

# Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive

Marie P. Beudet, Wikke Walop et Christel Le Petit

## Résumé

### Objectifs

Cet article traite de la prévalence de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes de 45 à 64 ans à la lumière des caractéristiques qui peuvent être liées aux avantages et aux risques de ce traitement.

### Source des données

Les données sont tirées de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995.

### Techniques d'analyse

Un calcul des risques relatifs fournis par la régression logistique multiple a été effectué afin de déterminer les facteurs personnels et les facteurs associés à la santé, ainsi que les mesures sur l'utilisation des services de soins de santé et les facteurs du risque comportemental qui pourraient être associés à l'hormonothérapie substitutive.

### Résultats principaux

En 1994-1995, 22 % des femmes de 45 à 64 ans ont déclaré suivre un traitement hormono-substitutif. Comparativement aux femmes plus âgées, la probabilité que les femmes de 50 à 54 ans suivent ce traitement était élevée. La probabilité était également élevée chez celles qui ont déclaré avoir consulté un médecin au moins une fois au cours de l'année précédant leur interview et ont mentionné avoir subi une mammographie et un examen de pression artérielle. Les indicateurs comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'exercice régulier, la consultation d'un spécialiste de la médecine douce, le poids et l'état mental n'étaient pas liés de façon significative au traitement hormono-substitutif.

### Conclusion

Les femmes qui ont recours aux services de soins de santé sont relativement plus nombreuses à suivre un traitement hormono-substitutif. Cependant, les données de l'ENSP n'indiquent pas si les femmes qui sont en meilleure santé ou semblent avoir un mode de vie plus sain sont plus nombreuses à suivre ce traitement.

### Mots-clés

Ménopause, hormones de synthèse, œstrogène, progestérone.

### Auteurs

Marie P. Beudet (613) 951-7320 travaille à la Division des statistiques sur la santé et Christel Le Petit (613) 951-5305 à la Division des études sociales et économiques, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Wikke Walop (613) 954-5280 travaille au Bureau de la surveillance des médicaments, Direction des produits thérapeutiques, Santé Canada, Ottawa, K1A 0L2.

De nos jours, les femmes qui éprouvent des symptômes ménopausiques et celles qui approchent de la ménopause ne manquent pas de renseignements sur l'hormonothérapie substitutive. En 1996 seulement, la presse populaire canadienne a fait mention 152 fois de l'hormonothérapie substitutive<sup>1</sup>, soit une fois presque tous les deux jours. La documentation scientifique, telle que citée dans MEDLINE contenait 257 citations sur l'hormonothérapie substitutive au cours de cette même année.

Il n'est pas facile de décider s'il faut entreprendre une hormonothérapie substitutive, en partie parce que les résultats des études scientifiques sur les risques et les avantages de ce traitement sont limités et souvent contradictoires, surtout quand on considère ce traitement à longue échéance (voir *Preuves scientifiques*)<sup>2</sup>. La décision d'avoir recours ou non à l'hormonothérapie substitutive n'étant pas simple, les cliniciens ont établi des lignes directrices afin d'aider les femmes à faire ce choix<sup>3-6</sup>.

## Méthodologie

### Source des données

Les données sont issues de la première phase de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), étude longitudinale mesurant l'état de santé de la population canadienne, qui a été effectuée en 1994-1995 par Statistique Canada. La collecte des données pour la première phase a commencé en juin 1994 et s'est terminée à l'été 1995<sup>7,8</sup>.

La population cible est formée des ménages de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception des personnes vivant dans des réserves indiennes, sur les bases des Forces armées canadiennes ou dans certaines régions éloignées. Un total de 26 430 ménages ont été choisis pour cette enquête. Le taux de réponse définitif a été d'environ 89 % des ménages. Une composante institutionnelle additionnelle comprend les résidents de longue durée des hôpitaux et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les données de la composante institutionnelle et des territoires ne sont pas incluses dans cette analyse.

