



# Ménopause en milieu africain : épidémiologie, vécu et prise en charge à Dakar

•• C.T. Cisse\*, A.A. Diouf\*, T. Dieng \*\*, A. Gueye Dieye\*, J.C. Moreau\*

**L**a ménopause est un phénomène naturel qu'on pourrait qualifier de retraite physiologique de l'ovaire. Cependant, il s'agit d'une situation potentiellement pathologique en raison des désordres induits par la carence estrogénique. En effet, cette dernière peut être responsable d'une part de manifestations symptomatiques affectant la qualité de vie et, d'autre part, de la survenue de certaines pathologies (1-3). Il s'agit d'un problème de santé publique qui concerne un nombre de plus en plus important de femmes à travers le monde, estimé à environ 493 000 au Sénégal (4). Mais, en Afrique subsaharienne d'une manière générale, au Sénégal en particulier, la prise en charge de la ménopause est marginale, pour ne pas dire quasi inexistante dans l'offre de soins proposée au niveau de nos structures sanitaires.

On observe que très peu de femmes viennent consulter pour obtenir une prise en charge en rapport avec la ménopause. On est alors en droit de se poser la question de savoir s'il s'agit d'un vécu particulier propre à la femme noire africaine, ou s'il s'agit tout simplement d'un manque d'information. C'est pour répondre à ces questions que nous avons mené cette étude, afin de préciser le profil épidémiologique de la ménopause à Dakar, d'évaluer les connaissances des femmes concernées et d'apprécier leur vécu ainsi que la qualité de la prise en charge.

## PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et longitudinale concernant des femmes ménopausées recrutées et suivies entre le 1<sup>er</sup> juillet 2005 et le 31 décembre 2006. Nous avons choisi un échantillon représentatif du bassin de femmes ménopausées au Sénégal. Les calculs statistiques ont abouti au chiffre de 288, auquel nous avons ajouté 10% pour faire face à une éventuelle déperdition en cours d'étude. La taille définitive de l'échantillon était ainsi de 320 patientes.

Critères d'inclusion : ménopause confirmée avec arrêt des règles depuis au moins 1 an.

Critères de non inclusion : patientes ayant fait l'objet d'une hystérectomie, d'une chirurgie de l'ovaire, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie en période d'activité génitale.

Les patientes ont été recrutées de façon raisonnée, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques de la popu-

lation sénégalaise en général (4). Elles ont fait l'objet d'une évaluation clinique et psychosociale, ont bénéficié d'examens complémentaires comportant un dosage de la FSH plasmatique, un frottis cervicovaginal de dépistage et une glycémie à jeun.

Sur le plan thérapeutique, les différentes méthodes disponibles leur ont été présentées. La nouveauté pour nous était relative à l'utilisation d'une isoflavone de soja, à raison de 40 mg par jour par voie orale. Les patientes traitées ont été suivies chaque mois pendant 3 mois puis tous les 6 mois.

Pour étudier l'influence de certains facteurs par rapport à la période de survenue et au vécu de la ménopause, nous avons utilisé la comparaison des proportions et le test du Chi 2 avec un seuil de signification inférieur à 0,05.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques des patientes ménopausées

La moyenne d'âge était de 55 ans au moment du recrutement (extrêmes : 34 et 84 ans). L'âge moyen de survenue de la ménopause était de 48 ans (extrêmes : 28 et 56 ans). L'ancienneté de la ménopause au moment du recrutement était en moyenne de 6 ans. La ménopause précoce, c'est-à-dire survenue avant 40 ans, concernait 5,6% des patientes.

Les femmes ménopausées étaient en majorité des multigestes (gestité moyenne : 7) et des multipares (parité moyenne : 6) avec des extrêmes de 0 et 14 accouchements. Dans notre série, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre la parité et la période de survenue de la ménopause, survenue plus précocement chez les nullipares (45 ans) que chez les grandes multipares (49 ans) [ $p < 0,023$ ].

La répartition selon le lieu de résidence était la suivante : banlieue de Dakar (51%), ville de Dakar (41%) et autres régions du Sénégal (8%).

Selon leur niveau socio-économique (revenu, instruction), les patientes étaient classées en trois catégories : faible (63%), moyen (24%) et élevé (13%). Ce niveau socio-économique semble influencer l'âge de survenue de la ménopause. En effet, nous avons noté une différence significative entre l'âge moyen à la ménopause des femmes de faible niveau socio-économique (47 ans) et des femmes ayant un niveau socio-économique élevé (49 ans) [ $p < 0,041$ ].

