostéodensitométries osseuses. Je me suis aperçu qu'il fallait que je fasse très attention et d'ailleurs, j'ai un traitement régulier.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? C'est à 50 ans.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Vous m'avez dit 50 ans.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Des bouffées de chaleur et beaucoup de douleurs articulaires. **D'autres symptômes encore ?** Euh... quelques maux de tête. **Au niveau du comportement, de l'humeur ?** Oh non je ne crois pas. **Et au niveau vaginal il n'y avait pas de sécheresse, ni de la peau ?** Non non.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Justement pour ne plus avoir de bouffées de chaleur et surtout ne plus avoir mal aux articulations parce que à partir de ce jour là et bien surtout les doigts ça été nettement mieux. **Elles étaient handicapantes ces bouffées de chaleur ?** Oui, c'est toujours très désagréable.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Oh... avec peut être avec tout simplement ma gynéco. Donc à peu près une fois tous les six mois.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Euh ... ben oui je pense que déjà pour la peau, la sécheresse vaginale euh...ben tout ce que je viens de vous dire. Des choses bénéfiques ? Oui, ne plus avoir des bouffées de chaleur et puis une impression comme même de vieillir moins vite. Le corps change moins vite je trouve. **Donc au niveau de l'aspect physique ?** Oui. **Et au niveau de l'os ?** Ah de l'os ben j'espère aussi maintenant la je ne sais pas trop. J'ai un autre traitement pour ça justement pour l'os. **Quand vous avez fait votre ostéodensitometrie on vous avez dit qu'il y avait une ostéoporose avérée ?** Oui. **Sans antécédent de fracture ?** Non aucun.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ah ben oui bien sure. J'ai un risque de cancer de sein qui pourrait se développer plus rapidement disons. Mais bon... Jusqu'à maintenant en prenant un traitement à très faible dose ma gynécologue me rassure à chaque fois. **Y a-t-il d'autres risques liés au traitement.** Non je ne sais plus là, non je ne me souviens plus (rires)...

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Ben je pense que tout le monde le sait. **Dans les magazines ?** Oui, non, bon là c'est vrai que depuis pas mal de temps je ne travaille plus mais j'ai travaillé en pharmacie. J'étais quand même... mais maintenant j'ai tout oublié. Je pense que toutes les femmes le savent quand même. Mais elles ont toujours peur de ce cancer si elles prennent un traitement. Il y a beaucoup de personnes qui ont arrêté justement à partir d'un certain moment ou peut être à cause des médias. Il est vrai, je pense, qu'aux Etats unis les doses étaient assez fortes.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Ah oui oui. Je fais d'ailleurs depuis quelques temps une mammographie tous les ans et tous les deux ans une échographie des seins.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? Ah c'est 50 ans, 50ans et demi.

Qui est le prescripteur initial ? C'est le docteur SAURET, mon gynécologue.

Quel est le type du THM : à l'heure actuelle c'est Climaston 0,25 mais je ne me souviens plus de ce que j'avais avant quand j'ai commencé. J'ai un traitement pour les os bien sur. Ce n'est même pas 0, 25, c'est 1/5 maintenant. **Quel est votre traitement pour les os ?** C'est BONVIVA. Je le prends une fois par mois.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement hormonal ? Ah oui très, très satisfaite. Pour moi c'est même un anti déprimeur. **C'est vrai ?** Oui tout à fait. J'avais essayé justement de prendre un jour sur deux au mois d'octobre dernier et bon il est certain que j'avais il y a quelque temps un traitement anti déprimeur et j'ai du reprendre mon traitement même antidéprimeur... Je ne me sens pas bien sans mon Climaston. **Et vous avez donc actuellement un traitement anti déprimeur ?** Oui oui lorsque j'ai perdu mon gendre. J'ai perdu mon gendre dans un accident de voiture il y a bientôt huit ans et j'ai eu un très très gros choc. **Il vous faut le traitement hormonal et le traitement anti déprimeur et là au niveau de l'humeur vous vous sentez bien ?** Oui là je suis en forme. Oui.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Le bien être. Pas de sèchement vaginale. Euh, bon, la peau bon ben oui si, je fais un petit peu attention. Je disais que je ne me maquillais pas trop. Mais c'est vrai Je ne me maquille pas énormément mais je fais attention je me mets quelques crèmes quand même pour éviter la sécheresse justement de ... je voudrais bien ne pas avoir de rides bien sur. Mais je pense que moralement je ne sais pas pourquoi mais je me sens très très bien avec ce traitement. **Votre qualité de vie est améliorée avec ce traitement ?** Oui.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Euh pratique sportive oui. Je ne fais pas beaucoup de sport mais je fais beaucoup de marche à pied, du jardinage et beaucoup de bricolage. Je ne reste pas assise de la journée.

TENTATIVES D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Je ne suis pas restée complètement sans traitement c'était un jour sur deux. Je l'ai simplement diminué pendant deux mois. Et ensuite je l'ai repris parce que je déprimais... Je commençais même à avoir mal aux articulations. **Les bouffées de chaleur étaient revenues ?** Des bouffées de chaleur. Oui. Je l'ai repris, pour les bouffées de chaleur et l'humeur.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Euh ... je crois que oui. Oui. Je le sais j'en parle à chaque fois, j'en ai reparlé il y a à peine un mois avec ma gynécologue et bien elle me dit si vous prenez à faible dose, si vous vous sentez bien et si vous vous faites bien surveiller avec les mammographies, les frottis ; on peut peut-être éviter la catastrophe. Bien sur on va peut-être me dépister un cancer mais si c'est pris assez tôt en étant surveillée peut être que ?... Et puis ma vie est améliorée avec ça. Je sais qu'il n'y a pas beaucoup de femmes qui prennent ce traitement, qui préfèrent avoir des bouffées de chaleur, des inconforts et tout ça parce qu'elles ont peur d'un cancer. Oui. Pourtant moi aussi bien sur j'ai peur d'un cancer mais je préfère continuer ce traitement.

Même si on vous a dit qu'au delà de cinq ans on ne sait pas trop ou ça en est par rapport aux études... parce que là apparemment ça fait plus de dix ans que vous le prenez ? ... ça fait 13 ans maintenant que je le prends ... donc on ne vous a pas dit qu'au bout de 13 ans on ne savait pas trop comment ça pouvait se passer... Oui effectivement je le sais. Je pensais que c'était même au delà de dix ans, j'avais lu où je ne sais pas où je l'ai appris, bon, j'en ai reparlé je vous dis à madame SAURET ma gynécologue qui me dit qu'à faible dose ça devrait aller. Elle me rassure toujours et elle a toujours été parfaite avec moi. Je lui fais entièrement confiance alors maintenant c'est l'avenir qui nous le dira.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. Je vous dis je suis bien avec.

Pourquoi ? Je l'arrêteraient bien sûr dans quelques temps peut être mais il faudra d'abord que j'arrête mon traitement anti dépresseur avant. Mais j'ai très peur car déjà au mois d'octobre j'ai trouvé que mon corps avait changé, je me suis élargie sans prendre... , j'ai peut être pris un kilo mais je trouve que le corps change.

Avez-vous des choses à me rajouter sur la ménopause ? Non non... je me sens très très bien avec.

Je vous remercie de votre gentillesse et de m'avoir accordé du temps pour cet entretien.

PATIENTE N° 13 : PATRICIA

PROFIL

Date de naissance / âge : le 1 juillet 1956, ce qui me fait 53 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Oui. **Que faites-vous ?** Je suis secrétaire marketing.
Comment cela se passe-t-il au travail ? Très bien.

Situation familiale : Divorcée.

Avez-vous des enfants ? J'ai un fils.

DIMENSION COSMETIQUE

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Oui je me maquille tous les jours. **Pour le travail et les sorties ?** Oui et même pendant les vacances je me maquille.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Non plus jamais, seulement quand j'étais plus jeune.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Euh non pas du tout.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Ah j'y songe pour le dessus de mes lèvres (*rires*).
Pour des rides qui sont apparues ? Oui qui sont apparues depuis deux trois ans. **Vous n'êtes pas contre ?** Je ne serai pas contre.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Oui je mets des choses plus larges en haut. **Mais le style reste le même ?** Euh ... oui le style reste le même.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non pas encore.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non, Il n'y en a pas dans ma famille.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non, pas du tout.

Antécédents gynécologiques ? Non plus.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

On va parler des représentations de la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Bouffées de chaleur, maux de tête et prise de poids.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Pas du tout. **Vous ne savez ce qu'une femme ménopausée risque par rapport à une femme non ménopausée ?** Ah non je ne sais pas. **Vous êtes bien ménopausée n'est ce pas ?** Ah oui ça fait déjà un bon bout de temps, ça fait quatre ans. **Quatre ans vous avez dit ?** A oui quatre ans.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Deux ans après mon divorce.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? La pré ménopause ça devait être à 44 ans je pense. J'étais très jeune. Ou peut être 44-46 ans. **Vous n'avez plus eu de règles à partir de 46 ans ?** Pratiquement plus non.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Aucun. **Pas de bouffée de chaleur non plus ?** Non dès le départ il n'y en avait pas. C'est apparu en l'an 2000, à peu près, vers 47 ans.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Des bouffées de chaleur. **Uniquement ?** Uniquement des bouffées de chaleur oui.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Avec mon médecin généraliste. **Avec des amies, non ?** Oui j'en parle beaucoup avec des femmes de mon âge et qui n'ont pas du tout cet inconvénient là. Parce que tout le monde n'est pas identique face à la ménopause.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Alors bénéfique... ça empêche les bouffées de chaleur. **D'autres avantages ?** Non. Je ne les connais pas.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Alors d'après les américains, le traitement donnerai des cancers des seins. **D'autres risques ?** Non pas du tout.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Des collègues (*rires*). **Des femmes ménopausées ?** Non des femmes tout court (*rires*).

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Je fais tous les deux ans des mammographies.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? 47 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Un gynécologue.

Quel est le nom du traitement : CLIMASTON 1/5.

A quelle dose ? 1 comprimé par jour en continu. J'ai essayé des gels au début mais ça ne m'a rien fait.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Non, pas complètement. Parfois j'ai quand même des désagréments au niveau des transpirations nocturnes, et même dans la journée j'ai beaucoup de bouffées de chaleur, dans la journée. J'ai essayé en parallèle des produits homéopathiques qui coutent très cher et qui ne serve à rien. **Il faut réadapter le traitement alors ?** Oui mais apparemment mon gynécologue n'est pas très efficace.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Et ben je ne sais pas. Oui, juste ne plus transpirer la nuit comme avant. Avant je me réveillais j'étais trempée de sueur, les draps et tout.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Et ben je fais un peu de sport mais pas beaucoup.

TENTATIVES D'ARRÊT

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui. J'ai déjà essayé de l'arrêter et je l'ai vite repris parce que je transpirai beaucoup plus dans la nuit.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Deux trois mois.

Que s'est-il passé ? Les bouffées de chaleur sont revenues.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Ah ben non, si on me dit que réellement c'est dangereux j'essaierai de trouver autre chose pour remplacer. **Vous m'avez dit qu'il y avait des risques de cancer du sein ?** Oui. Est-ce que c'est vrai ou ce n'est pas vrai, je n'en sais rien. C'est vrai ? **Non je ne sais pas, ce sont des études américaines que l'on ne peut pas extrapoler en France et les effets du traitement au-delà de cinq ans ne sont pas très clair.** Là je le prends comme tous les autres médicaments. **Depuis combien de temps le prenez-vous ?** Ça fait très longtemps .Ça fait sept huit ans. **Les femmes qui prennent le traitement vont régulièrement chez le médecin et sont bien surveillée, comparées aux femmes qui ne prennent pas le traitement et qui ne consultent pas leur médecin. Il y a des avantages et des inconvénients.**

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Oui, mais il me faut autre chose à coté. **Pour les bouffes de chaleur ?** Oui en parallèle parce que moi je ne veux pas être réveillée toutes les nuits trempées de sueur, avoir des bouffes de chaleur quand je mange au self avec mes copines. Et si je vous dis qu'il n'y a que le traitement hormonal qui pallie à la disparition des bouffées de chaleur ? ... **Et si je vous dis qu'il n'y a aucun autre traitement ?** Non ? Ah, d'accord. Et ben là je réfléchirai car je ne suis pas prête à me réveiller toutes les nuits trempées.

PATIENTE N° 14 : HELENE

PROFIL

Date de naissance / âge : 12 août 1948, ce qui me fait 60 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Non, je viens d'arrêter. **Que faisiez-vous ?** Euh, dans la fonction publique. **Comment cela se passait-il au travail ?** J'aimais pas ça du tout mais voilà quoi.

Situation familiale : veuve.

Avez-vous des enfants ? Trois enfants.

DIMENSION COSMETIQUE

L'entretien comporte plusieurs items. Nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Non, très peu. **Même pas des crèmes ?** Si, juste une crème hydratante tous les jours.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui, pour les cheveux blancs, tous les mois.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Pour l'instant je n'en vois pas la nécessité. Si je ne me sentais pas bien, éventuellement je ne sais pas... **Vous y avez déjà pensé ?** Non, simplement parce que j'ai des amies qui ont en fait.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Pas vraiment, non.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Là nous allons parler de la ménopause en général.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Prise de poids, fatigue euh... déprime. Voilà.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Non. Si! Les bouffées de chaleur.
Non, une complication, une maladie que la ménopause peut entraîner ? Euh non, je ne sais pas.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? À la fin. **A La fin ?** Ben oui. **La fin de quoi ?** Ben la dernière étape quoi, la dernière période de la vie. Même si c'est la moitié de la vie qu'il vous reste à vivre ? Euh, moi ça a commence à 50 ans... donc... **s'il vous reste 50 ans à vivre, ce n'est pas la fin ?** Ah non ah non j'aimerais bien...ah non non non je n'ai pas envie, ah non, pas 50 ans à vivre, même pas 20. 20, oui c'est tout. **Pour vous c'est le début de la vieillesse ?** Si, c'est la vieillesse.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

En ce qui concerne vous et votre ménopause,

Age du début de votre ménopause ? 50 ans.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Les symptômes ? Les seins qui ont grossi, et j'étais bouffie un peu. **Il y avait donc des bouffées de chaleur sûrement ?** Non, pas au début, je me sentais vraiment gonflée, ballonnée, bouffie. Oui c'était ça. Les bouffées de chaleur sont venues bien après.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Et ben justement, le fait d'être ballonné, bouffie, de ne pas être bien. Il y a eu des périodes de déprime aussi. **Et les bouffées de chaleur sont arrivées sous traitement ?** Non, c'était quand j'oubliai de renouveler mon ordonnance.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Personne. Le médecin, c'est tout.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Alors, on va parler du traitement hormonal en général, sans parler de vous.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Euh oui à peu près. **C'est quoi ?** Et ben supprimer les bouffées de chaleur et tous les troubles liées à la ménopause. **C'est-à-dire, de quels troubles vous parlez ?** Et ben surtout les bouffées de chaleur, moi c'était le fait que je sois bouffie et pas bien.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? J'avais entendu parler de l'étude américaine sur les problèmes du cancer du sein mais il paraît que ce n'était pas évident. De toute façon je m'en fou. Je préfère mourir d'un cancer du sein à peu près en forme donc ce n'est pas un problème pour moi ; plutôt que de trainer et en étant « patatraque ». **Y-a t il d'autres risques liés au traitement hormonal ?** Ben je ne crois pas.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? le médecin. **Votre médecin généraliste ?** Oui.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui. **Des mammographies ?** Oui. **Tous les deux ans ?** Oui, à peu près.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

On va parler de vous et de votre traitement hormonal.