L'enquête-ménage a été menée en recueillant la plupart des données auprès d'un membre adulte du ménage connaissant l'état de santé de tous les membres du ménage. On collecte aussi des renseignements détaillés en matière de santé auprès d'un membre du ménage choisi au hasard. Le taux de réponse de ces personnes a été de 96 %. On peut trouver ailleurs des renseignements détaillés sur le contenu et le plan d'échantillonnage de l'ENSP<sup>7,8</sup>.

Au cours de l'interview qui a servi à l'ENSP, on a posé la question suivante aux répondantes de 30 ans et plus : «Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants - hormones pour la ménopause et le vieillissement?» On a demandé aux femmes qui ont mentionné en avoir pris un ou plusieurs au cours du dernier mois si elles avaient pris des médicaments pendant les deux derniers jours et quel type de médicaments elles avaient pris. Les femmes qui ont mentionné avoir pris de l'œstrogène associé ou non à de la progestérone au cours des deux derniers jours, de même que celles qui ont déclaré avoir pris des hormones pour combattre les symptômes de la ménopause et du vieillissement au cours du dernier mois ont été classées dans la catégorie des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive.

Pour les besoins de cette analyse, on a dichotomisé l'hormonothérapie substitutive selon que les femmes suivent le traitement ou ne le suivent pas. L'analyse repose sur les réponses à l'interview en profondeur réalisé auprès de femmes de 45 à 64 ans (2 355 personnes). Cependant, dans 39 cas, ce sont d'autres personnes qui ont fourni les renseignements parce que les femmes sélectionnées étaient incapables de répondre ou qu'on ne pouvait pas les joindre. Dans le cas de la majorité des interviews par procuration (33), on a classé les femmes comme ne suivant pas une hormonothérapie substitutive.

### Techniques d'analyse

Un certain nombre de caractéristiques personnelles, de mesures d'utilisation des services de soins de santé, d'indicateurs de l'état physique et mental et de variables de comportement influant sur la santé ont été l'objet d'un examen (voir *Définitions*). On a sélectionné ces variables en fonction des résultats

obtenus dans le cadre d'études antérieures. On s'est servi de la régression logistique multiple pour déterminer les caractéristiques associées à l'hormonothérapie substitutive. Le tableau 1 donne la liste des variables indépendantes qui font partie du modèle.

L'analyse multidimensionnelle se fonde sur 2 117 femmes de 45 à 64 ans qui ont donné des renseignements sur toutes les variables sélectionnées pour être incluses dans le modèle (238 femmes n'ont pas donné de renseignements sur une ou plusieurs variables). De ce groupe, 454 (21 %) suivent une hormonothérapie substitutive alors que 1 663 (79 %) n'en suivent pas. Elles ont représenté 2 996 431 femmes des 10 provinces ne vivant pas en établissement.

On a pondéré les réponses en utilisant les coefficients de pondération de l'enquête et en les normalisant de façon à obtenir la moyenne 1. La normalisation des coefficients de pondération ne tient pas compte du plan d'échantillonnage à grappes multiples complexe utilisé dans le cadre de l'ENSP et produit des erreurs-types peu élevées<sup>9-11</sup>. Pour résoudre ce problème, on a utilisé la méthode du *Jackknife* servant à estimer la variance afin de calculer les intervalles de précision pour les risques relatifs de la régression logistique<sup>12</sup>.

### Limites

Même si les données de l'ENSP sont des données autodéclarées, il ressort qu'on s'est souvenu avec une précision suffisante de l'information relative à l'hormonothérapie substitutive<sup>13</sup>. La distorsion des données gardées en mémoire devrait être négligeable parce qu'on a interviewé les femmes au sujet des médicaments qu'elles avaient pris au cours du dernier mois. Cependant, comme dans le cas de toutes les données autodéclarées, il est impossible de déterminer combien de femmes ont choisi de ne pas divulguer qu'elles avaient pris des hormones. L'ENSP ne fournit pas de données sur la ménopause artificielle et la durée d'utilisation de l'hormonothérapie, qui aurait raffiné le profil des femmes qui suivent ce traitement.