L'âge moyen au moment des ménarches était de 14 ans (extrêmes : 9 et 25 ans). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation

\* Clinique gynécologique et obstétricale, CHU A-Le-Dantec, Dakar, Sénégal.

\*\* CEFOREP (Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction), Dakar.

# Incontinence Urinaire

Désormais, je m'en occupe



1<sup>er</sup>  
électrostimulateur  
sans fil  
de rééducation  
périméale

Remboursement Séc. Soc. à 65% selon nomenclature LPPR (304,90 €)

KEAT<sup>®</sup>  
La rééducation à domicile

KEAT<sup>®</sup>. Kegel Exercises Alternative Treatment. Indication : KEAT<sup>®</sup> est un traitement de l'incontinence urinaire féminine : d'effort, par impéritosité ou mixte. Présentation : KEAT<sup>®</sup> est un électrostimulateur périméale sans fil et programmable utilisé pour la rééducation périméale à domicile. KEAT<sup>®</sup> est un dispositif médical de classe II A constitué de : 1 sonde étanche, 1 boîtier chargeur non étanche qui assure la programmation de la sonde et la charge de la batterie, 1 adaptateur secteur qui alimente l'ensemble. Mode d'action : KEAT<sup>®</sup> délivre des stimulations permettant de faire travailler les muscles du plancher pelvien et les structures musculaires avoisinantes par l'intermédiaire d'une sonde placée dans le vagin après avoir été chargée. Ce travail des muscles par stimulation permet, en fonction du programme sélectionné selon le type d'incontinence, d'améliorer la fermeture de l'urètre par contraction directe ou réflexe de la musculature urétrale striée (incontinence d'effort) ou de diminuer les contractions de la vessie (incontinence par impéritosité). Durée du traitement : la durée du traitement est déterminée par le médecin. En général, le traitement dure 2 mois, à raison d'une séance de 30 minutes par jour. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est régulier. Contre-indications à l'utilisation de KEAT<sup>®</sup> : KEAT<sup>®</sup> ne doit pas être utilisé en cas de grossesse, port d'un pace maker, infections au niveau de la vessie ou du vagin ou tout symptôme lié à une infection (démangeaisons, douleur lors de la miction ou fièvre), anatomie rendant la mise en place de la sonde difficile ou impossible, hémorragies, cancer génito-urinaire, allergie au nickel. Instruction d'utilisation de KEAT<sup>®</sup>. Précautions d'emploi/entretien : En aucun cas KEAT<sup>®</sup> ne doit être utilisé par voie anale. L'ensemble de ces informations sont détaillées dans la notice d'instructions accompagnant KEAT<sup>®</sup>. Garantie : KEAT<sup>®</sup> est garanti 1 an dans les conditions normales d'utilisation selon les instructions données dans la notice. Inscription LPPR : n°1189270. Remb. Séc. Soc. à 65% sur la base LPPR (304,90 euros). ACL : 4669697. KEAT<sup>®</sup> CE 0120. Matérovigilance et information N° vert (appel gratuit) : 0 800 509 509. Fabricant : AKONTIS - 8, avenue du Maine, 75015 Paris - France. Distributeur : Codépharma - 80-82, rue Gallieni, 92100 Boulogne-Billancourt - France.



entre l'âge de survenue des ménarches et celle de la ménopause ( $p = 0,06$ ).

La majorité des patientes (66 %) avait une préménopause troublée et a développé une symptomatologie fonctionnelle plus marquée que les patientes qui avaient une préménopause asymptomatique ( $p < 0,006$ ).

Le niveau d'information des patientes était faible. Seules 41 % d'entre elles avaient eu des informations qui provenaient essentiellement de l'entourage (3 patientes sur 4).

Cette information était souvent incomplète, comme en témoigne la perception erronée de la ménopause retrouvée chez 60 % des femmes interrogées.

## Données cliniques et paracliniques

La majorité des patientes était obèse (59 %) ; dans 29,5 % des cas, on retrouvait une pathologie cardiovasculaire associée, surtout à type d'hypertension artérielle.