Age du début de la prise du THM ? À 50 ans. **Donc vous avez été ménopausée à 50 ans, donc dans la même année vous avez débuté le traitement ?** Pas ménopausée, mais les règles ne venaient plus régulièrement, c'était plus espacé, et donc j'ai commencé à ce moment là. **Donc en période de péri ménopause.** Oui.

Qui est le prescripteur initial ? Un gynécologue.

Quel est le type du THM : ESTRADERM et SURGESTONE. A quelle dose ? A je ne sais pas par cœur. C'est un patch à mettre près du pubis. **Et vous ne connaissez pas la dose du patch ?** Je ne sais pas. Je ne l'ai pas là sous les yeux. Ça fait tellement longtemps. Je n'ai pas vérifié.

Posologie : le patch, 2 par semaines et jusqu'au 23 du mois et la Surgestone du 10 au 23 du mois.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Non, là je crois qu'il faut l'ajuster. Ce n'est pas le top.
Que se passe t il ? J'ai l'impression que ce n'est plus le bon dosage. Ça fait plus le même effet.
Vous avez quoi, des bouffées de chaleur, mal aux seins ? Ben oui et puis ...oui oui. J'ai l'impression que ça ne marche plus aussi bien, que ... je ne sais pas...parfois j'ai des règles hémorragiques donc il y a quelque chose qui faudrait revoir.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Ben c'est un confort de vie. **Une amélioration de la qualité de vie ?** Oui.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?
Non.

TENTATIVES D ARRET

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Euh, ce n'est pas que j'ai voulu l'arrêter, c'est que j'avais la flemme d'aller faire renouveler mon ordonnance donc ça m'est arrivé de rester des mois sans ... et c'était la catastrophe. **C'est-à-dire le même mal être ?** Et ben énormément les bouffées de chaleur, la j'ai vu ce que c'était et puis vraiment vraiment mal à l'aise. Triste, dépressive, c'était vraiment la totale. Et puis des problèmes de courbatures, des problèmes musculaires et des douleurs un peu partout que je n'ai pas sous traitement. Donc purement lié à la ménopause d'après vous ? Oui. **Ça fait combien de temps que vous le prenez ?** Et ben dix ans. **Vous l'avez repris donc par rapport à ce mal être ?** Oui. **Et au bout de combien de temps l'avez-vous repris ?** Euh peut être au bout de trois mois.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Oui. **Malgré les informations que vous avez ?** Oui parce que je préfère vivre moins longtemps bien que longtemps mal.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. Et pour les mêmes raisons.

PATIENTE N° 15 : GHISLAINE

PROFIL

Date de naissance / âge : 29 mai 1952, 56 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Je suis secrétaire médicale dans une clinique.
Comment cela se passe t-il au travail ? Très bien.

Situation familiale : je suis divorcée.

Avez-vous des enfants ? J'ai une fille de 30 ans.

DIMENSION COSMETIQUE

Il va y avoir plusieurs items ; là nous allons aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Tous les jours. **Qu'est ce que vous utilisez ?**
C'est-à-dire en marque ou en ... **Non non non.** Euh du fard à paupières et du ricil. **Du rouge à lèvres ?** Oui. **Des crèmes de jour ?** Non. **Des crèmes antirides ?** Non.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui oui oui. **Tous les mois ?** Non tous les deux mois à peu près.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Non.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Ben ... je me suis fait refaire les paupières donc, c'est déjà ça mais bon... au point d'aller plus loin, peut être mais bon, c'est très cher.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Non pas du tout.

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Euh... la sœur de ma mère.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non plus.

Antécédents gynécologiques ? Non pas particulièrement. Attendez que je réfléchisse. J'ai eu il y a quelques années une endométriose qui avait d'ailleurs décidé l'arrêt de mes règles par la gynéco.

Avez-vous eu une hystérectomie (« la totale ») ? Non.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Ah... ben... comme même la vieillesse, première chose euh ... la fatigue et puis c'est tout. **Y a-t-il d'autres mots que vous associez à la ménopause ?** Non pas vraiment puisque je n'ai pas de trouble, je ne vois pas bien...

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Ben les complications surtout les effets indésirables... . Les complications... je ne sais pas. On a peut être plus de risque d'avoir un cancer du sein ou de l'utérus ou ... **Avec la ménopause ?** Oui. **N'y a-t-il pas d'autres maladies qui sont dues à la ménopause ?** Non pas vraiment, non.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? C'est-à-dire ? **Ca vous évoque un statut de grand mère ? La vieillesse ?** C'est qu'on ne va pas vers le meilleur, c'est dans ce sens là que je le vois mais bon c'est la fin d'un cycle de vie comme même. **Un cycle de vie ?** Ben comme même. Bon ce n'est pas facile de se dire ... ben disons que ça mets des mots sur les choses je veux dire, ça date quoi. C'est une date dans sa vie comme même.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Ben écoutez je n'en sais rien puisqu'on a fait arrêter artificiellement il y a une dizaine d'années justement à cause de cette endométriose. Après la ménopause complète je ne sais pas quand elle est intervenue après, mais les frottis me situaient à peu près mais bon ça été arrêter de façon artificielle de toute façon au départ. Ca n'a pas été naturel donc je ne peux pas vraiment savoir. **Donc vous n'avez pas du tout eu de symptômes alors ?** Non. Non non. **Donc ce qui a motivé la prise du traitement hormonal, c'est l'endométriose ?** C'était l'endométriose ; ensuite j'ai eu des troubles parce que le traitement était mal équilibré arrivé un certain moment. Mais bon ça s'est vite passé avec le traitement hormonal que j'ai pris. **Quels genres de troubles ?** Et ben des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, des insomnies euh surtout ça. **C'était très pénible ?** Oui suffisamment pénible pour que je demande un traitement un peu plus adapté par rapport à ce que j'ai là.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ?... avec mon gynéco c'est tout, je n'en fais pas une affaire d'état.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

Maintenant on va parler du traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Ah ben oui, les effets bénéfiques c'est l'arrêt de tous les symptômes, surtout qui sont désagréables ; ça c'est la première chose oui. **C'est les bouffées de chaleur, les...** ah les bouffées de chaleur, l'insomnie euh... la transpiration, tout ce qui est lié à la ménopause.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Ben les risques, à partir du moment où personne les connaît vraiment, où les études se superposent sans que l'on sache vraiment ce qu'il en est véritablement puisque tous les deux ans ou tous les cinq ans il y a des études contraires, bon on marche un peu sur un fil quoi. **Donc pour vous il n'y en a pas ?** Non je n'ai pas dit qu'il n'y en avait pas, j'ai dit qu'il y en a peut-être mais le corps médical ne nous informe pas vraiment la dessus. De toute façon c'est que ce n'est jamais la même chose. Ce n'est jamais la même chose. J'avais pris des hormones ... de synthèse, tous les gynécos disaient qu'il n'y avait pas de risque puis il y a eu l'étude américaine qui a prouvé le contraire alors on est passé aux hormones naturelles mais bon on ne connaît pas vraiment, donc je ne pense pas qu'on a suffisamment de recul pour connaître vraiment tous les risques et je ne pense pas que le corps médical le sache non plus. **Connaissez-vous quand même un risque qui serait potentiellement lié au traitement ?** Je pense qu'on a un risque plus important de cancer du sein, je pense.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Parce que je me suis informée, chaque fois qu'il y a une nouvelle étude et que je suis mise au courant ou j'en ai parlé avec mon gynéco, j'ai toujours vraiment cherché à savoir s'il y avait des risques. C'est normal, de prendre un traitement si longtemps...mais bon, il n'y a jamais vraiment de réponse, on n'est pas vraiment informée là dessus et je vous dit les études sont contradictoires donc... tant qu'on n'en sais pas plus, on est sur un volcan.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Ah oui oui, moi je fais une mammographie et une échographie tous les ans. Même plus que tous les deux ans c'est tout les ans car j'ai été opérée d'un kyste à l'âge de 25 ans donc c'est très ancien, je me fais suivre régulièrement depuis dix ans tous les ans parce que j'ai les seins assez denses et donc je préfère être suivie.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Age du début de la prise du THM ? Ah je pense qu'il y a déjà une dizaine d'années. Je n'ai plus les dates en tête mais... à peu près vers 46-47 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Mon gynécologue.

Quel est le type du THM : je prends **Utrogestan** et **Estreva**.

Posologie : **Utrogestan** un comprimé par jour. Alors pour **Estreva**, quand je suis venu vous voir, j'ai eu un problème après, j'ai eue une mastose. **Donc vous étiez en hyperoestrogenie, on vous a baissé la dose ?** Je suis revenu voir monsieur BELOUCIF après, il m'a baissé la dose d Estreva et tout est rentré dans la normale.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Ah oui oui oui tout à fait oui.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Ben le confort. C'est vrai j'ai tenté d'arrêter vers le 15 décembre dernier, je me suis dit bon peut être que maintenant c'est suffisant et puis non, les troubles reviennent d'une façon accrue donc j'ai repris. Et puis c'est un confort. Je ne dormais plus du tout, ça n'allait plus. Donc Je recommence et c'est vrai c'est très confortable. C'est le mot qui convient. **Et au niveau de la peau, du moral, vous avez remarqué quelque chose ?** Ah ben ça va mieux. A partir du moment ou vous dormez la nuit, vous n'avez pas de trouble, vous vivez normalement... moi en plus je n'ai pas eu de changement de silhouette, je n'ai pas eu... bon il y a beaucoup de femmes qui prennent du ventre ou qui... bon je n'ai pas eu ce soucis là, donc je veux dire qu'au niveau du moral bon ça va tout de suite mieux. **Et au niveau de la peau ?** Je n'ai pas vu de changement au niveau de la peau, j'aurai du ? **Non, non non.**

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?
Non pas vraiment.

TENTATIVES D ARRET

La on va aborder le dernier chapitre, justement sur les tentatives d'arrêt, apparemment vous avez déjà tenté d'arrêter.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Pendant... alors attendez... pendant deux mois. **C'était la seule tentative au mois de décembre ?** Oui c'était la seule. **Donc les symptômes sont revenus ?** Alors pas tout de suite, c'est revenu à peu près un mois et demi après. Vous vous rappelez quand je suis venu vous voir, j'étais mal, à là là. Je ne dormais plus, les bouffées de chaleur...

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? (*silence*). Oui parce que, par rapport au connaissance qu'il y a actuellement, je ne pense pas qu'on puisse être affirmatif comme ça. **Donc tant qu'on ne vous apporte pas les preuves du contraire vous continuer le traitement ?** Oui parce que je

m'informe et on ne m'a pas apporté les preuves du contraire mais bon je ne suis pas médecin, mais vraiment on le saurait s'il y avait grand danger je dirai.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. **Pourquoi ?** Pour le confort. Oui oui. Parce qu'il faut aussi travailler, il faut aussi faire des grandes journées. Moi je ne peux pas travaillé sans dormir. C'est très très gênant. **Il paraît, à attendre les patientes, je stresse déjà ...** ah oui je vous assure. Et ce qui est troublant c'est qu'on n'est pas égal la dessus. Moi j'ai des collègues qui n'ont rien. Elles ont été gène que deux trois mois c'est tout. Ça dépend des individus. Ça dépend des femmes. Personnellement je ne prendrai pas un traitement pour rien. Si ça allait bien je ne le prendrai pas. Et en plus ça dure dans le temps, en plus on n'en a parlé quand je vous ai vu, vous m'avez parlé de cette femme de 78 ans qui avait encore des troubles... **ça vous a marqué ?** Ah oui ça m'a marqué parce qu'on en voit plus le bout quoi. Je veux dire bon ça se serait un truc à prendre deux trois ans bon... au bout de dix ans c'est ce qui m'a motivé pour arrêter mais les troubles sont revenus comme ci on n'avait rien pris et pourquoi ça touche certaines femmes plus que d'autres et ben là grand mystère ! **On dit que ça touche les femmes de niveau socio économique plus élevé sont plus atteintes que d'autres... mais vous dire pourquoi, je ne sais pas. Peut être parce qu'elles ont plus accès au médecin que les autres.** Écoutez, ma meilleur amie est cardiologue, et elle est loin d'être idiote, elle a eu trois fois rien comme symptômes. Voyez, c'est curieux quoi, non il n'y a pas d'égalité la dessus. Vous avez raison, vous avez trouvé le mot juste, il n'y a pas d'égalité entre les femmes sur la ménopause. Je ne sais pas, est ce que c'est la puberté, si elle tardive ou plus précoce, est ce qu'il y a un fond de ça, est ce qu'au départ c'est écrit quoi. Voyez moi je me pose la question comme même. Est-ce qu'il y a une relation entre le fait qu'on a eu les règles de bonne heure ou pas. **Je ne sais pas. Je n'ai pas lu de choses la dessus.** Voilà. Est-ce que c'est génétique ? Moi je me rappelle ma mère se plaindre de ça mais pas pendant dix ans quoi. Et à l'époque il n'y avait pas de traitement. Donc je ne sais pas. Est-ce que c'est culturel aussi peut être parce que s'il n'y avait rien avant, on est obligé de faire avec s'il n'y avait pas de traitement, ça n'a pas toujours existé. C'est peut être un confort parce qu'on nous le propose. C'est possible. Est-ce que au bout d'un moment ça ne passerait pas ? Mais je n'ai pas le courage de supporter. **Il faudrait essayer. (Rires).** Mais moi je n'ai pas eu le courage d'essayer. **Il faudrait essayer pendant une période de vacances.** Ah oui mais regardez, moi j'ai arrêté deux mois j'étais tranquille, j'ai passé toutes mes fêtes chez mes enfants, j'ai eu aucun problème quoi. **Peut être que si vous avez fait plus de deux moi et demi sans, vous auriez vu qu'au bout de deux mois et demi il n'y avait plus rien.** Je ne suis pas sûre. Je ne suis pas sur de ça. Me dites pas ça. Rires. Je ne suis pas sûre de ça. Non mais c'est une galère quoi. Maintenant vous me faites peur, je ne sais pas ou en sont les dernières études là... **non, mais vous êtes très bien informée et au courant de tout donc je n'ai rien à vous rajouter. Vous savez qu'il y a les études à ce sujet là qui sont contradictoire d'une année sur l'autre, moi-même je ne sais plus à la fin.** Alors comment se faire une opinion ? **Comment se faire une opinion ? Les femmes qui prennent le traitement, l'avantage est qu'elles sont suivies.** Oui. **Donc elles consultent, elles voient des médecins et elles font des examens. Donc on peut toujours dépister et soigner plus rapidement si une maladie se déclare. Qu'une femme qui ne consulte pas, qu'elle laisse trainer une maladie grave.** Ah oui, par contre ça je l'ai connu dans la génération de ma mère, où les femmes n'allaient pas voir de