On n'a pas recueilli de détails sur le type de thérapie et la dose dans l'ENSP. Par conséquent, on ne dispose pas de renseignements sur la proportion de femmes qui prennent de l'œstrogène administré en association avec de la progestérone et celle de femmes qui prennent de l'œstrogène administré seul.

Il se peut que de nombreux facteurs, notamment les conditions chroniques, n'aient pas contribué au modèle en raison de l'absence d'efficacité statistique. C'est le cas du diabète, des maladies cardiaques, du cancer, des troubles dus à des accidents cérébrovasculaires et de l'incontinence urinaire.

Les indicateurs de l'ENSP n'ont pas été conçus pour résoudre de façon précise les questions liées aux différences entre les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif et celles qui n'en suivent pas. Ainsi, on pourrait attribuer au manque de sensibilité des indicateurs choisis le résultat selon lequel les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif ne sont pas en meilleure santé ou n'ont pas de mode de vie plus sain que celles qui ne suivent pas ce traitement.

Le débat actuel sur l'hormonothérapie substitutive est alimenté par les millions de femmes de la génération du baby-boom qui commenceront à éprouver les symptômes ménopausiques au cours de la prochaine décennie. Le débat présente aussi des dimensions philosophiques et morales, dont les réserves que certains émettent sur la médicalisation d'un phénomène naturel (ménopause) et sa transformation en une condition exigeant un traitement pendant des décennies. On a également mis en doute le rôle des sociétés pharmaceutiques, pour lesquelles l'adoption de l'hormonothérapie substitutive sur une grande échelle pourrait signifier des gains financiers considérables<sup>14</sup>. (En 1996,

2,86 millions d'ordonnances ont été rédigées, mais un peu moins de 2 millions ont été exécutées, ce qui est peut-être une indication de l'attitude ambivalente des femmes face à ce traitement<sup>15</sup>.) De plus, un facteur non médical s'ajoute à l'équation, lorsque la société s'attend à ce que les femmes conservent les caractéristiques de la jeunesse tout en vieillissant.

Les critiques nous préviennent qu'on peut relier certains des effets apparemment favorables de l'hormonothérapie substitutive aux caractéristiques des femmes qui suivent ce traitement et de celles qui acceptent de participer à de telles études<sup>2,16</sup>. La majorité de la recherche sur l'hormonothérapie

## Définitions

L'**état civil** est composé de trois catégories : mariée, a déjà été mariée et célibataire. Les femmes qui vivent en union de fait ou avec un partenaire ont été classées dans la catégorie «mariée». Le terme «a déjà été mariée» comprend les femmes divorcées, séparées ou veuves. «Célibataire» se rapporte aux femmes qui n'ont jamais été mariées.

Le **revenu du ménage** est une mesure dérivée du revenu qu'on ajuste de façon proportionnée à la taille du ménage.

Les femmes qui ont mentionné avoir fumé régulièrement ont été classées dans la catégorie **consomme du tabac tous les jours**.

Les femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ont été classées dans la catégorie *boit régulièrement ou occasionnellement*.

**Fait régulièrement de l'exercice** signifie s'engager 12 fois ou plus par mois dans une activité physique de récréation dont chaque séance dure plus de 15 minutes. On peut trouver la façon détaillée de calculer la dépense d'énergie quotidienne moyenne dans *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995*<sup>7</sup>.

Pour mesurer la prévalence des **conditions chroniques**, on a posé aux femmes la question suivante : «Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants?» On a ensuite énuméré un certain nombre de problèmes de santé de longue durée, et les femmes devaient mentionner toutes les conditions pertinentes. Les conditions retenues sont : l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos excluant l'arthrite, l'hypertension, les migraines, le diabète, la maladie cardiaque, le cancer, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire et l'incontinence urinaire. On n'a pas indiqué la sévérité de chaque condition.