Toutes les patientes ont signalé l'existence d'une symptomatologie fonctionnelle liée à la ménopause. Cette symptomatologie était polymorphe et dominée par des bouffées de chaleur chez 83 % des patientes. Le nombre de bouffées de chaleur variait de 2 à 10 par jour avec une moyenne de 4 par jour. Les autres symptômes étaient représentés par l'asthénie (74,3 %), les arthralgies (74 %), les sueurs nocturnes (73 %), les céphalées (71 %) [tableau I].

**Tableau I.** Fréquence des principaux symptômes rapportés par les femmes ménopausées à Dakar (n = 320).

Symptômes	Nombre	Pourcentage
Bouffées de chaleur	266	83,1
Asthénie	238	74,3
Arthralgies	237	74
Sueurs nocturnes	235	73,4
Céphalées	227	71
Insomnie	208	65
Dyspareunie	82	25,6
Nervosité	26	8,1
Vertiges	15	4,7

Nous avons également noté une baisse de la libido chez 83 % des patientes. Les rapports sexuels étaient alors occasionnels, 70 % des patientes signalaient tout au plus un rapport par semaine. En ce qui concerne les complications liées à la ménopause, nous avons enregistré l'existence de fractures pathologiques chez 1,6 % des patientes.

Dans le cadre du dépistage systématique associé au protocole, nous avons découvert :

- 4,7 % de diabétiques, essentiellement un diabète non insulino-dépendant ;
- 6 % de frottis anormaux avec 0,3 % de CIN1 et 5,7 % de CIN3.

## Vécu et traitement de la ménopause

L'appréciation du vécu de la ménopause par les patientes était la suivante :

- 4,4 % ont déclaré bien supporter leur ménopause et ne sentir aucune gêne ;
- 40 % décrivaient une attitude de résignation, car elles étaient indisposées mais ne savaient pas s'il existait ou non un recours possible ;
- 50,6 % ont jugé leur situation insupportable à cause de la symptomatologie fonctionnelle, cela a d'ailleurs motivé certaines d'entre elles à utiliser des traitements divers comme la médecine traditionnelle (3,7 %), les médicaments (5,6 %). La part du traitement hormonal substitutif (THS) était très faible et concernait seulement 0,9 % des patientes.

Sur le plan thérapeutique, la nouveauté était représentée, pour nous et nos patientes, par la disponibilité d'un produit à base d'isoflavone de soja. Après la présentation de toutes les informations actuellement disponibles sur ce produit, 65 patientes (20,3 %) ont choisi de l'utiliser pour traiter leurs bouffées de chaleur. Après 1 mois de traitement, 22,8 % ont signalé une disparition totale des bouffées de chaleur, cette proportion est passée à 93 % après 2 mois et à 98,5 % après 3 mois (tableau II).

**Tableau II.** Effet des phytoestrogènes sur les bouffées de chaleur chez des femmes ménopausées à Dakar (n = 65).

	1 <sup>er</sup> mois	2 <sup>e</sup> mois	3 <sup>e</sup> mois
Diminution des bouffées de chaleur			
– jusqu'à 2	7,6 %	-	-
– jusqu'à 1	69,6 %	7 %	1,5 %
– totale	22,8 %	93 %	98,5 %
Autres symptômes	Amélioration	Amélioration	Amélioration

## DISCUSSION

### Épidémiologie

Il ressort de notre étude que le profil épidémiologique de la femme ménopausée à Dakar est celui d'une patiente âgée en moyenne de 48 ans au moment de la ménopause, obète, ne bénéficiant d'aucun traitement, malgré une symptomatologie fonctionnelle altérant plus ou moins la qualité de vie.

Ce profil est superposable à ceux rapportés par d'autres auteurs en Afrique subsaharienne (5), il est légèrement différent de celui habituellement observé dans les pays développés (3, 6-9). En effet, l'âge moyen de survenue de la ménopause semble un peu plus précoce dans notre série. Cette différence pourrait être expliquée en partie par l'intervention de facteurs tels que la parité élevée et le faible niveau socio-économique (8, 10). D'autres facteurs ont été également évoqués, il s'agit de la précocité des ménarches, du tabagisme, du climat, de la race (8), nous ne les avons pas retrouvés dans notre série.

Quant à la ménopause précoce, sa fréquence paraît relativement élevée dans notre échantillon (5,6 %). Cette défaillance ovarienne naturelle est généralement liée à des pathologies



telles que les anomalies génétiques, les maladies auto-immunes, les infections virales ou les maladies métaboliques (11). Le caractère limité des moyens d'exploration disponibles ne nous a pas permis de trouver une explication objective par rapport à ce constat.