gynécologue. J'ai vu des amies de ma mère avec des cancers très avancés et elles n'avaient jamais vu de médecin. **Oui ; donc c'est pour ça que ça a un intérêt de prendre le traitement rien que pour la consultation médicale qui demande à être répétée.** Oui on se console aussi comme on peut, c'est aussi une façon de se voiler peut être un peu la face. Je connais des médecins qui sont entièrement contre les traitements hormonaux et entre autre le médecin d'une de mes collègues, lui il n'était pas du tout d'accord. Mais alors j'ai vu cette femme en eau du matin jusqu'au soir, en plus c'était une femme très forte. **Oui mais c'est facile de dire je ne suis pas d'accord et de ne pas prescrire, mais il faut prendre en compte le mal être des personnes qu'on a en face et ils viennent chercher une aide et une réponse, il faut leur proposer quelque chose.** Ben elle en fin de compte l'avis de son médecin lui suffisait, elle n'a pas été plus loin, « *ah non mon médecin est contre* » bon, donc elle a enduré ça pendant des années, peut être que c'est elle qui a raison. Le fait d'avoir les cheveux tout collés par la transpiration, c'est horrible. C'est désagréable. Vous vous rendez compte ? **Oui oui.** Même au niveau de la vie sociale, je veux dire, une bouffée de chaleur il faut se rendre compte de ce que ça représente, je veux dire ce n'est pas tolérable. **Il paraît oui.** Je vous assure moi je trouve que ce n'est pas tolérable. Moi le peu que j'ai eu de nouveau le temps que j'équilibre le traitement, j'étais mal comme tout et alors le manque de sommeil... à trois heures du matin vous êtes réveillée, vous ne dormez plus. Tout ça c'est pareil tout dépend des individus. Mais l'essentiel de mon entourage prend un traitement. Et des qu'il apparaît une maladie, on l'accuse aussi mais bon ça on ne saura jamais ça.

Y a-t-il des choses que vous aimerez parler, qu'on ai pas parler ? Non mais il y a une chose quand même. Quand la ménopause apparaît on parle de sécheresse vaginale et tout c'est truc là, alors je ne sais pas si le traitement a une incidence la dessus ou pas. **Oui. D'après les entretiens que j'ai fais, il y a une phrase qui m'avait marquée c'était « on retrouve ses trente ans » sur le plan sexuel je veux dire.** Donc c'est lié au traitement. **Oui. Et à l'arrêt du traitement, les effets s'arrêtent de suite. Ce n'est pas parce que vous prenez pendant 15 ans le traitement que vous allez être protégé pendant quelque temps. A l'arrêt du traitement, ça redevient comme avant.** Donc le traitement arrange ces problèmes là. Personnellement je n'ai pas de problème la dessus mais c'était une question que je me posais. **Par contre il y a quelque chose que vous ne m'avez pas du tout cité c'est l'ostéoporose. (Silence).** oui. **En complication de la ménopause.** En plus le traitement protège. **Le traitement protège tout à fait, et à l'arrêt du traitement vous n'êtes plus protégée.** Ça c'est un coté positif ? **Complètement. Un autre coté positif que vous avez cité c'est l'amélioration de la qualité de vie. Certaines patientes disent préférer mourir jeune que souffrir de ça pendant 15 ans. Ah. Il y a des femmes qui sont comme ça.** En disant ça on sous entend qu'on a pris un traitement pendant quinze ans donc on ne sait pas combien de temps ça va durer. Si ça se trouve, au bout de 6 à 12 mois, tout rentre dans l'ordre. **Oui.** Comment savoir ? Parce que dès que ça ne va pas bien on va prendre le traitement tout de suite. **Pour vous dire, toutes les femmes qui ont tenté d'arrêter le traitement, elles l'ont repris au bout de 2-3 mois. Je ne connais pas quelqu'un qui la repris au bout de 1 ou 2 ans.** Est-ce que le traitement entretient ce phénomène ? **C'est une question. Si vous êtes imprégnées d'hormones, à l'arrêt vous allez ressentir quelque chose. Mais il y a**

d'autres personnes pour qui rien ne se passe à l'arrêt. Il reste encore beaucoup de question sans réponse.

PATIENTE N°16 : MARTHE

PROFIL

Date de naissance / âge : 1^{er} mars 1952, ce qui me fait 56 ans, 57 depuis dimanche. **Alors joyeux anniversaire !** (*Rires*). Merci beaucoup.

Avez-vous une activité professionnelle ? Oui, je travaille dans une caisse de retraite.

Situation familiale : mariée, mère de famille mais la fille est partie depuis longtemps.

Combien avez-vous d'enfants ? Une seule.

DIMENSION COSMETIQUE

On va parler de plusieurs items. On va aborder l'item de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Oui, tous les jours. **Qu'est ce que vous utilisez comme maquillage ?** Euh... ben ce qui me convient à peu près, tous les produits l'Oréal et puis j'ai une fille qui est esthéticienne et qui me ramène pas mal de choses. (*Rires*). **Mais que mettez vous ?** Du blush, du rouge à lèvres, une crème de base pour éviter la sécheresse de la peau, un petit peu de fond de teint mais c'est plutôt les crèmes teintés parce que je n'aime pas trop le fond de teint car je ne trouve pas ça joli, et puis c'est à peu près tout... et puis le mascara sur les yeux.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui. **Régulièrement ?** Ah oui, toutes les quatre semaines, cinq semaines. **Chez le coiffeur ?** Ah oui parce que toute seule ça serai une cata.

Avez-vous recours à des soins esthétiques ? Euh... non parce que je fais mes soins moi-même. Disons que je ne vais pas en institut. Quand j'ai besoin d'un masque je le fais toute seule et c'est tout.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Hum... pff... Non non je ne suis pas adepte en fait. C'est vrai que c'est une bonne solution mais je préfère le naturel parce qu'après quand ça retombe, on est déçu.

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Ben je n'ai pas eu le choix parce que forcément on prend un peu de poids et la silhouette s'alourdit légèrement et il y a des choses qu'on ne peut plus mettre hélas !

ANTECEDENTS MEDICAUX

On va parler de vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non non.

Antécédent de cancer du sein ? Non plus.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Non plus.

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non.

Antécédents gynécologiques ? Non rien de particulier, à part les petites infections habituelles.

Avez-vous toujours votre utérus ? Oui oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

On va parler de la représentation de la ménopause.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Pff... les mots ... ? Moi je dirai que c'est la fin d'une vie active à certains niveaux, au niveau hormonal ça c'est sûr. Ce n'est pas très plaisant en ce qui me concerne. Moi mes règles ça m'allait bien. (*Rires*). Et... C'est une autre vie voilà. On part sur une autre vie pour moi. **C'est l'arrêt de la fécondité pour vous ?** Voilà c'est ça. **Vous ne pouvez plus mettre d'enfant au monde ?** Oui oui bien que j'en ai eu qu'une c'est vrai que se savoir active à ce niveau là c'est très féminin on va dire. **Y a-t-il d'autres choses que ça vous évoque ?** Le vieillissement bien sur.euh ... les hauts et les bas au niveau du caractère aussi. Je pense que j'ai toujours été plus ou moins disons... comment dire...irritée et irritable et je pense que ça s'accroît et les moments où on se sent bien on est un peu euphorique et puis le lendemain on ne se sent pas bien du tout parce que la ménopause c'est un peu ça, et on se sent un peu abattue. J'ai des hauts et des bas au niveau du caractère. Et ça c'est assez désagréable et pour moi et pour mon entourage.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Ben les complications, peut être pas toutes mais disons dans les grandes lignes c'est surtout la perte de la tonicité euh... . On m'a dit que « tu rentrais dans l'air de madame Tamalou » (*rires*) c'est-à-dire que tous les matins on a mal quelque part et c'est jamais au même endroit et puis euh... pff... je crois que c'est le vieillissement qui me fait le plus peur en fait. **Et quand vous dites la perte de la tonicité, vous parlez de la peau ?** Oui de la peau, même musculaire. Je vais refaire du sport mais je suis persuadée que je n'aurai pas la même tonicité au niveau de la peau même après quelques heures sport comme j'avais avant.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? Euff ... (*silence*). Je vais être un peu fort mais pour moi c'est le commencement du vieillissement et du non retour. Je ne sais pas comment expliquer ça mais je ne me projette plus trop dans l'avenir on va dire. **Là vous vous laissez aller chaque jour ?** Je vis un peu au jour le jour, j'apprécie les bons moments mais avec un certain recul. Je ne suis plus enthousiaste comme je l'ai été, il y a des tas de choses qui me dérange, qui me font peur, j'ai l'impression que je ne suis plus sûre de moi et ça c'est depuis que je suis ménopausée.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? Vraiment en 2000.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? J'ai commencé à avoir des maux de ventre et un retard de règles. J'avais un stérilet, un retard de règles assez conséquent et des douleurs abdominales épouvantables et les dernières règles ça été un flot important et puis tout d'un coup plus rien, stop. Et voilà. Ce n'est pas tellement d'autres symptômes mais c'est surtout à ce niveau là, au niveau gynécologique, au niveau de l'humeur pas trop mais au niveau gynécologique, oui et puis très vite j'ai commencé à avoir des bouffées de chaleur. **Elles étaient supportables ?** Au début ça allait un peu près mais c'est devenu insupportable parce que c'était toutes les dix minutes et comme je suis un sujet assez émotif euh... donc la moindre chose, la moindre contrariété paf une bouffée de chaleur, même si je suis contente hop une bouffée de chaleur, ça devenait assez épouvantable.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Ben justement pour éviter ça, d'abord pour retrouver un peu de règles parce que le fait de ne plus avoir de règles, pour moi c'était une perte de la féminité donc j'avais l'impression que je perdais ma personnalité de femme et puis ben je me suis dit que de toute façon ça existait et bien pourquoi pas... J'ai discuté avec d'autres femmes qui n'avaient jamais subi du tout de traitement, je parle de ma mère notamment qui n'a jamais rien mais j'ai trouvé que ma mère n'avait pas très bien vieilli à cause justement de ces sauts d'humeur, elle ne pouvait pas gérer quoi, et je pense qu'avec le traitement j'arrive beaucoup mieux à gérer.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Avec personne. Très peu. (*Rires*).

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

On va parler du traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Ben pour moi les effets bénéfiques, ça été l'arrêt des bouffées de chaleur parce que ça c'était ce qui me posait le plus de problème. **Y**

a-t-il d'autres effets bénéfiques ? Peut être un peu plus de dynamisme, j'étais un peu plus détendu. **Et sur le traitement en général, vous connaissez des effets bénéfiques ?** J'en ai pas vraiment conscience, il y a en a peut-être, sûrement, mais je trouve que j'ai moins de perte de tonicité au niveau de la peau que certaines qui n'utilisent pas ce genre de produit. Je peux comparer parce que j'ai des collègues qui sont autour de moi et qui ne font pas la même chose que moi. Donc je vois bien qu'elles changent plus à certains niveaux et pas moi. On me dit souvent que je ne fais pas du tout mon âge alors que j'ai des collègues qui ne prennent pas le traitement et qui elles font leur âge.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? Oui oui bien sûr. J'en ai longuement parlé avec le gynécologue de l'époque. Il m'avait expliqué le pour, le contre enfin tout ce qui pouvait arriver; donc le cancer du sein, l'utérus aussi euh... toutes ces maladies qui sont hormonales dépendantes dans beaucoup de cas. Oui oui il m'avait bien expliqué, je suis au courant et j'ai pris le traitement en connaissance de cause. J'en avais parlé avec ma fille parce qu'elle était avec moi en consultation. Il y a des moments où on n'est plus très sûre alors j'avais emmené ma fille dans ce « cours » et elle m'a dit de toute façon psychologiquement je pense que « tu en as besoin alors vas y, fais le ». Et puis pour moi c'était important.

Donc c'est votre gynécologue qui vous a donné toutes ces informations. Oui oui tout à fait. J'avais lu des choses mais vaut mieux s'entendre dire les choses que de les lire, on les perçoit mieux.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Oui oui bien sûr. **Tous les deux ans ?** Oui tout à fait.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Alors on va parler de vous et de votre traitement hormonal.

Age du début de la prise du THM ? C'était en 2000 donc il y a 9 ans. J'avais 48 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Le gynécologue.

Quel est le type du THM : alors par contre je n'ai pas les noms des médicaments mais c'est des œstrogènes et puis ... **vous ne connaissez pas le nom de votre traitement ?** Non je ne le connais pas par cœur. (*Rires*). Mais je peux peut-être vous le dire par contre car je dois avoir l'ordonnance pas loin de moi. C'est des noms vraiment un peu barbares parce que comme je prends des génériques... **ce sont des génériques ?** Oui oui. Parce que les génériques je pense que c'est mieux pour la sécu et puis ... ça me convient bien de toute façon, ça ne me pose pas de problème. Alors attendez ... Estreva et Utrogestan. **Ce ne sont pas des génériques ?** L'ordonnance n'est pas faite avec des génériques.