Pour évaluer la **perception de l'état de santé**, on a posé aux femmes la question suivante : «En général, diriez-vous que votre santé est ... excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise?». Pour les besoins de cette

analyse, on a regroupé les réponses en trois catégories : mauvaise ou passable, bonne ou très bonne, et excellente.

L'indice de masse corporelle ( $\text{kg/m}^2$ ) a été calculé à partir de la taille et du poids autodéclarés. On a considéré que les femmes qui ont obtenu la cote 25 et plus avaient un **poids excessif**.

L'**état dépressif** a été évalué à l'aide de la méthodologie de Kessler et al.<sup>17</sup>, et d'un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview*. Ces questions couvrent un groupe de symptômes d'un épisode dépressif, qui sont énumérés dans *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>18</sup>. Les réponses à ces questions reçoivent une cote et sont transformées en un estimé de la probabilité de diagnostiquer un épisode dépressif majeur. Si cet estimé est de 0,9 ou plus, c'est-à-dire si le diagnostic est fiable à 90%, on considère alors que la femme a eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents.

Pour évaluer la **capacité à penser**, on a posé aux femmes la question suivante : «Comment décririez-vous votre capacité habituelle à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours?» Elles pouvaient choisir une des réponses suivantes : «capable de penser clairement et de régler des problèmes», «éprouve un peu de difficulté», «éprouve une certaine difficulté», «éprouve beaucoup de difficulté» ou «incapable de penser ou de régler des problèmes». Seules les femmes qui ont déclaré pouvoir penser clairement et résoudre des problèmes ont été classées comme ayant une bonne capacité à penser.

Pour évaluer la **mémoire**, on a posé aux femmes la question suivante : «Comment décririez-vous votre capacité habituelle à vous souvenir des choses?» Elles pouvaient choisir une réponse parmi les quatre suivantes : «capable de vous souvenir de la plupart des choses», «plutôt porté(e) à oublier des choses», «très porté(e) à oublier des choses» et «incapable de vous rappeler de quoi que ce soit». Celles qui ont déclaré pouvoir se rappeler de la plupart des choses ont été classées comme ayant une bonne mémoire.

## Preuves scientifiques

En plus de soulager les symptômes ménopausiques (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, insomnie, irritabilité, manque d'énergie et sentiments de dépression), l'hormonothérapie offre un certain nombre d'avantages pour la santé. Par exemple, on a montré qu'elle protège les femmes à la fois contre les maladies cardiaques et l'ostéoporose, dont la prévalence augmente de façon très marquée chez les femmes postménopausiques. Cependant les résultats des études sur l'hormonothérapie substitutive sont parfois contradictoires.

Certaines analyses documentaires ont établi que le risque d'insuffisance coronarienne diminue de 35 % à 50 % chez les femmes postménopausiques prenant de l'œstrogène<sup>19</sup>. Les recherches cliniques ont montré que l'œstrogène administré par voie orale, en association ou non avec de la progestérone, réduit les lipoprotéines de basse densité (LDL ou «mauvais cholestérol») et fait augmenter les niveaux de lipoprotéines de haute densité (HDL ou «bon cholestérol») <sup>20</sup>. Les femmes ayant de bas niveaux de HDL sont plus exposées aux maladies cardiaques. L'œstrogène peut également favoriser la détente des vaisseaux sous pression et la formation de nouveaux vaisseaux sanguins<sup>20,21</sup>.