## Données cliniques

Dans notre série, comme dans la littérature en général, la ménopause troublée est la règle (1, 5, 12-14). Les bouffées de chaleur représentent alors le symptôme dominant, il est retrouvé chez 80 à 90 % des patientes selon les séries. Dans notre étude, comme dans celles d'autres auteurs, on retrouve une association significative entre la fréquence et l'intensité des bouffées de chaleur avec des facteurs tels que la prémenopause troublée, la ménopause avant 50 ans, la puberté précoce et une dernière grossesse avant 40 ans (3, 14, 15). Les autres manifestations fonctionnelles les plus fréquentes sont représentées par les troubles du sommeil, de l'humeur, les céphalées et les douleurs ostéoarticulaires. Ces dernières sont souvent invalidantes et généralement rattachées à tort au phénomène du vieillissement (16). À côté de cette symptomatologie fonctionnelle, la ménopause peut également favoriser l'apparition de pathologies diverses comme l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires et les troubles trophiques cutanéo-muqueux (3, 17, 18).

L'ostéoporose expose à des fractures pathologiques qui ont concerné 1,6 % de nos patientes, cette incidence est plus faible que celle observée dans les pays développés (3, 7, 19). Cette différence trouve son explication dans l'intervention de facteurs favorisants plus fréquemment retrouvés dans les pays développés comme l'espérance de vie plus longue, la consommation d'alcool et de tabac, la minceur et la sédentarité.

En ce qui concerne la pathologie cardiovasculaire, elle apparaît relativement fréquente chez nos femmes ménopausées, pratiquement une femme sur trois. Il nous est difficile, en l'état, de faire la part entre ce qui revient véritablement à la ménopause et ce qui est dû à l'influence de facteurs favorisants comme l'âge, l'obésité, les troubles métaboliques et les facteurs familiaux. En tout état de cause, cette situation doit être prise en compte dans les choix thérapeutiques. Elle constitue, en particulier, une contrainte dans l'utilisation du THS. Cela va peut-être nous amener à prescrire plus largement les phytoestrogènes dans le traitement des troubles vasomoteurs, car elles sont plus maniables que les hormones estroprogestatives.

Quant aux troubles trophiques, ils affectent essentiellement la sphère génito-urinaire qui a tendance à s'atrophier. La sécheresse vaginale entraîne alors une dyspareunie qui, lorsqu'elle est associée à la baisse de la libido, explique la baisse importante de l'activité sexuelle habituellement observée dans ce contexte (20, 21).

## Information et vécu

Le niveau d'information de nos femmes ménopausées s'est révélé extrêmement faible, car 59 % d'entre elles n'avaient aucune connaissance sur la ménopause. En outre, lorsque l'information existait, elle était parcellaire et approximative.

Ce manque d'information est lié à plusieurs paramètres : le manque de formation des prestataires de soins sur la ménopause, l'analphabétisme de la majorité des patientes, l'absence de campagne de sensibilisation de masse sur la ménopause à l'instar de ce qui se fait dans d'autres domaines de la santé de la reproduction comme par exemple la contraception.

Cette situation influence négativement le vécu particulier des femmes concernées. Certes, le contexte socio-culturel et économique influence le vécu de la ménopause (1, 3, 5, 21-24), mais l'analyse de nos résultats montre le contraste très net entre l'altération de la qualité de vie, exprimée par la quasi-totalité des patientes, et la faible demande de soins pour y remédier. Il s'agit tout simplement, à notre avis, d'une attitude de résignation favorisée par l'ignorance et par une offre de soins pour ménopause presque inexistante.

Or, tout au moins dans les grandes villes africaines, le mode de vie se rapproche de plus en plus de celui observé dans les pays développés, les femmes ont de plus en plus d'exigences par rapport à leur qualité de vie. Par conséquent, nous devons nous attendre à une demande croissante de soins pour ménopause dans les années à venir et mettre en place un programme permettant d'y répondre efficacement.

## Prise en charge

Les bénéfices liés à une prise en charge adéquate de la ménopause ne sont plus à démontrer. Mais pour être efficiente, cette prise en charge doit être individualisée. Elle doit être également globale, incluant notamment un volet psychosocial adapté aux réalités du terrain.