Posologie : UTROGESTAN un par jour le soir et une dose par jour.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Oui oui tout à fait parce que j'ai eu la bêtise ... pendant un moment j'en avais assez, j'ai un peu laissé tomber et en fait les bouffées de chaleur ont recommencé dans les 10 jours qui suivaient. Inutile de vous dire que j'ai couru chez le médecin et j'ai dit hop on recommence.

Qu'est ce que vous pensez que ce traitement vous apporte ? Un certain confort comme même, un certain confort parce que je pense que je suis plus équilibrée que justement quand j'ai fait l'expérience de l'arrêter et je me sens beaucoup plus équilibrée que lorsque je l'ai arrêté. Au début on est bien parce que on se dit ouf on n'a plus de ça en dépendance et puis au bout d'un moment on s'aperçoit qu'il y a quand même des tas de choses qui ne vont pas. Pour moi c'est un confort. C'est peut être un placebo mais pour moi c'est un confort. **Euh... non je ne pense pas du tout que ce soit un placebo mais c'est une amélioration de la qualité de la vie ?** Ah oui tout à fait, tout à fait.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ? Les prises de calcium non mais la pratique sportive ça tombe bien parce que je vais recommencer justement à faire du sport. **Vous en faisiez avant ?** J'en ai fait, j'en ai fait pendant vingt ans avec des alternances ou j'avais moins le temps et j'avais repris en 98 je crois et j'ai cessé rapidement faute de temps parce que je m'organisais mal en fait tout simplement et à force de ne pas y aller on se dit « oh puis après tout c'est plus très grave » et on laisse tomber. Mais là, j'ai fortement envie d'y retourner parce que j'ai besoin de me dépenser. Comme j'ai un travail qui est très prenant en ce moment j'ai vraiment besoin de taper sur le voisin et je préfère taper ailleurs. *(Rires)*.

TENTATIVES D'ARRÊT

La on va aborder le dernier chapitre sur les tentatives d'arrêt.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Oui.

Pendant combien de temps êtes-vous restez sans ? Oh j'ai du arrêter quatre mois à peu près. **Quatre mois ?** Oui. **Quand même. Ce qui c'est passé c'est qu'au bout de 10 jours tout est revenu ou que les bouffées de chaleur seulement?** Les bouffées de chaleur seulement. Mais elles étaient relativement espacées donc c'est vrai c'était assez supportable et puis après c'est devenu de pire en pire. Sans mentir j'avais à peu près une bouffée de chaleur toutes les vingt minutes. **Le jour comme la nuit ?** Non la nuit non, paradoxalement la nuit non, jamais la nuit mais toujours le jour.

Pourquoi l'avez-vous repris ? Ben justement pour éviter ça parce que ça me taper sur les nerfs. On est en train de parler avec quelqu'un et tout d'un coup on sent que ça monte et on est toute ruisselante... je ne sais pas si j'étais rouge mais j'étais ruisselante et c'était extrêmement

désagréable. En plus quand on subi ce genre de chose on se met dans un courant d'air, on attrape froid donc j'avais des rhumes à répétition. Je me suis dit qu'il fallait que je pallie à ça et comme j'avais le moyen de le faire c'était comme même bête de ne pas continuer.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvelerez-vous votre traitement ? Ben j'ai lu effectivement mais ... oui. Oui oui oui. Ah moins qu'on me montre que vraiment c'est hyper dangereux ou qu'on me dise ben maintenant de toute façon même si vous l'arrêtez ça va s'arrêter aussi toutes ces bouffées de chaleur là je veux bien tenter l'expérience. Mais sinon non. Tant pis. A près tout c'est ma vie, si je peux vivre confortablement même si c'est dangereux, ben voilà, tant pis. Qu'on prouve déjà que c'est vraiment dangereux. *(Rires)*.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non. Pourquoi ça serait pour un essai. **Non, c'est juste une question.** Non, Honnêtement non. Disons que j'ai beaucoup d'interférences professionnelles en ce moment et que si j'ai en plus cette gêne je pense que là je ne pourrai plus supporter ce que je suis en train de faire.

Avez-vous des choses à me rajouter ? Euh... non rien de particulier. **Vous ne m'avez pas parlé d'ostéoporose, de sécheresse vaginale...** . Non, à priori j'ai fais une ostéodensitometrie qui était assez bonne donc là ça ne me gêne pas trop et puis bon le fait de reprendre le sport ça va aussi consolider. La sécheresse vaginale je n'en ai pas. Pas du tout de sécheresse à ce niveau là et ça c'est aussi un confort. **En fait très vite vous avez commencé un traitement donc vous n'avez pas pu vous rendre compte de tous les désagréments liés à la ménopause ?** Non pas du tout, oui c'est vrai. **Même pendant les quatre mois d'arrêt il n'y avait pas de sécheresse vaginale?** Non pas du tout.

Merci beaucoup de votre participation.

PATIENTE N° 17 : MICHELINE

PROFIL

Date de naissance / âge : le 27 juillet 1944. Je vais avoir 65 ans.

Avez-vous une activité professionnelle ? Non je suis retraitée maintenant. **Que faisiez-vous avant ?** J'étais secrétaire commerciale.

Situation familiale : mariée.

Avez-vous des enfants ? J'ai une fille, oui.

DIMENSION COSMETIQUE

On va aborder plusieurs items. On va parler de la dimension cosmétique.

Est-ce que vous vous maquillez régulièrement ? Euh..., non par manque de patience, pour aller plus vite. **(Rires).** C'était plus régulier quand j'allais travailler. **Quand vous sortez ?** Pas systématiquement. Du rouge à lèvres c'est tout en général. **Pas de crème de jour ?** Oui mais je dois reconnaître que je ne le fais pas régulièrement.

Avez-vous recours à des teintures capillaires ? Oui. Oui oui oui. **Régulièrement ?** Oui toutes les cinq semaines environ. **Pour cacher des cheveux blancs ?** Oh oui ! Oh oui malheureusement.

Avez-vous recours à des soins esthétiques genre épilation, massage ? Pour l'esthétique non. J'ai eu une fois une liposuction par contre. **Vous avez eu une liposuction à visée esthétique ?** Oui, en 2002.

Quelle est votre attitude envers le lifting ? Ben le lifting, je ne serai pas contre du fait que ma fille en pratique. **(Rires).** **C'est vrai qu'elle fait de la chirurgie plastique.** Moi j'avoue que j'ai un petit peu la pétoche disons. **Par rapport à quoi ?** Je n'ose pas, je ne sais pas. **Par rapport à l'anesthésie ?** Je ne sais pas, j'aimerais bien mais en même temps je n'ose pas. **Qu'en pense votre fille ?** Et ben elle, elle voudrait m'en faire, ça c'est sûr. **(Rires).**

Avez-vous changé de tenue vestimentaire une fois ménopausée ? Euh oui. parce que je dois dire que je m'habille moins. C'était plutôt avec le travail. Ménopausée non. Le fait d'avoir été ménopausée vous voulez dire au point de vue taille etc ? **Taille, style...** . Non je ne pense pas.

ANTECEDENTS MEDICAUX

On parler de vos antécédents médicaux.

Antécédent de maladie thromboembolique ? Non.

Antécédent de cancer du sein ? Non.

Antécédent familiaux de cancer du sein ? Ben maman mais à l'âge de 70 ans. **Des tantes ?** Non. **Des sœurs ?** Non par contre j'ai ma sœur aînée qui est en train de se faire traiter pour un cancer des « lymphatique ».

Antécédent de maladie cardio-vasculaire ? Non, moi non.

Antécédents gynécologiques ? Non.

Avez-vous toujours votre utérus ? Oui.

REPRESENTATION DE LA MENOPAUSE

Là on va parler de la représentation de la ménopause en général.

Quels sont les mots que vous associez à la ménopause ? Les bouffées de chaleur. **D'autres mots ?** Non, autrement on ne peut pas dire que j'ai eu quoi que se soit. **Mots M.O.T.S ?** Ah bon des mots M.O.T ? Pour moi je voyais des maux M.A.U.X. M.O.T., comment je l'associe ? Pour moi ça serait de prendre du poids. **Pour vous, ménopause égal poids ?** Du moins changement de silhouette ... que j'essaye de conserver. **D'autres mots ?** Non, c'est surtout la silhouette. **Fécondité, vieillesse ?** Oh ben là, fécondité ça ne m'intéresse pas outre mesure non.

Connaissez-vous les complications liées à la ménopause ? Complications, non je ne vois pas. **Que risque une femme ménopausée comparée à une femme jeune non ménopausée ?** Non, de toute manière étant donné si on est ménopausée, on prend de l'âge donc pour moi l'un va avec l'autre. **Pour vous les maladies sont liées à la vieillesse plus qu'à la ménopause ?** Voilà.

A quelle période de votre vie associez-vous la ménopause ? La cinquantaine.

VOUS ET VOTRE MENOPAUSE

Age du début de votre ménopause ? La pré ménopause vers 50 ans et la ménopause pas longtemps après. J'ai commencé à être traitée et pour moi j'ai demandé à avoir un traitement sans règles.

Quels étaient les symptômes ressentis liés à la ménopause ? Et ben surtout les bouffées de chaleur qui me faisaient penser que ça approchait. **Le changement de la silhouette ?** Je dois dire que pour le moment je reste un peu près stable (*rires*). Je n'ai pas vu trop de changement mais je fais tout pour la garder. **Pas d'irritabilité, de trouble de l'humeur ?** Ca il faudrait poser ça à mon mari. (*Rires*). **Il ne vous a rien dit votre mari ?** Ben non comme je suis quand même d'un caractère assez nerveux, donc je m'énervais avant donc je ne peux pas m'énerver plus après. Non non, je ne pense pas, pas plus si vous voulez.

Quelles étaient les motivations de la prise du THM initialement ? Ben surtout pour que la silhouette ne change pas trop. Pas de rester jeune mais essayer de garder au maximum une vie normale.

Avec qui en parlez vous le plus de votre ménopause ? Et ben je n'en parle pas.

LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE EN GENERAL

On va parler du traitement hormonal en général.

Connaissez-vous les effets bénéfiques du traitement ? Et ben je ne peux pas dire que je sache plus les effets bénéfiques ou maléfiques, non pas spécialement. **Vous savez qu'il vous apporte quelque chose ?** Théoriquement c'est un confort personnel. Mais autrement je ne vois pas. **Ca vous traite les bouffées de chaleur ?** Oui mais là comme en ce moment mon médecin veut que je diminue ce que je ne veux pas trop, j'ai comme même légèrement des bouffées de chaleur de temps en temps.

Connaissez-vous les risques liés à la prise du THM ? J'avoue, je ne crois pas que ça soit plus fort qu'autre chose. Je pense qu'on veut plus le montrer mal que bien. Et que ce n'est pas pour autant vrai.

Qui vous a donné les informations sur les risques du THM ? Au départ quand j'avais à peu près la cinquantaine, à cette époque là, on disait que c'était bien. Donc je me suis dit en effet je vais le faire et après j'étais très contente de l'avoir fait. Et ce n'est pas parce que maintenant on dit que ce n'est pas bon que je vais l'arrêter parce que dans cinq ans ils vont dire à nouveau c'est bien et là après ma vie à moi sera passé.

Participez-vous au dépistage du cancer du sein régulièrement ? Ah ben oui ça je le fais régulièrement. Justement comme maman, on a détecté son cancer du sein mais comme a dit son docteur « ce n'est pas de ça qu'elle mourra de toute manière », je fais une mammographie tous les ans.

VOUS ET VOTRE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

Là nous allons aborder l'avant dernier item.

Age du début de la prise du THM ? À 51 ans.

Qui est le prescripteur initial ? Le docteur Azar, mon gynécologue.

Quel est le type du THM ? C'est-à-dire au départ, maintenant il a baissé un petit peu les quantités d'œstrogènes. Là pour le moment j'ai de l'Utrogestan 100 et donc j'en ai pendant les quinze derniers jours, après une semaine rien et pendant les trois semaines Estreva gel. Et c'est là que je trouve qu'il a baissé. On a changé de marque de gel et ce n'est pas si bénéfique et moi je ne veux pas baisser de trop. J'avais plus de pressions, j'avais quatre pressions et maintenant il veut que j'en mette deux.

Êtes-vous satisfaite de votre traitement ? Ben j'aurais préféré qu'il augmente mais à chaque fois que je lui demande il ne veut pas augmenter tellement le gel. **Pourquoi ne pas l'augmenter vous ?** Et ben je dois dire que ces derniers temps j'en ai trois pressions au lieu de deux. *(Rires)*.

Êtes-vous satisfaite comme ça ? Ben pour le moment j'ai l'impression que ça va mieux. Donc justement la prochaine fois que je le verrai, je lui dirais.

Utilisez-vous des stratégies préventives comme la prise de calcium et la pratique sportive ?

Oh ben je fais du sport un petit peu. Je fais du thai-shi régulièrement et puis autrement du sport non. De la marche, un peu, une fois par mois, une journée entière. Et puis du vélo quand je suis à la campagne. **Prenez vous du calcium ou de la vitamine D ?** Non je ne prends rien de spécial.

TENTATIVES D'ARRÊT

Alors dernier item, sur les tentatives d'arrêt.

Avez-vous déjà essayé de l'arrêter ? Non parce que je n'y tiens pas pour le moment. J'estime que je vais encore continuer un peu. **Donc ça fait quinze ans que vous le prenez en continu ?** Oui. **Vous n'avez jamais arrêté votre traitement ?** Non.

Avez-vous déjà pensé à l'arrêter ? Moi non. **Votre gynécologue ?** Et ben lui oui, à chaque fois il me demande si je veux continuer ou pas et moi je dis oui.

Quelles sont vos craintes à l'arrêt du THM ? Ben justement que la silhouette change beaucoup plus. **Donc c'est surtout ça qui vous perturbe en fait ?** Oui c'est ça qui me perturbe. **La ménopause pour vous c'est vraiment la modification de votre corps ?** Pour moi oui, alors que ce n'est pas systématique c'est sûre. Mais moi c'est ce qui m'arrête.