L'ostéoporose diminue la densité des os et on l'associe à l'incidence élevée des fractures de la hanche chez les femmes âgées<sup>22-24</sup>. Les fractures ostéoporotiques sont un facteur important de mortalité : une femme sur cinq qui s'est fracturée une hanche décède au cours de l'année qui suit la fracture<sup>23</sup>. Les résultats d'une méta-analyse montrent de façon constante les bienfaits qu'apporte l'œstrogène en réduisant le risque de fracture de la hanche<sup>22</sup>. En fait, l'hormonothérapie substitutive est le traitement préféré pour traiter l'ostéoporose, les autres traitements étant considérés seulement en cas d'échec de l'hormonothérapie substitutive ou quand l'état de santé ou les préférences de la patiente dictent une autre approche.

Selon une étude américaine récente, l'hormonothérapie substitutive diminuerait le risque d'arthrose de la hanche chez les femmes de race blanche de 65 ans et plus, réduisant vraisemblablement le besoin de recourir à une chirurgie ou à la réadaptation<sup>25</sup>.

Il semble que l'hormonothérapie substitutive aide à préserver non seulement les os mais aussi l'élasticité de la peau en ralentissant la dégradation du collagène. La perte de collagène rend la peau plus mince, plus sèche, moins élastique et plus susceptible de rider<sup>22</sup>.

Enfin, l'hormonothérapie substitutive peut avoir des effets positifs sur le cerveau<sup>26</sup>. On l'a associée à la mémoire verbale chez les femmes âgées<sup>27</sup>. On a également fait état d'améliorations relatives à la mémoire, à l'attention, à la structure du sommeil et au comportement social des femmes atteintes de symptômes peu sévères ou de symptômes d'intensité moyenne de la maladie d'Alzheimer<sup>28,29</sup>.

Cependant, l'hormonothérapie substitutive a ses désavantages, dont le risque légèrement plus élevé de cancer du sein<sup>22,30</sup>. L'hormonothérapie substitutive peut également influencer les résultats des examens mammographiques, provoquant ainsi une anxiété plus grande chez les femmes qui obtiennent de faux résultats positifs. Une étude démontre que, comparativement aux femmes qui ne suivent pas de traitement hormono-substitutif, les femmes de plus de 50 ans qui suivaient ce traitement couraient davantage de risques d'obtenir de faux résultats positifs à des examens mammographiques<sup>31</sup>.

De plus, on ne connaît pas très bien les conséquences à long terme sur la santé de l'hormonothérapie substitutive<sup>2,22,30,32</sup>. Peu d'études ont porté sur les conséquences de la prise régulière ou prolongée d'œstrogène associé à de la progestérone. Cependant, on dispose de renseignements sur les conséquences à long terme de la prise d'œstrogène administré seul<sup>2,32</sup>. À longue échéance (11 ans ou plus), le traitement par les œstrogènes substitutifs a révélé un risque de mortalité accru de 70 % des suites d'un cancer de l'ovaire<sup>33</sup>. D'autres recherches ont montré que le risque de cancer du sein augmentait chez les patientes qui ont subi un traitement par les œstrogènes substitutifs pendant une période de cinq à neuf ans et doublait presque chez les femmes de 60 ans et plus<sup>34</sup>.

L'analyse documentaire a permis de dégager des données conséquentes et généralisées qui confirment que l'œstrogénothérapie ou la thérapie par les œstrogènes «administrés seuls» diminue le risque de maladie coronarienne ou de fracture de la hanche, mais augmente à long terme le risque de cancer de l'utérus. Certaines données non concluantes confirment qu'elle augmente le risque de cancer du sein<sup>22</sup>. L'œstrogène administré en association avec un progestatif réduit le risque de cancer de l'utérus mais la diminution du risque de maladie coronarienne obtenue grâce à l'œstrogène administré seul est probablement réduite à néant et il y a un risque accru de cancer du sein. Cependant, ces auteurs nous préviennent que leurs conclusions sont fondées sur des données extraites d'études d'observation et qu'on n'a pas suffisamment étudié les effets de la thérapie par les œstrogènes administrés en association avec des progestatifs.