Globalement, cette prise en charge doit être articulée autour de trois points essentiels :

- dépister les pathologies induites par la ménopause ou associées à elle, surtout les pathologies gynécologiques, mammaires, cardiovasculaires et ostéoarticulaires ;
- traiter les symptômes invalidants ;
- limiter les effets négatifs de la privation estrogénique sur le fonctionnement de l'organisme.

La difficulté réside en pratique dans les choix thérapeutiques à opérer. Le THS reste le traitement de référence, mais les publications relatives aux études de la Women Health Initiative (WHI) [25-27] et de la Million Women Study (MWS) [28] ont jeté le doute et l'inquiétude dans l'esprit des patientes et des prescripteurs. Mais, par la suite, des réserves sérieuses ont été apportées par rapport aux critères de validité interne et externe liés à ces études. Les conclusions énoncées se sont finalement révélées plus alarmantes que la réalité.

Ces études ont eu le mérite de susciter une profonde réflexion sur la prescription du THS. Il en est ressorti que le THS conserve encore de beaux jours devant lui, mais il faut dorénavant sélectionner plus rigoureusement les indications et choisir le schéma thérapeutique le plus efficace possible et le moins agressif, afin d'optimiser le rapport bénéfice/risque (14, 29-31).

Ce déclin du THS et, dans une moindre mesure, la demande toujours importante de traitement des manifestations symptomatiques de la ménopause ont favorisé le développement d'alter-



natives thérapeutiques telles que les phytoestrogènes (32, 33). Comme dans notre étude, l'efficacité des phytoestrogènes dans le traitement des bouffées de chaleur a été démontrée par plusieurs travaux (33, 34-37). Leur maniement est plus facile que celui du THS et leur tolérance excellente à ce jour. Cette thérapeutique représente une alternative adaptée à notre contexte caractérisé entre autres par la fréquence des pathologies associées chez nos patientes (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) et les difficultés de suivi des patientes.

On attribue également aux phytoestrogènes d'autres avantages, dont l'évidence n'est pas encore formellement établie, comme la prévention de l'ostéoporose et l'amélioration du métabolisme lipidique. Mais il faut être prudent pour ne pas tomber dans ce que Tamborini appelle le phytocircus et la sojarnaque (38).

## CONCLUSION

La ménopause troublée est bel et bien une réalité en milieu africain. Ces troubles participent alors à l'altération de la qualité de vie des femmes concernées. L'attitude de résignation observée est liée en grande partie au manque d'information des femmes et à l'absence de prise en compte de la ménopause dans les politiques sanitaires appliquées.

Cette situation peut être améliorée grâce à la mise en place d'un plan d'action visant à promouvoir la prise en charge de la ménopause, ce plan peut parfaitement être intégré dans les programmes de santé reproductive en cours d'exécution sans nécessiter la mobilisation de ressources importantes.