Si je vous dis que la prise au long cours du THM est dangereuse pour la santé, renouvellez-vous votre traitement ? Ben il faut bien mourir un jour de toute manière. *(Rires)*. Ce n'est pas parce que je vais continuer que je vais avoir plus de risque, ça je ne le crois pas. **Donc vous ne l'arrêterez pas de toute façon ?** Tout du moins pas avant cinq ans encore. **Pas avant cinq ans ?** Oui, je me donne encore cinq ans. *(Rires)*.

Êtes-vous d'accord pour l'arrêter maintenant ? Non.

Pourquoi ? Parce que je tiens à continuer. On m'a dit à l'époque plus longtemps vous ferez mieux ça sera, je ne vois pas pourquoi tout change.

Y a-t-il autre chose que vous souhaiterez me dire que l'on n'a pas parlé ? Non ça ne me vient pas à l'esprit, non. **Juste refaire le point sur les complications de la ménopause. Vous n'avez jamais entendu parler de l'ostéoporose.** Ah justement tant que normalement on a le traitement normalement il n'y a pas de risque d'ostéoporose. Ben c'est ce qu'on m'a dit. **C'est-à-dire que vous, vous n'en avez pas mais celles qui ne prennent pas le traitement le traitement ont plus de risque.** Il y a plus de risque mais je vois maman maintenant par exemple, elle a 90 ans maintenant, au point de vue ostéoporose, elle est impeccable et elle n'a pas fait un traitement substitutif. Tout dépend des gens. **Et le risque du cancer du sein lié au traitement, vous n'y croyez pas ?** Pas plus qu'un autre. Je ne pense pas qu'il y a plus de risque non. C'est ce que je pense maintenant... **Ah mais c'est ce que je voulais. En tout cas je vous remercie d'avoir participé à cette enquête.**

Annexe 1 :
Index de Kupperman

	0	1	2	3	F a c t e u r
Bouffées de Chaleur	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Rares (1/j)	<input type="radio"/> Fréquentes (2 à 5/jour)	<input type="radio"/> Très fréquentes (> 5/jour)	X 4
Sueurs	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Rares	<input type="radio"/> Fréquente (1 à 4/sem.)	<input type="radio"/> Très fréquentes (> 5/jour)	X 2
Sommeil	<input type="radio"/> Bon	<input type="radio"/> Moyen	<input type="radio"/> Mauvais	<input type="radio"/> Très mauvais	X 2
Nervosité	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Légère	<input type="radio"/> Modérée	<input type="radio"/> Sévère	X 2
Humeur dépressive	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Légère	Fréquente	<input type="radio"/> Sévère	X 1
Vertiges	<input type="radio"/> Absents	<input type="radio"/> Rare	Fréquents	<input type="radio"/> Très fréquent	X 1
Asthénie	<input type="radio"/> Absente	<input type="radio"/> Légère	Modérée	<input type="radio"/> Sévère	X 1
Arthralgies	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Légères	Modérées	<input type="radio"/> Sévères	X 1
Céphalées	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Rare	fréquente	<input type="radio"/> Très fréquentes	X 1
Palpitations	<input type="radio"/> Absentes	<input type="radio"/> Rare (<1/sem.)	Fréquente (2 à 5/sem.)	<input type="radio"/> Très fréquentes (> 5/sem.)	X 1
Sensation de Sécheresse vaginale	<input type="radio"/> absente	<input type="radio"/> Peu gênante	gênante	Très gênante	X 1

Annexe 2 :

Qualifemme initiale

- 1- Bouffées de chaleur
- 2- Crise de sudation (transpiration excessive anormale)
- 3- Difficulté d'endormissement
- 4- Perturbation du sommeil
- 5- Sensation de fatigue le matin au réveil
- 6- Sensation de nervosité
- 7- Sensation d'irritabilité
- 8- Sensation d'inquiétude
- 9- Sensation de tristesse
- 10- pessimisme
- 11- sensation d'abattement
- 12- dévalorisation personnelle
- 13- palpitations
- 14- trous de mémoire
- 15- douleurs ostéo-articulaires
- 16- maux de tête
- 17- ballonnement abdominal
- 18- vertiges
- 19- cheveux gras
- 20- perte de cheveux
- 21- acné
- 22- gonflement mammaire
- 23- douleurs mammaires
- 24- renflement des jambes
- 25- brûlures urinaires inexplicables
- 26- pertes urinaires à l'effort
- 27- sécheresse vaginale
- 28- envie d'avoir des rapports sexuels
- 29- nombre de rapports sexuels
- 30- rapports sexuels douloureux
- 31- variations pondérales
- 32- troubles de l'appétit

Les réponses sont portées sur un trait horizontal de 10 cm. C'est intitulé « placez un trait sur la ligne au niveau correspondant à l'intensité du symptôme ». L'extrémité gauche correspondait à une intensité nulle, l'extrémité droite correspondant à une intensité maximale.

ANNEXE 3

QUALIFEMME MODIFIEE

DOMAINES	NOMBRE DE QUESTIONS	ITEMS
POLE CLIMATERIQUE	2	<ul style="list-style-type: none"> - bouffées de chaleur - crise de sudation
POLE PSYCHO-SOCIAL	5	<ul style="list-style-type: none"> - sommeil perturbé - irritabilité - tristesse - rejet - trous de mémoire
POLE SOMATIQUE	4	<ul style="list-style-type: none"> - douleurs articulaires - perte de cheveux - gonflement mammaire - poids corporel
POLE URO-GENITALE	4	<ul style="list-style-type: none"> - troubles mictionnels - sècheresse vaginale - troubles de la libido - dyspareunie

ANNEXE 4

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS DE LA MENOPAUSE (SOURCE : VIDAL 2008)

ESTROGENES SEULS

[CLIMARA 50 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[DELIDOSE 0,5mg/0,5g gel : 28Sach-dose](#)

[DELIDOSE 1mg/g gel : 28Sach-dose](#)

[DERMESTRIL SEPTEM 25 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[DERMESTRIL SEPTEM 50 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[DERMESTRIL SEPTEM 75 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[DERMESTRIL 100µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[DERMESTRIL 25µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[DERMESTRIL 50µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[ESTRADERM TTS 100µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[ESTRADERM TTS 25µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[ESTRADERM TTS 50µg/24h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[ESTRADIOL G GAM 50 µg/24 h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[ESTRAPATCH 40 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[ESTRAPATCH 60 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[ESTRAPATCH 80 µg/24 h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[ESTREVA 0,1 % gel : Flacon dos/50g](#)

[ESTREVA 1,5 mg comprimé sécable : B/28](#)

[ESTROFEM 1mg comprimé pelliculé : B/28](#)

[ESTROFEM 2mg comprimé pelliculé : B/28](#)

[FEMSEPT 100µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[FEMSEPT 50µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[FEMSEPT 75µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[GYDRELLE 0,1 % crème vagin : T/30g](#)

[OESCLIM 25 µg/24 h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[OESCLIM 37,5 µg/24 h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[OESCLIM 50 µg/24 h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[OESCLIM 75 µg/24 h dispositif transdermique : 8Sach](#)

[OESTRODOSE 0,06% gel pour application cutanée : Fl/80g/64d](#)

[OESTROGEL 0,06% gel pour application cutanée tube : T/80g](#)

[OROMONE 1mg comprimé pelliculé : Plq/28](#)

[OROMONE 2mg comprimé pelliculé : Plq/28](#)

[PHYSIOGINE 0,1 % crème vaginale : T/15g+applicateur](#)

[PHYSIOGINE 0,5 mg ovule : B/15](#)

[PHYSIOGINE 1 mg comprimé sécable : B/30](#)

[PROGYNOVA 1mg comprimé enrobé : Plq/20](#)

[PROGYNOVA 2mg comprimé enrobé : Plq/20](#)

[PROGYNOVA 2mg comprimé enrobé : 3Plq/20](#)

[PROVAMES 1mg comprimé pelliculé : B/30](#)

[PROVAMES 2mg comprimé pelliculé : B/28](#)

[THAIS SEPT 25µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[THAIS SEPT 50µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

[THAIS SEPT 75µg/24h dispositif transdermique : 4Sach](#)

THAIS 100µg/24h dispositif transdermique : 8Sach

THAIS 25µg/24h dispositif transdermique : 8Sach

THAIS 50µg/24h dispositif transdermique : 8Sach

TROPHICREME 0,1 % crème vaginale : T/30g

VIVELLEDOT 100µg/24h dispositif transdermique : B/8

VIVELLEDOT 25µg/24h dispositif transdermique : Sach/8

VIVELLEDOT 37,5µg/24h dispositif transdermique : B/8

VIVELLEDOT 50µg/24h dispositif transdermique : B/8

VIVELLEDOT 75µg/24h dispositif transdermique : B/8

SYSTEM 50µg/24h Dispositif transdermique : 8Sach

Annexe n° 5

XXVIIèmes Journées de l'Association Française
pour l'Etude de la Ménopause (A F E M) :
23-24 et 25 novembre 2006

LA MÉNOPAUSE ET SON TRAITEMENT

Madame,

Vous avez la possibilité de suivre un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS). Ce traitement a pour objectif de lutter contre les conséquences de l'arrêt des sécrétions d'estrogènes par les ovaires. Ce traitement ne constitue pas une obligation mais un choix que chacune peut librement exercer. Ce THS peut toujours être différé, suspendu, repris ou adapté afin de mieux correspondre à vos désirs et à votre intérêt. En conformité avec la mission d'information qui incombe à chaque médecin, cette notice est destinée à éclairer votre choix qui, comme votre cas, reste toujours personnel.

LA MÉNOPAUSE EN CHIFFRES

Vous êtes, en France, 11.000.000 de femmes ménopausées, dont plus de 6 millions ont plus de 65 ans. Aujourd'hui, une Française peut espérer vivre, en moyenne, plus de 30 ans après sa ménopause, soit presque aussi longtemps que la période pendant laquelle elle a eu des cycles menstruels. La longévité augmentant régulièrement (de 3 mois tous les 2 ans) une femme sur 4 de 50 ans va atteindre 90 ans.

Surtout prescrit dans les pays occidentaux, le traitement hormonal substitutif de la ménopause existe depuis plus de 30 ans.

La majorité des femmes traitées a entre 50 et 60 ans.

LE PRINCIPE DU TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF (THS)

Il consiste à éviter les conséquences à court et à long terme de l'épuisement des sécrétions ovariennes d'estrogènes et de progestérone. Ces hormones que vous allez prendre sont habituellement de deux sortes :

- les estrogènes : seul l'estradiol, hormone naturelle, est utilisé en France ;
- la progestérone naturelle ou un progestatif, de formule chimique proche, lui conférant des propriétés légèrement différentes.

UN TRAITEMENT "SUR MESURE"

Les besoins en hormones varient d'une femme à l'autre. Les nombreuses formes et dosages de spécialités disponibles (près de 100) permettent de trouver la formule qui vous conviendra le mieux.

Les estrogènes se présentent en France sous la forme de gels, de timbres cutanés (patches), de comprimés et d'aérosol nasal. La progestérone ou les progestatifs se présentent sous la forme de comprimés. Il existe également des traitements « prêts à l'emploi » combinant estrogènes et progestatifs se présentant sous forme de plaquettes comparables à celles des pilules contraceptives ou sous forme de timbres.

Dans la mesure du possible, votre médecin vous aidera à choisir la formule qui correspond le mieux à votre mode de vie. Cependant, dans quelques cas, c'est lui qui devra orienter votre choix en fonction de votre état de santé : il vous donnera alors ses arguments.

Il existe des traitements avec règles et des traitements sans règles. Leur efficacité est exactement la même :

- Traitement "avec règles" : l'estrogène est prescrit pendant 21 à 30 jours par mois selon les cas, la progestérone ou le progestatif y est adjoint les 10 à 14 derniers jours. Ces règles, appelées saignements de privation, ne signifient pas que vos ovaires fonctionnent à nouveau. Il n'y a donc pas de risque de grossesse.
- Traitement "sans règles" : si on désire obtenir un traitement "sans règles", il est habituel de prescrire estrogène et progestatif de façon simultanée soit pendant 25 jours, soit 30 jours sur 30. Ce traitement convient surtout aux

femmes ménopausées depuis au moins 2 ans (il existe un risque relativement élevé de saignement s'il est débuté plus tôt).

NB : si vous n'avez pas votre utérus (si vous avez subi une hystérectomie), les estrogènes seront prescrits seuls, sans adjonction de progestérone ou de progestatifs.

CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT

Peu nombreuses, elles doivent, cependant, être impérativement respectées. Un THS est contre-indiqué : si vous avez eu un cancer du sein ou si vous venez de faire une phlébite. Si la phlébite est ancienne, seule l'administration cutanée ou nasale d'estrogènes pourra être envisagée avec votre médecin qui évaluera soigneusement les avantages et les risques de cette prescription.

Des antécédents personnels ou familiaux de phlébite à répétition doivent faire suspecter une anomalie de la coagulation. Pensez à les signaler à votre médecin.

D'autres maladies plus rares (porphyrie, lupus aigu par ex.) peuvent contre-indiquer un THS. Par prudence, tenez votre médecin informé de toute maladie actuelle ou ancienne et des traitements que vous suivez. Il pourra ainsi vous conseiller en toute connaissance. Enfin d'autres affections ne constituent pas des contre-indications au traitement mais nécessitent des précautions d'emploi : les maladies bénignes du sein (les mastoses), les fibromes, l'endométriose, les méningiomes, l'otospongiose.

ADAPTATION DU TRAITEMENT

Au moment de la ménopause, chaque femme constitue un cas particulier: vos troubles, vos facteurs de risque (par exemple d'ostéoporose) et vos réactions (efficacité et tolérance) aux traitements sont personnels. Votre médecin, disposant d'une vaste gamme de traitements hormonaux de la ménopause, pourra ainsi choisir celui a priori le plus susceptible de vous convenir.

Le plus souvent, la première prescription hormonale est efficace et bien tolérée. Mais parfois, avant de trouver un traitement adapté à votre cas personnel, votre médecin peut être amené, en général lors des premiers mois, à modifier votre traitement. N'hésitez donc pas à le contacter ou le revoir en cas de problème. La persistance des troubles, en particulier des bouffées de chaleur, est le plus souvent en rapport avec un sous-dosage en estrogènes alors que des symptômes congestifs (prise de poids, tension des seins ou gonflements) évoquent, au contraire, un surdosage. Il faut trouver la posologie adéquate, efficace et bien tolérée.