D'autres chercheurs prévoient que l'espérance de vie peut augmenter d'une durée pouvant atteindre jusqu'à trois ans, selon le risque de maladie coronarienne, de fracture de la hanche, de cancer du sein ou de cancer de l'utérus auquel est exposée la femme<sup>35</sup>. Ils en concluent que les bienfaits de l'hormonothérapie substitutive relatifs aux maladies coronariennes sont impressionnants et que la majorité des femmes qui viennent juste de terminer leur ménopause pourraient en profiter. Les seules femmes susceptibles de ne pas en tirer profit sont celles qui n'ont aucun des facteurs de risque associés à la maladie coronarienne ou à la fracture de la hanche ou qui ont deux parentes au premier degré atteintes du cancer du sein. Ces chercheurs nous préviennent eux aussi que les données utilisées pour modéliser les gains en matière d'espérance de vie proviennent d'études d'observation.

En fait, la majorité des recherches sur les effets de l'hormonothérapie substitutive se fondent sur des études d'observation, c'est-à-dire qu'on étudie pendant un certain nombre d'années un groupe de femmes qui suivent une hormonothérapie substitutive pour établir si elles en retirent quelques avantages pour leur santé. Une telle approche, cependant, n'indique pas si l'hormonothérapie substitutive diminue le risque, par exemple, de maladie cardiaque, ou si le type de femme qui est le moins exposé aux maladies cardiaques est aussi le type qui a des chances de suivre un traitement hormono-substitutif.

Malgré toutes les recherches, il n'est pas facile de décider s'il faut entreprendre une hormonothérapie substitutive. À court terme, ce traitement ne semble pas augmenter les risques pour la santé et c'est pourquoi on recommande de l'offrir aux femmes postménopausiques<sup>36,37</sup>. Cependant, on continue de mettre sur le marché de nouveaux médicaments. Les modulateurs à récepteur d'œstrogène sélectifs qui réduisent les maladies coronariennes, renforcent les os et n'augmentent pas le risque de cancer du sein et de l'utérus peuvent simplifier considérablement ce choix<sup>38</sup>.

substitutive se fondent sur des études épidémiologiques ou des études d'observation (cohorte ou cas-témoin). Par conséquent, des biais comme l'autosélection peuvent influencer les résultats. Ainsi, des chercheurs ont constaté que les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif sont en meilleure santé et que la plupart n'ont pas d'antécédent d'hypertension<sup>39,40</sup>. L'hormonothérapie substitutive est peut-être donc plus répandue chez les femmes en santé et soucieuses de la conserver, qui adoptent ce traitement comme élément d'un programme plus vaste de prévention de la maladie. Ces femmes sont peut-être plus scolarisées et il est probable qu'elles ne fument pas et font régulièrement de l'exercice<sup>16,41</sup>.

Cet article est le premier rapport national sur l'hormonothérapie substitutive chez les Canadiennes. Pour étudier les facteurs associés à ce traitement (voir *Méthodologie*), on a fait appel aux données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). L'analyse est centrée sur les femmes de 45 à 64 ans, soit le groupe d'âge le plus susceptible d'évaluer le pour et le contre de l'hormonothérapie substitutive.

Les ordonnances sont variables. On prescrit à certaines femmes l'œstrogène seul ou de l'œstrogène «administré seul». On prescrit à d'autres de l'œstrogène en association avec un progestatif, que l'on appelle œstrogène «administré en association avec un progestatif». Pour simplifier, on utilise l'expression hormonothérapie substitutive dans cet article lorsqu'on parle des hormones que les femmes ont déclaré prendre pour combattre les symptômes ménopausiques, et ce, quelles que soient ces hormones.