Sur le plan thérapeutique, le THS reste le traitement de référence, mais les phytoestrogènes occupent une place de plus en plus importante dans la prise en charge des bouffées de chaleur. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vagogne A. Le vécu de la ménopause. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;80:4:191-4.
2. Taurelle R, Tamborini A. *La ménopause*. Paris : Masson, 1989:1-181.
3. Genazzani AR. Les problèmes de santé en médecine climatérique. *Reprod Hum Horm* 2004;17,3:189-204.
4. Ministère de la Santé et de la Prévention médicale. Centre de recherche pour le développement humain, Measure DHS. Enquête démographique et de santé (EDS IV), 2005:41p.
5. Adjahoto EO, Hodonou KS, Abidounou K, Akpadja K. Étude du vécu de la ménopause auprès de 342 femmes. *Dakar Med* 2000;45,2:177- 9.
6. Hadjidakis D, Kokkinakis E, Sfakianakis M, Raptis SA. The type and time of menopause as decisive factors for bone mass changes. *Eur J Clin Invest* 1999;29,10:877-55.
7. Blanc B, Boubli L. *La ménopause*. Paris : Gynécologie, Pradel, 2<sup>e</sup> édition, 1993:155-72.
8. Parazzini F. Determinants of age at menopause in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas* 2007;56,3:280-7.
9. Ling X, Heng Z, Quin-Sheng G. Épidémiologie de la ménopause en Chine. In : *La ménopause: prise en charge globale et traitement (Lorrain J.)*. Québec : Maloine, 1995:63-4.
10. Lawlor DA, Ebrahim S, Smith GD. The association of socioeconomic position across the life course and age at menopause: the British women's Heart and Health Study. *BJOG Oxford Print* 2003;110,12:1078-87.
11. Aubard Y, Teissier MP, Grandjean MH, Le Meur Y, Baudet JH. Les ménopausées précoces. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:231-7.
12. Aandre G. La qualité de vie à la ménopause : comment évaluer les apnées du sommeil et les ronflements ? *Reprod Hum Horm* 2004;17,5:393-7.
13. Moreau JC, Yatera S. La ménopause : revue de la littérature. *Journal SAGO*, 2003;4,2:32-40.
14. Rozenbaum H. Traitement hormonal substitutif et qualité de vie. *Reprod Hum Horm* 2004;17,3:205-11.
15. Quereux C, Fortier D. Bouffées de chaleur en péréménopause. *Reprod Hum Horm* 2003;16,4:217-22.
16. Dupuis M. Les douleurs musculo-squelettiques à la ménopause. In : *La ménopause : prise en charge globale et traitement (Lorrain J.)*. Québec : Maloine, 1995:193-200.
17. Moreau-Delgado F. Troubles cutanéo-muqueux de la ménopause. *Cah Biother Paris* 2003;180:33-6.
18. Collège de gynécologie médicale du Sud-Ouest. *La ménopause : aspects théoriques et pratiques. Gynécoscopie Paris* 1998;9:6-14.
19. Watts NB. Évaluation clinique de l'ostéopénie et de l'ostéoporose. In : *La ménopause : prise en charge globale et traitement (Lorrain J.)*. Québec : Maloine 1995:105-11.
20. Mouchamps E, Gaspard U. La problématique du désir sexuel chez la femme ménopausée : une évaluation succincte. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;28:232-8.
21. Lachowsky M. Qualité de vie : ancien concept, nouvelles exigences ? *Reprod Hum Horm* 2004;17,5:398-400.
22. Delanoe D. La ménopause comme phénomène culturel. *Grenoble : Champ Psychosom* 2002;24:57-67.
23. Lock M. Culture politique et vécu du vieillissement des femmes au Japon et en Amérique. *Sociologie et Société* 1996;XXVIII,2:119-40.
24. Vincent JF. La ménopause, chemin de liberté : selon les femmes Béti du Sud-Cameroun. *J Afr* 2003;73,2:121-36.
25. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post menopausal women. *JAMA* 2002;288:321-33.
26. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, WHIMS Investigators et al. Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in post menopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2651-62.
27. Women's Health Initiative memory study. A randomised controlled trial: effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in post menopausal women. *JAMA* 2002;289:2663-72.
28. Albertazzi P, Purdie D. The nature and utility of the phytoestrogens: a review of the evidence. *Maturitas* 2002;42(3):173-85.
29. Azoulay C. Ménopause en 2004: le traitement hormonal substitutif n'est plus ce qu'il était. *Rev Med Interne Paris* 2004;25,11:806-15.
30. Rochefort H, Sureau C. Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause : évolution récente du rapport bénéfices/risques. *Bull Acad Nat Med* 2003;187,9:1707-11.
31. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Mise au point actualisée sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;32,6:571-5.
32. Graesslin O, Martin-Morille C, Bory JP, Quereux C. Alternatives au traitement hormonal substitutif. *Encycl Med Chir Gynecol* 2002;38-A-30,8p.
33. Ringa V. Les alternatives au traitement hormonal substitutif de la ménopause : le point épidémiologique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33,3:195-209.
34. Albertazzi P, Pansini F, Bonacorsi G, Zanotti L, Forini E, De Aloysio D. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. *Obstet Gynecol* 1998;91(1):6-11.
35. Costemalle E, Tetau M. Phytothérapie et ménopause. *Cah Biother Paris* 2003;180:50-3.
36. Grisafulli A, Marini H, Bitto A et al. Effects of genistein on hot flushes in early postmenopausal women: a randomised, double-blind EPT- and placebo-controlled study. *Menopause* 2004;11(4):400-4.
37. Upmalis DH, Lobo R, Bradley L, Warren M, Cone FL, Lamia CA. Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Menopause* 2000;7(4):213-4.
38. Tamborini A. Phytoestrogènes : la vérité si je mens ! *Lettre Gynecol* 2005;301:3-4.