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Elle est identique à celle dont devrait bénéficier toute femme après 50 ans, même en l'absence de traitement. Le bilan de départ associe, au minimum, un examen clinique général et gynécologique, des frottis de dépistage, une mammographie et un bilan sanguin du sucre et des graisses. Après une première prescription de 3 mois, la surveillance ultérieure consiste en 1 à 2 consultations annuelles, des frottis réguliers et une mammographie tous les 2 ans, en règle générale. Dans certains cas, d'autres examens comme l'ostéodensitométrie ou une surveillance plus rapprochée peuvent être utiles. Votre médecin vous conseillera et vous donnera toutes les explications nécessaires. Ces examens permettent une surveillance régulière et un dépistage plus précoce à un âge où les maladies gynécologiques et mammaires bénignes et malignes deviennent particulièrement fréquentes. Ainsi, les femmes suivant un traitement hormonal substitutif bénéficient souvent d'une meilleure surveillance que les femmes non traitées. Acceptez et respectez cette vigilance, peu contraignante, qui est le gage de votre sécurité.

DURÉE DU TRAITEMENT

La durée d'un THS, comme celle des symptômes de la ménopause, sera très variable d'une femme à une autre. Actuellement, il n'y a pas de durée limite, fixe et imposée, à la poursuite d'un THS. Avec votre accord, votre médecin peut donc vous traiter tant que durent les symptômes gênants, en utilisant la dose la plus faible possible.

Afin de savoir si le traitement que vous suivez est encore utile, votre

médecin pourra vous conseiller de le suspendre pendant quelques semaines :

- si vous ne ressentez plus aucun trouble, le THS peut être suspendu. Même sans traitement, continuez à consulter régulièrement votre médecin pour la prévention et le dépistage des maladies vasculaires, des cancers et de l'ostéoporose ;
- la réapparition de troubles, notamment bouffées de chaleur, sudations, insomnie, douleurs articulaires, peut justifier la reprise du THS (parfois à plus faible dose qu'auparavant en fonction de vos symptômes). Dans ce cas, une nouvelle tentative d'arrêt pourra être proposée tous les ans de manière à juger de la persistance ou non des troubles à l'arrêt du traitement.
- D'autre part, si vous envisagez, pour une raison ou une autre, d'arrêter votre traitement, parlez-en à votre médecin. Celui-ci jugera, en particulier, de l'utilité d'évaluer votre capital osseux.

EFFETS BÉNÉFIQUES

QUALITE DE VIE

L'amélioration ou la préservation de votre qualité de vie constitue un bénéfice important du traitement et vous pourrez rapidement l'apprécier. Ainsi, les bouffées de chaleur et les sueurs, souvent nocturnes et source d'insomnie, concernent environ 3 femmes sur 4 : dans la moitié des cas, elles durent au moins 5 ans et sont encore présentes 10 ans plus tard une fois sur 4. Le traitement hormonal substitutif permet de les supprimer rapidement, le plus souvent dès le premier mois. Parallèlement, il améliore le sommeil. En préservant ou en restaurant votre confort, le traitement peut aussi jouer sur la fatigue et l'humeur.

D'autre part le traitement évite ou permet de supprimer la sécheresse vaginale, préservant ainsi votre sexualité et votre vie de couple.

Ainsi, plusieurs études effectuées à l'aide de questionnaires de qualité de vie scientifiquement validés, ont permis de démontrer que celle-ci était meilleure chez les femmes traitées

PREVENTION DU VIEILLISSEMENT CUTANÉ

Le traitement hormonal contribue à la lutte contre le vieillissement de la peau, notamment en améliorant la teneur en collagène et la circulation sanguine cutanée.

Rappelons, cependant, les méfaits du soleil et du tabac qui accélèrent le vieillissement cutané

TROUBLES URINAIRES

Les infections urinaires sont moins fréquentes sous traitement.

N'hésitez pas à signaler à votre médecin les fuites d'urine, en particulier à l'effort, pouvant justifier des examens complémentaires, une rééducation ou des traitements spécifiques.

PREVENTION DE L'OSTÉOPOROSE

A partir de 25 ans, la masse osseuse diminue légèrement avec l'âge. Sans traitement hormonal, cette perte s'accélère à la ménopause, favorisant l'apparition de l'ostéoporose, responsable de fractures du poignet, de tassements des vertèbres (vers 65 ans), provoquant une diminution de la taille et des déformations, et plus tardivement de fractures du col du fémur (vers 80 ans). Plus d'une femme sur 3 sera ostéoporotique après la ménopause. Les principaux facteurs de risque sont :

- l'âge (le risque est doublé tous les 10 ans) ;
- une densité minérale osseuse basse ;
- un antécédent de fracture récente survenue lors d'un traumatisme minime ;
- une absence prolongée (aménorrhée) de règles pendant plusieurs années avant la ménopause, une ménopause précoce, c'est-à-dire survenant avant 40 ou 45 ans ;
- un faible poids ou une perte de poids importante après la ménopause ;
- l'hérédité, conditionnant l'importance du capital osseux constitué à l'âge adulte : votre mère a-t-elle été victime de fractures, du col du fémur notamment ? ;
- la vitesse de la perte osseuse : certaines femmes perdront leur masse

osseuse plus vite que d'autres ; c'est souvent le cas des femmes maigres alors qu'au contraire, les femmes en surpoids sont relativement protégées contre l'ostéoporose ;

- le tabagisme, la prise prolongée de cortisone, d'hormones thyroïdiennes à fortes doses, etc...

Les estrogènes constituent la meilleure prévention de la perte osseuse au moment de la ménopause. Ils n'épuisent jamais leurs effets. Ils pourront cependant, si vous ne souffrez plus d'autres manifestations liées au manque d'estrogènes être relayés par des produits agissant spécifiquement sur l'os. La dose d'estrogènes devra être adaptée à chaque femme. Si vous ne supportez que de faibles doses, il sera nécessaire de s'assurer que le traitement est suffisamment efficace pour freiner la perte osseuse. Votre médecin pourra éventuellement y adjoindre du calcium et de la vitamine D, essentiellement si vos apports alimentaires en calcium sont insuffisants et/ou si vous ne vous exposez que rarement au soleil. C'est dans ces cas, et également si la prise d'estrogènes n'est pas possible, non souhaitée ou interrompue, qu'une densitométrie osseuse sera particulièrement utile. Cet examen, parfaitement anodin et indolore, permet de déterminer votre masse osseuse en quelques minutes et d'en suivre l'évolution. Enfin, pour prévenir l'ostéoporose il ne faut pas oublier les bienfaits de l'exercice physique (gymnastique et marche), les méfaits du tabagisme et la nécessité d'assurer un apport de calcium alimentaire suffisant dès l'adolescence.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

En France, (mais plus encore aux Etats-Unis), les maladies cardiovasculaires sont responsables de la majorité des décès des femmes à partir de 70 ans.

La lutte contre la surcharge pondérale, la sédentarité et le tabagisme constitue autant de mesures préventives dont l'efficacité est reconnue. Il en est de même de la diminution du taux du cholestérol sanguin, du traitement d'un diabète ou d'une hypertension artérielle.

A cet égard, un THS améliore le bilan lipidique en diminuant le taux de cholestérol total tout en augmentant le "bon" cholestérol c'est-à-dire la fraction HDL. Il agit également directement sur les artères, augmentant leur élasticité et s'opposant au dépôt de graisses sur les parois, c'est-à-dire l'athérosclérose. Un certain nombre d'études épidémiologiques avaient permis d'espérer un effet protecteur cardio-vasculaire.

Une étude récente effectuée aux USA (l'étude WHI) en "double aveugle" et randomisée, les populations traitées et celles prenant un placebo étant alors identiques, n'a pas confirmé cet effet protecteur, indiquant au contraire une légère augmentation du risque en début de traitement.

Mais la population étudiée était relativement âgée (63 ans en moyenne), plus de 60 % des femmes étaient en surpoids, dont 34,2 % franchement obèses, 35 % hypertendues, 7 % prenaient un médicament hypocholestérolémiant et 4 % étaient diabétiques. Ce n'était sans doute pas la population idéale pour mener une telle étude. La population des femmes françaises susceptibles d'être traitées est le plus souvent différente. Enfin et surtout, il est possible, selon certaines études, qu'un traitement hormonal commencé tôt après la ménopause puisse conférer un effet protecteur qui ne se manifesterait plus une fois les plaques d'athérome apparues sur les artères.

Les produits utilisés dans l'étude WHI étaient également différents. Mais si, sur les données de certains examens de laboratoires, nous avons de bonnes raisons de penser que les molécules utilisées en France ont des effets métaboliques plus favorables, nous ne disposons d'aucune étude épidémiologique d'envergure pour pouvoir l'affirmer.

FONCTIONS INTELLECTUELLES, MEMOIRE EN PARTICULIER

Une protection contre le développement de la maladie d'Alzheimer semblait pouvoir être espérée : plusieurs études ont en effet montré une diminution du risque de 30 à 50 % chez les femmes traitées par rapport aux femmes non traitées.

Ces études ont cependant porté sur un trop petit nombre de femmes pour faire de cet espoir une certitude.

L'étude américaine WHI a montré une augmentation du risque de la

maladie d'Alzheimer (démence sénile) : mais ici encore la population étudiée était trop âgée (72 ans en moyenne), le traitement trop tardif et les produits utilisés n'étaient peut-être pas idéaux pour espérer un effet préventif. Le moment du traitement est également essentiel. Selon plusieurs études, traiter dès le début de la ménopause permet d'espérer un effet préventif. En revanche, un traitement instauré après 60-65 ans ne confère pas de protection, et pourrait même jouer un rôle aggravant selon l'étude WHI. Les femmes qui souffrent de simples troubles de la mémoire au moment de la ménopause pourraient améliorer leurs performances grâce à un traitement pris précocement (notion elle aussi à confirmer).

CANCER DU CÔLON

Le traitement hormonal substitutif diminue d'un tiers environ la fréquence de ce cancer, 2ème cancer féminin chez les non fumeuses.

UN TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF IMPLIQUE-T-IL DES RISQUES ?

Toute prise de médicament et par conséquent d'hormones apporte des bénéfices, mais peut aussi entraîner des effets secondaires ou des risques.

- **Cancer de l'utérus** : la prise prolongée d'estrogènes seuls pourrait conduire à un développement excessif de l'endomètre, muqueuse tapissant la cavité utérine. C'est pourquoi l'adjonction de progestérone ou de progestatif est indispensable pour annuler ce risque.

- **Cancer de l'ovaire** : en l'état actuel de nos connaissances, pour une durée courte et en associant estrogènes et progestérone ou progestatifs, le THS n'augmenterait pas l'incidence du cancer de l'ovaire.

- **Cancer du sein** : il constitue le cancer féminin le plus fréquent et va concerner une française sur 9. La majorité des études n'a pas montré d'augmentation du risque jusqu'à 5 années de traitement hormonal substitutif. Au-delà, une légère augmentation du risque a été observée dans plusieurs études. La récente étude américaine WHI en "double aveugle" a confirmé ces données, ainsi que l'étude anglaise "Million Women Study". Selon des données disponibles dès 1997, sur 1000 femmes non traitées âgées de 50 à 70 ans, 45 seront victimes d'un cancer du sein dans les 5 années. Ce pourcentage augmente avec l'âge. Dans cette tranche d'âge, chez les femmes traitées par THS pendant 5 ans, le risque supplémentaire de cancer du sein est de l'ordre de 2 cas pour 1.000 femmes, ce risque dépendant de la durée du traitement. Chez les femmes traitées pendant 10 à 15 ans par THS, ce risque est respectivement de 6 et 12 cas supplémentaires de cancer du sein pour 1.000 femmes. L'augmentation du risque ne concerne que les femmes en cours de traitement. Dans les années qui suivent l'arrêt du THS, le risque redevient égal à celui des femmes n'ayant jamais pris d'hormones. Cette augmentation du risque de découvrir un cancer du sein en cours de traitement et sa disparition à l'arrêt du traitement pourraient s'expliquer en partie par un effet stimulant des hormones sur la croissance de lésions préexistantes, aboutissant à leur diagnostic plus précoce. Il n'a pas été mis en évidence d'augmentation de la mortalité par cancer du sein dans tous les travaux disponibles. L'étude WHI n'a pas trouvé d'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes sans utérus traitées par estrogènes seuls.

D'autre part, l'étude française E3N, ayant porté sur près de 70.000 femmes, n'a pas montré d'augmentation de fréquence du cancer du sein après plus de 6 années de traitement par estrogènes + progestérone naturelle micronisée.

Ajoutons que la prescription et la surveillance d'un traitement hormonal substitutif permettent d'effectuer régulièrement un dépistage des cancers.

RISQUE DE THROMBO-PHLEBITE, C'EST-A-DIRE DE FORMATION D'UN CAILLOT DANS UNE VEINE

Mis en évidence chez certaines utilisatrices de pilules contraceptives, ce risque est faible avec les estrogènes naturels. Il concerne essentiellement certaines femmes prédisposées, c'est-à-dire ayant spontanément une anomalie de la coagulation. D'où l'importance de signaler à votre médecin toute phlébite ou embolie pulmonaire survenue chez vous-même ou chez un parent proche. S'il existe des facteurs de risque et que vous avez réellement besoin d'un

traitement, les voies cutanées ou nasale, seront préférées aux comprimés. Une étude française récente a montré que les estrogènes par voie cutanée n'augmentaient pas le risque de thrombose.

Ce risque de thrombose justifie également, par mesure de prudence, l'interruption du traitement hormonal substitutif avant toute intervention chirurgicale importante et tout alitement prolongé, ces circonstances constituant des facteurs favorisants. En revanche, l'existence de varices ne contre-indique pas un traitement hormonal substitutif.

RISQUE DE PRISE DE POIDS

L'augmentation du poids observée avec l'âge, 10 kg en moyenne entre 20 et 60 ans chez la femme, provient essentiellement d'une évolution du métabolisme et de la sédentarité. La ménopause constitue, à cet égard, une période de vulnérabilité.

De nombreuses études rigoureuses, comparant femmes traitées et femmes prenant un placebo, ont démontré qu'un THS convenablement dosé :

- ne faisait pas grossir,
- préservait la silhouette féminine en évitant l'accumulation des graisses au niveau abdominal.

Une alimentation équilibrée et un exercice physique régulier afin de préserver ou d'augmenter la masse musculaire, constituent, par ailleurs, la meilleure prévention vis-à-vis de la prise de poids.