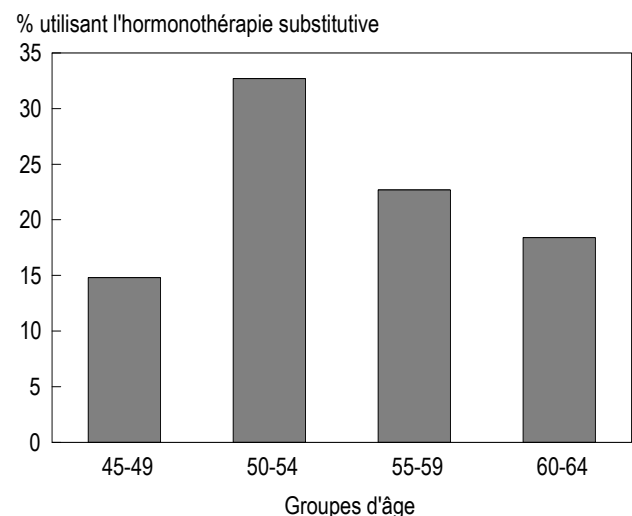
### **L'hormonothérapie substitutive atteint un sommet chez les femmes dans la cinquantaine**

Malgré les données scientifiques contradictoires, un grand nombre de Canadiennes ont décidé de recourir à l'hormonothérapie substitutive. Selon l'ENSP de 1994-1995, 22 % des femmes de 45 à 64 ans—soit 648 000 femmes environ— ont déclaré avoir pris un type ou un autre d'hormone pour combattre les symptômes de la ménopause ou du vieillissement,

le mois précédant leur interview. Les femmes qui font le plus souvent appel à l'hormonothérapie substitutive avaient de 50 à 54 ans (33 %), soit l'âge où les symptômes ménopausiques sont possiblement les plus nombreux et les plus intenses (graphique 1). Les femmes plus âgées ou plus jeunes étaient moins nombreuses à suivre le traitement.

Lorsqu'on a pris en considération d'autres facteurs pouvant influencer la décision de recourir à l'hormonothérapie substitutive, la probabilité que les femmes au début de la cinquantaine utilisent ce traitement était considérablement plus élevée que pour les femmes de 60 à 64 ans, une probabilité relative de 2,3 (tableau 1). Il se peut que les femmes âgées cessent le traitement quand elles sont moins indisposées par les symptômes ou parce qu'elles craignent le risque plus élevé d'avoir le cancer ou de subir d'autres effets secondaires, ou encore, il se peut qu'elles n'aient jamais suivi de traitement hormono-substitutif. Cependant, les données de l'ENSP ne permettent pas de déterminer si les femmes âgées sont moins nombreuses à suivre ce traitement parce qu'elles refusent ou cessent le traitement, ou parce que leur médecin ne le leur offre pas.

Graphique 1  
**Taux d'utilisation de l'hormonothérapie substitutive, selon le groupe d'âge, femmes de 45 à 64 ans, Canada, 1994-1995**



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Tableau 1  
Risques relatifs pour l'utilisation de l'hormonothérapie substitutive, femmes de 45 à 64 ans, Canada, 1994-1995