DIMINUTION DE MORTALITE GLOBALE

Plusieurs études épidémiologiques ont permis de démontrer une diminution globale de mortalité des femmes traitées par rapport aux femmes non traitées. Constatation a priori rassurante, mais qui pourrait résulter du fait que les femmes traitées sont souvent, dès le départ, en meilleure santé et mieux surveillées que les femmes non traitées.

AUTRE TRAITEMENT HORMONAL

La tibolone est un produit particulier, possédant des propriétés communes aux estrogènes, à la progestérone et, accessoirement, aux androgènes. Actif sur les symptômes vaso-moteurs et la sécheresse vaginale, ses autres effets possibles sur l'os, le système cardio-vasculaire et le sein sont en cours d'évaluation.

ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL

Différents traitements non hormonaux peuvent être prescrits pour les bouffées de chaleur. Leurs résultats sont variables et aléatoires. Des produits actifs, spécifiquement sur l'os, sont également disponibles : raloxifène, bisphosphonates et strontium. Utiles si les estrogènes sont contre-indiqués ou en relais de ceux-ci, ils n'ont aucun effet sur les bouffées de chaleur, la peau, les muqueuses, l'insomnie, les douleurs articulaires, etc... En revanche, les bisphosphonates peuvent être associés à un THS, surtout si la dose d'estrogènes utilisée est faible et si votre risque de fracture est élevé. D'autre part, une diminution du risque de cancer du sein a été observée avec le raloxifène.

La sécheresse vaginale peut être améliorée par des produits locaux, hormonaux ou non.

Les phyto-estrogènes sont, actuellement, en cours d'évaluation. Leur efficacité n'est démontrée pour l'instant que pour leur action limitée sur les bouffées de chaleur.

Quant à la DHEA, ses effets éventuels, positifs ou négatifs ne sont pas évalués. C'est une hormone qui pourrait même être éventuellement nocive dans certains cancers. Son auto-prescription, trop souvent non signalée, ne peut qu'être déconseillée.

CONCLUSION

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause, permet d'améliorer votre qualité de vie. Il ne constitue pas une obligation, mais un choix : il doit être personnalisé, motivé par des bénéfices attendus, adapté à chaque femme, et régulièrement réévalué. Ceci suppose que vous soyez

informée de ses avantages et de ses inconvénients. Ne vivez pas avec des idées fausses. N'hésitez pas à en parler à votre médecin qui vous fournira de plus amples informations.

**Brochure éditée par
l'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM)**

annexe n°6

Informations générales sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause (AFSSAPS)

La ménopause

1. Qu'est-ce que la ménopause ?
2. Comment la ménopause m'affecte-t-elle ?
3. Quels sont les troubles dits " climatériques " de la ménopause ?
4. Quelles peuvent être les conséquences de la ménopause sur la minéralisation de mon squelette ?
5. Quels sont les risques cardio-vasculaires à la ménopause ?

Le traitement hormonal substitutif

6. Qu'est ce qu'un THM ?
7. Sous quelles formes le THM est-il disponible ?
8. Quels sont les rythmes d'administration des THM ?
9. Quels sont les bénéfices du THM ?
10. Dans quelles circonstances prend-on un THM ?
11. Quelles sont les risques du THM ?
12. Quels sont les autres effets indésirables du THM ?
13. Quelles sont les contre-indications du THM ?
14. Puis je prendre ou continuer un THS si je suis atteinte d'une maladie cardio-vasculaire ?
15. Combien de temps puis- je prendre un THS ? Quand puis-je l'interrompre ?
16. Que faire si je prends un THM pris depuis plusieurs années ?
17. Quelle est la surveillance d'un THM ?
18. Existe-t-il des alternatives au THM ?

En conclusion et message clés

La ménopause

1. Qu'est-ce que la ménopause ?

La ménopause est un phénomène naturel ; ce n'est pas une maladie.

Le terme ménopause signifie étymologiquement « arrêt des règles », et désigne ainsi la période qui survient au moment où les ovaires arrêtent de produire les hormones de la reproduction : les œstrogènes et la progestérone.

La ménopause commence le plus souvent aux alentours de 50 ans. La prise d'une pilule contraceptive ou les grossesses ne modifient pas l'âge auquel la ménopause se produit naturellement.

La ménopause est vécue de façon très différente selon les femmes, les pays et les cultures. C'est une expérience propre à chaque femme.

2. Comment la ménopause m'affecte-t-elle ?

La ménopause peut s'accompagner de troubles dits " climatériques " et elle favorise le développement de l'ostéoporose.

Les symptômes de la ménopause varient d'une femme à l'autre, et chez une même femme, ils varient dans le temps. Ils peuvent être d'intensité différente et n'être pas ressentis de la même façon par chaque femme.

3. Quels sont les troubles dits "climatériques" de la ménopause ?

Le climatère désigne la période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause. Les troubles climatériques sont donc les troubles qui surviennent pendant cette période.

Les troubles « climatériques » ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé. Ce sont notamment des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des troubles urinaires, des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), des troubles du sommeil (insomnie), une asthénie (fatigue). Ces troubles atteignent 60 à 70 % des femmes, mais leur intensité est très variable d'une femme à l'autre. Lorsqu'ils se manifestent, ils peuvent être pénibles et difficiles à supporter. Leur durée peut varier de quelques mois à plusieurs années.

• les bouffées de chaleur

Il s'agit du symptôme le plus fréquent, dû à l'arrêt de la production d'œstrogène par les ovaires. Les bouffées de chaleur se manifestent par une sensation de chaleur parfois accompagnée d'une rougeur de la peau, qui commence au niveau du visage et du cou, puis s'étend vers le thorax et les épaules, et éventuellement se généralise. Chez certaines femmes, les bouffées de chaleur s'accompagnent de sueurs intenses. Elles peuvent survenir dans la journée ou pendant la nuit. Elles sont sans danger mais peuvent être très inconfortables.

• les troubles vaginaux

La carence en œstrogène survenant au moment de la ménopause peut rendre la paroi vaginale plus

fine, plus sèche et moins "élastique". Les rapports sexuels peuvent ainsi devenir inconfortables.

• les troubles urinaires

Le contrôle de la vessie peut être moins bon, ce qui peut provoquer de petites fuites urinaires, en particulier lors d'efforts (étirements, fous rires ...). Il est important de prendre en compte ce problème d'incontinence dès qu'il apparaît et de demander l'avis d'un médecin.

• les modifications de la peau

La structure et la texture de la peau sont influencées par les hormones sexuelles et par des modifications biologiques plus générales liées au vieillissement. Après la ménopause, la peau devient plus fine et plus fragile.

• la prise de poids

Souvent, au moment de la ménopause, les femmes prennent du poids et trouvent qu'il est plus difficile qu'auparavant de perdre ces kilos.

La prise de poids n'est pas directement liée aux modifications hormonales de la ménopause. Cependant, la ménopause entraîne une modification dans la répartition des graisses : elles s'accumulent désormais plus fréquemment au niveau du ventre qu'au niveau des cuisses et des fesses.

• les autres troubles de la ménopause

Au moment de la ménopause, d'autres troubles peuvent apparaître : maux de tête, sensation de grande fatigue, troubles du sommeil (insomnie), douleurs articulaires...

Certaines femmes peuvent parfois présenter une tendance à la dépression. Il n'existe pas de preuve formelle que la ménopause en elle-même puisse provoquer une dépression ; la dépression ne semble pas plus fréquente à cette période de la vie qu'à d'autres moments.

4. Quelles peuvent-être les conséquences de la ménopause sur la minéralisation de mon squelette ?

Après la ménopause, la perte osseuse s'accélère car la capacité du corps à produire du tissu osseux diminue.

Les os deviennent plus fragiles, à tel point que des fractures peuvent se produire à la suite d'un traumatisme léger, notamment au niveau du poignet et de la colonne vertébrale (tassement vertébral), et plus tardivement au niveau du col du fémur). Après 70 ans, une fracture du col du fémur survient chez une femme sur six.

L'ostéoporose ne concerne pas toutes les femmes. Cependant, ce risque d'ostéoporose augmente si :

- votre ménopause est survenue précocement (avant l'âge de 40 ans) ;
- vous avez un antécédent d'hyperthyroïdie ;
- vous (ou vos parents) avez eu une ou plusieurs fractures sans traumatisme important à l'âge adulte ;
- n'oubliez pas de signaler un tel antécédent à votre médecin ;
- vous êtes particulièrement maigre ;
- vous suivez ou avez suivi certains traitements (notamment par les corticoïdes) ;
- vous fumez ou vous consommez de l'alcool ;
- vous avez un déficit en calcium et/ou en vitamine D ;
- vous êtes sédentaire et avez peu d'activité physique.
- vous avez eu des périodes d'arrêt des règles prolongées.

5. Quels sont les risques cardiovasculaires à la ménopause ?

Avant la ménopause, les femmes sont moins exposées que les hommes aux maladies cardiovasculaires. A la ménopause, cette protection relative diminue et le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires augmente régulièrement avec l'âge.

Votre risque personnel dépend de la présence de certains facteurs. Ainsi, vous avez d'autant plus de risque d'être atteinte d'une maladie cardio-vasculaire que :

- vous fumez ;
- vous présentez un excès de poids ;
- vous avez des antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire ;
- vous souffrez de diabète, d'hypertension artérielle ou avez un taux de cholestérol élevé dans le sang ;
- vous êtes sédentaire.

Le traitement hormonal substitutif (THM)¹

6. Qu'est ce qu'un THM ?

Le terme « THM » remplace celui de THS. Classiquement, le terme « THS » est réservé au traitement estroprogestatif chez les femmes jeunes ayant été ménopausées très précocement. Le terme « THM » est destiné aux femmes ménopausées à « l'âge normal ».

Le principe d'un THM est de remplacer les deux hormones (l'estrogène et la progestérone) dont la production par les ovaires cesse au moment de la ménopause.

Le THM consiste donc à « substituer » des hormones à celles que vos ovaires sécrétaient lorsque vous aviez vos règles : estrogène tout au long du cycle et progestérone en seconde moitié du cycle, jusqu'aux règles suivantes.

L'estrogène est l'hormone efficace sur les troubles « climatiques » et en matière de prévention de l'ostéoporose. La prise d'estrogène en l'absence de progestérone pourrait conduire au développement d'un cancer de l'utérus. La progestérone protège l'utérus contre ce type de cancer, et il est donc indispensable de respecter l'association des deux hormones. Mais la progestérone n'est plus nécessaire si l'utérus a préalablement été ôté chirurgicalement (hystérectomie).

Le THM est un médicament ; en aucun cas il ne peut ralentir le vieillissement de l'organisme.

7. Sous quelles formes le THM est-il disponible ?

Le THM comprend généralement un estrogène et de la progestérone ou un de ses dérivés appelé progestatif qui mime ses actions. Il est disponible sous différentes formes qui peuvent être combinées entre elles.

- L'estrogène se présente sous forme orale (comprimé), cutanée (gel, patch) et nasale (pulvérisateur).
- Les progestatifs seuls se présentent uniquement sous forme orale (comprimé).
- Il existe des associations estrogène + progestatif qui se présentent sous forme orale ou sous forme de patch.

Le choix de la voie d'administration ne modifie pas l'efficacité du THM.

La tibolone est considérée comme un THM car c'est une hormone qui a à la fois des propriétés progestatives et estrogéniques. Elle est disponible sous forme de comprimés.

8. Quels sont les rythmes d'administration des THM ?

Il existe deux façons de prendre un THM, avec ou sans "règles"

- Les traitements **avec "règles"**: le progestatif est ajouté à l'estrogène en fin de mois seulement, pendant 12 à 14 jours. L'estrogène peut être pris soit pendant 21 à 28 jours par mois, soit sans interruption. Ce traitement restaure artificiellement vos règles à l'arrêt du traitement progestatif.

1 Le terme « THM » remplace celui de THS. Classiquement, le terme « THS » est réservé au traitement estroprogestatif chez les femmes jeunes ayant été ménopausées très précocement. Le terme « THM » est destiné aux femmes ménopausées à « l'âge normal ».

ou

- Les traitements **sans "règles"** : estrogène et progestatif sont prescrits ensemble sans interruption ou 25 jours par mois.

Le choix entre ces deux schémas d'administration doit être discuté avec votre médecin.

9. Quels sont les bénéfices du THM ?

• Une action bénéfique sur de nombreux troubles de la ménopause

Le THM est très efficace sur les bouffées de chaleur, les sueurs et la sécheresse vaginale.

Tous ces effets bénéfiques peuvent contribuer à améliorer votre qualité de vie.

• Une action protectrice contre l'ostéoporose post-ménopausique et les fractures

De nombreuses études montrent que les estrogènes freinent l'accélération de la perte osseuse survenant après la ménopause. Cela explique pourquoi le THM peut diminuer le risque de fractures du col du fémur et de la colonne vertébrale. Il est établi que les femmes qui prennent un THM ont moins de fractures du col du fémur et de la colonne vertébrale que celles qui n'en ont jamais pris. Dès l'arrêt du traitement par THM la perte osseuse reprend et le risque de fracture se rapproche de celui des femmes non traitées.

NB :

Contrairement à ce qui était espéré, il n'y a pas aujourd'hui de données mettant en évidence un effet protecteur du THM sur les troubles dits « cognitifs » (troubles de la mémoire, de l'attention ou de la concentration...).

10. Dans quelles circonstances prend-on un THM ?

La décision de commencer un THM doit se prendre en concertation avec votre médecin en fonction de votre état de santé et de vos souhaits.

• Si vous avez des symptômes " climatiques " incommodants

En cas de bouffées de chaleur ou autres symptômes gênants (c'est-à-dire qui perturbent notablement la qualité de vie), un THM peut être instauré, si vous le souhaitez, pour une durée la plus courte possible.

Dans ce cas, votre médecin devra vous donner une information claire sur les risques et il devra effectuer une réévaluation régulière du traitement, au moins une fois par an. Cette réévaluation pourra s'accompagner d'une suspension temporaire du traitement, afin de contrôler la persistance des symptômes et leur sévérité.

Il faut savoir que tout symptôme climatique se produisant avant l'arrêt des règles est le signe d'un déséquilibre hormonal débutant et non celui d'une ménopause. Ce déséquilibre n'est pas traité de la même façon que la ménopause ; on ne peut commencer un THM avant l'arrêt complet des règles.

• Si vous avez des facteurs de risque d'ostéoporose

Le THM ne doit pas être instauré systématiquement pour prévenir l'ostéoporose et le risque de fracture. Dans tous les cas, une bonne hygiène de vie (arrêt du tabac et/ou de la consommation

excessive d'alcool, activité physique régulière, ne pas prendre de poids, ...), un régime riche en calcium, et un apport suffisant en vitamine D (aliments, vie au grand air, parfois sous forme de médicament) sont souhaitables. Si la nécessité d'un traitement s'impose, d'autres médicaments peuvent vous être proposés. Seul votre médecin peut décider de l'intérêt de vous prescrire un THM si vous avez un risque élevé d'ostéoporose et donc de fracture (cf. question 4).

• **Si vous n'avez ni symptômes "climatériques" incommodants ni facteurs de risque d'ostéoporose**

Dans ce cas, il n'est pas recommandé de prendre un THM, l'équilibre entre les bénéfices escomptés et les risques encourus n'étant pas favorable.

11. Quels sont les risques du THM ?

Comme tout médicament, le THM a des effets indésirables.

En juillet 2002, la publication d'une étude américaine relative à l'utilisation du THM a alimenté de nombreux débats. Cette étude menée chez plus de 16 000 femmes ménopausées a permis de préciser les risques et les bénéfices d'un certain type de THM très peu utilisé en France dans des tranches d'âges relativement âgées (moyenne d'âge : 63 ans).

Depuis d'autres études, notamment menées chez un grand nombre de femmes anglaises et françaises, ont apporté des informations complémentaires sur les risques.

• **Quels sont les risques de développer un cancer ?**

□ **Cancer du sein**

Le THM comprenant l'association d'un estrogène et d'un progestatif augmente le risque de survenue de cancer du sein par rapport aux femmes ménopausées non traitées.

Ce risque d'augmentation du cancer du sein a surtout été démontré avec certains types de THM pris par voie orale. Le risque n'est peut-être pas le même avec tous les produits. Une étude française récente suggère qu'il est plus faible avec un estrogène associé à la progestérone micronisée pour une durée d'environ 5 ans.

Par ailleurs, sur la base des données actuelles, un THM à base d'estrogènes seuls ne semble pas augmenter le risque de cancer du sein.

Il est rappelé qu'à partir de 50 ans, que l'on soit ménopausée ou non, traitée ou non, il est recommandé d'effectuer, de façon systématique tous les 2 ans, une mammographie.

□ **Autres cancers**

Les données disponibles ne permettent pas d'établir de lien entre la prise d'un THM et la survenue d'autres cancers, notamment de l'ovaire.

Il n'y a pas assez de données pour affirmer que le THM protège contre la survenue d'un cancer du côlon.

• **Quels sont les risques cardio-vasculaires ?**

Le risque de thrombose veineuse (c'est-à-dire le risque de formation d'un caillot dans une veine provoquant une phlébite ou une embolie pulmonaire) augmente lors de la prise d'un THM. Le risque n'est peut-être pas le même avec tous les produits. Il pourrait être plus faible lorsque les estrogènes sont administrés par une voie non orale (patch, gel, solution pour pulvérisation nasale). Si l'augmentation du risque de thrombose veineuse est la plus importante, vous êtes également exposée à une augmentation du risque de thrombose artérielle (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral). Néanmoins, l'augmentation du risque d'infarctus du myocarde a été mise en évidence chez des femmes de plus de 60 ans utilisant un type de THM très peu utilisé en France.

12. Quels sont les autres effets indésirables mineurs du THM ?

• **Seins douloureux**

Il est possible au cours d'un traitement par THM de ressentir des douleurs de type variable au niveau des seins : tension, gonflement, inconfort, véritable douleur... Ce type de symptômes n'indique pas que vous développez un cancer du sein à cause du THM. Il se voit notamment quand la dose d'estrogènes est trop élevée.

• **Prise de poids et ballonnements**

Le progestatif est un élément indispensable pour assurer la protection de l'utérus, mais il nécessite d'être dosé avec soin, car un dosage non-équilibré entre progestatif et estrogène peut entraîner une légère prise de poids et une sensation de ballonnement abdominal.

Si un effet indésirable apparaît, parlez-en à votre médecin, qui éventuellement réajustera votre traitement.

13. Quelles sont les contre-indications du THM ?

Le THM est contre-indiqué dans les cas suivants :

- cancer du sein connu ou suspecté, ou autres tumeurs dont le développement dépend de la quantité d'estrogènes (exemple : cancer de l'utérus) ;
- antécédents ou maladies thromboemboliques veineuses ou artérielles en cours (exemple : phlébite, embolie pulmonaire, angine de poitrine, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) ;
- hémorragie génitale d'origine inconnue, maladie du foie, allergie à l'un des composants du THM.

14. Puis-je prendre ou continuer un THM si je suis atteinte d'une maladie cardio-vasculaire ?

Certaines maladies cardiovasculaires font l'objet d'une contre-indication, notamment des antécédents ou une

maladie thromboembolique veineuse ou artérielle en cours (cf question 13).

Pour les maladies ne faisant pas l'objet d'une contre-indication (exemple : hypertension artérielle), un THM peut être prescrit, à condition que l'hypertension artérielle soit correctement équilibrée et le reste sous traitement. Seul votre médecin peut apprécier l'intérêt d'une telle prescription.

15. Combien de temps puis je prendre un THM ? Quand puis-je l'interrompre ?

Le traitement par THM doit être le plus court possible, en tenant compte de l'évolution des bénéfices et des risques du traitement.

Dans le cadre du traitement des troubles climatériques, un THM peut être pris tant que durent les symptômes. Actuellement, il est recommandé d'utiliser la dose la plus faible possible compatible avec l'effet recherché.

Dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose (cf. questions 9 et 10), consultez votre médecin qui évaluera régulièrement l'équilibre entre les bénéfices et les risques de votre traitement et décidera du moment pour l'arrêter.

Le THM peut être interrompu à tout moment.

16. Que faire si je prends un THM pris depuis plusieurs années ?

En cas de traitement depuis plusieurs années par THM, consultez votre médecin qui appréciera l'intérêt de poursuivre ou d'arrêter le traitement.

Si vous n'avez pas eu récemment de suivi gynécologique, il sera nécessaire de pratiquer en particulier un bilan mammaire approprié.

17. Quelle est la surveillance d'un THM ?

Avant de commencer un THM, un examen clinique (y compris une mammographie) doit être effectué.

Lorsque vous êtes déjà traitée par THM, le meilleur suivi consiste à la consultation régulière de votre médecin (par exemple deux fois par an) en vue d'un examen gynécologique, et à la participation tous les 2 ans au programme de dépistage national du cancer du sein par mammographie.

18. Existe-t-il des alternatives au THM ?

Il n'existe pas de traitement aussi efficace que le THM pour corriger les troubles du climatère.

L'efficacité des dérivés du soja, et plus généralement des phyto-estrogènes, n'est pas démontrée et leur sécurité n'a pas été évaluée : ces produits peuvent ainsi présenter des risques. Il est donc déconseillé d'en prendre pour le traitement de vos troubles, tant qu'ils n'auront pas reçu l'autorisation des autorités sanitaires. De même, la DHEA n'a jamais fait la preuve d'une efficacité dans le traitement de la ménopause et présente aussi des risques.

Il existe d'autres traitements pour ralentir l'évolution de l'ostéoporose et donc prévenir le risque de fracture. Vous pouvez en parler avec votre médecin.

En conclusion

Le THM est efficace pour traiter les symptômes de la ménopause (troubles climatériques incommodes). Ce traitement peut également être prescrit pour prévenir l'ostéoporose, si vous avez un risque élevé de fractures osseuses et seulement à condition que vous ne tolériez pas d'autres traitements indiqués dans la prévention de l'ostéoporose.

Le THM comportant des risques, la décision de commencer ce traitement ne peut être prise qu'après un dialogue entre vous et votre médecin.

Messages clés

1 - La ménopause n'est pas une maladie ! Le traitement hormonal de la ménopause (THM) est par contre un médicament. Il a des indications, des contre-indications et des effets indésirables. Lorsqu'il est utilisé pour traiter les symptômes de la ménopause (troubles climatériques incommodes), le THM doit être prescrit pour une durée limitée. Discutez-en avec votre médecin !

2 - Le THM est le traitement de loin le plus efficace contre certains troubles qui peuvent survenir à la ménopause, tels les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et les sueurs nocturnes. Il ne s'agit pas d'une panacée dans la lutte contre le vieillissement et il peut ne pas répondre dans ce cas à vos attentes. Il n'a pas d'effet protecteur sur les troubles dits "cognitifs" (mémoire, concentration...) ni sur le risque de démence.

3 - Le THM ne doit pas être instauré systématiquement pour prévenir l'ostéoporose et le risque de fracture. Dans tous les cas, une bonne hygiène de vie, une activité physique, un régime riche en calcium et un apport suffisant en vitamine D sont souhaitables. Si la nécessité d'un traitement s'impose, d'autres médicaments peuvent vous être proposés. Discutez-en avec votre médecin !

4 - Si vous n'avez jamais subi d'hystérectomie (si vous avez toujours un utérus), vous devez toujours utiliser une association estroprogestative car le traitement par estrogènes seuls augmente considérablement le risque de survenue de cancer de l'utérus.

5 - Le THM estroprogestatif augmente le risque de cancer du sein. Ce traitement n'a pas d'effet protecteur vis-à-vis du risque de maladies cardiovasculaires (infarctus et accident vasculaire cérébral) et pourrait même augmenter ce risque dans certains cas. Vous serez aussi exposée à une augmentation du risque de thrombose veineuse (phlébite et embolie pulmonaire). Discutez-en avec votre médecin !

6 - Si vous avez eu une hystérectomie, il est inutile de prendre un traitement estroprogestatif, un traitement par estrogènes seuls est suffisant. Sur la base des données actuelles, ce traitement ne semble pas augmenter le risque de cancer du sein. Par contre, il n'a pas d'effet protecteur vis-à-vis du risque d'infarctus du myocarde. Vous serez aussi exposée à une augmentation du risque de thrombose veineuse et d'accident vasculaire cérébral. Discutez-en avec votre médecin !

7 - Si vous ne présentez pas de contre-indication particulière au THM, les experts considèrent que ces surcroûts de risque de cancer du sein et de maladie cardiovasculaire ne remettent pas en cause la prescription d'un THM dans le traitement de certains troubles incommodants de la ménopause tels que bouffées de chaleur, sécheresse vaginale ou sueurs nocturnes. Discutez-en avec votre médecin !

8 - Nous attirons votre attention sur le fait que ne pas prendre de THM ne vous fera pas éviter tout risque de cancer ou tout risque de maladie cardiovasculaire. Les cancers du sein, et les accidents cardiovasculaires, que ce soient les thromboses veineuses (phlébite, embolie pulmonaire) ou les thromboses artérielles (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), surviennent aussi chez des femmes qui n'ont jamais pris de THM. En conséquence, même si vous ne prenez pas de THM, il est important de consulter régulièrement votre médecin (par ex. 2 fois par an) en vue d'un examen gynécologique, et de participer au programme de dépistage du cancer du sein par mammographie auquel vous êtes conviée tous les 2 ans.

9 - Nous attirons votre attention sur le fait que les dérivés du soja, et plus généralement les phytoestrogènes, peuvent également présenter des risques ! L'efficacité de ces produits n'est pas démontrée et leur sécurité n'a pas été évaluée. Nous vous déconseillons donc d'en prendre pour le traitement de vos troubles, tant qu'ils n'auront pas reçu l'autorisation des autorités

sanitaires. De même, la DHEA n'a jamais fait la preuve d'une efficacité dans le traitement de la ménopause et peut aussi présenter des risques.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université

Université Paris Diderot - Paris 7

Le Professeur Dominique LUTON

Professeur Benoît Schlemmer

Date

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7

et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Environ 10 millions de femmes sont actuellement ménopausées en France. Devant l'allongement de la durée de vie, le nombre de femmes ménopausées ne cessera d'augmenter et le problème de ménopause sera un motif de consultation de plus en plus fréquent en médecine générale. Jusqu'en 2002, la balance bénéfices / risques du traitement hormonal de la ménopause penchait du côté des bénéfices avec pour principaux effets : le ralentissement du vieillissement cutané, la prévention de l'ostéoporose, la prévention des risques cardio-vasculaires, la prévention d'une démence cérébrale, l'amélioration et la disparition des signes du climatère. Puis, coup de théâtre en 2002 lorsque les résultats d'une grande enquête américaine (WHI) tombèrent prématurément. Cette étude avait fait pencher la balances bénéfices / risques de l'autre côté et remettait en question tout ce que l'on savait avant 2002. Non seulement le traitement hormonal n'était plus bénéfique mais encore, il s'avérait dangereux en augmentant le risque de cancer du sein, le risque de démence, le risque de pathologies cardio-vasculaires et le risque de maladies thromboemboliques. Cette étude avait semé la panique dans le monde médical puis dans le monde profane. Le déchainement médiatique de cette étude avait imposé aux autorités de santé française de refaire le point sur le traitement hormonal de la ménopause. Les indications s'en trouvèrent limitées, justifiées par le principe de précaution. Le traitement n'est plus prescrit que pour les femmes souffrant de bouffées de chaleur altérant leur qualité de vie. Probablement au-delà de cinq ans, sûrement au-delà de 10 ans, le traitement hormonal de la ménopause ne doit plus être prescrit du fait de ses risques encourus, supérieures aux bénéfices attendues. Mais que faire des patientes qui souffrent encore de la ménopause cinq après le début de celle-ci ? Que faire des patientes qui, au bout de 10 ans, ressentent encore le besoin d'être traitées ? Doit-on uniquement leur dire qu'il faut arrêter le traitement au-delà de 10 ans ou peut-on continuer à le prescrire autant de temps que nécessaire ?

Cette thèse regroupe le témoignage de 16 patientes qui le prennent en moyenne depuis 14 ans. Aucune ne désirent l'arrêter pour le moment du fait d'un équilibre physique et psychique. La disparition des bouffées de chaleur ainsi que d'autres effets bénéfiques du traitement contribuent à l'amélioration de la qualité de vie de ces patientes à tel point qu'elles préfèrent prendre le risque de développer un cancer du sein plutôt que de vivre mal.

MOTS CLES : ménopause, traitement hormonal de la ménopause, qualité de vie, durée du THM