Variable indépendante	Risque relatif	Intervalle de précision 95 %	Variable indépendante	Risque relatif	Intervalle de précision 95 %	Variable indépendante	Risque relatif	Intervalle de précision 95 %
<b>Caractéristiques personnelles</b>			Test de Papanicolaou au cours de la dernière année			Hypertension		
Groupes d'âge			Non†	1,0	...	Non†	1,0	...
45-49	0,7	0,5, 1,2	Oui	1,0	0,7, 1,4	Oui	0,8	0,6, 1,2
50-54	2,3*	1,5, 3,6	Mammographie au cours des deux dernières années			Migraines		
55-59	1,4	0,9, 2,1	Non†	1,0	...	Non†	1,0	...
60-64†	1,0	...	Oui	1,6*	1,1, 2,2	Oui	1,5	1,0, 2,2
État civil			Examen de la pression artérielle au cours de la dernière année			Diabète		
Mariée	1,3	0,7, 2,3	Non†	1,0	...	Non†	1,0	...
A déjà été mariée	1,4	0,7, 2,7	Oui	2,5*	1,4, 4,3	Oui	0,8	0,3, 2,1
Célibataire†	1,0	...	<b>Comportements influant sur la santé</b>			Maladie cardiaque		
Niveau d'études			Fume tous les jours			Non†	1,0	...
Études secondaires non terminées†	1,0	...	Non†	0,9	0,6, 1,3	Oui	1,1	0,2, 5,2
Études secondaires terminées	1,0	0,6, 1,6	Oui	1,0	...	Incontinence urinaire		
Études postsecondaires non terminées	1,3	0,9, 1,9	Boit régulièrement ou occasionnellement			Non†	1,0	...
Études postsecondaires terminées	1,0	0,7, 1,5	Non	0,8	0,5, 1,2	Oui	1,2	0,5, 3,2
Revenu du ménage			Fait régulièrement de l'exercice			<b>État de santé mentale</b>		
Bas†	1,0	...	Non†	1,0	...	État dépressif		
Moyen	0,8	0,4, 1,4	Oui	0,9	0,7, 1,3	Non†	1,0	...
Élevé	1,0	0,5, 1,8	Poids excessif			Oui	1,0	0,6, 1,9
Origine canadienne			Oui†	1,0	...	Capacité de penser habituellement bonne		
Non†	1,0	...	Non	1,3	0,9, 1,7	Non†	1,0	...
Oui	1,0	0,7, 1,5	<b>État de santé physique</b>			Oui	0,9	0,6, 1,5
Race			Perception de l'état de santé			Capacité à se souvenir des choses habituellement bonne		
Blanche	2,9*	1,1, 7,9	Mauvaise ou passable	1,4	0,5, 3,7	Non†	1,0	...
Autre race†	1,0	...	Bonne ou très bonne	1,5	0,5, 4,1	Oui	1,1	0,7, 1,5
A travaillé pendant la dernière année			Excellente†	1,0	...	A pris des antidépresseurs au cours des deux derniers jours		
Non†	1,0	...	Fracture au cours de la dernière année			Non†	1,0	...
Oui	0,8	0,6, 1,2	Non	0,9	0,3, 3,0	Oui	2,2*	1,2, 4,1
<b>Utilisation des services de soins de santé</b>			Oui†	1,0	...	Arthrite ou rhumatisme		
A parlé avec un médecin au cours de la dernière année			Arthrite ou rhumatisme			Non†	1,0	...
Non†	1,0	...	Non†	1,0	...	Oui	1,2	0,9, 1,7
Oui	2,1*	1,1, 4,1	Maux de dos excluant l'arthrite			Non†	1,0	...
A parlé avec un praticien de médecine douce			Maux de dos excluant l'arthrite			Oui	1,5*	1,1, 2,2
Non†	1,0	...						
Oui	1,7	1,0, 2,7						

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Les probabilités relatives sont fondées sur une régression logistique multivariée. Pour estimer la variance, les intervalles de précision ont été calculés à l'aide de la méthode du Jackknife. L'analyse ne tient pas compte des réponses fournies par 238 femmes de 45 à 64 ans (10 %) qui ne disposaient pas de renseignements relatifs à une ou plusieurs des variables faisant partie de l'analyse.

† Catégorie de référence dont le risque relatif est de 1,0.

... N'ayant pas lieu de figurer.

\*  $p \leq 0,05$



ou ayant déjà été mariées suivent un traitement hormono-substitutif n'était pas plus élevée que chez les célibataires.

L'hormonothérapie semble aussi plus répandue chez les femmes qui ont fait des études postsecondaires (26 %) et chez celles qui viennent de ménages à revenu élevé (24 %). Là encore, ces différences se sont avérées non significatives.

Au contraire, il y avait un lien significatif entre la race et l'hormonothérapie. La probabilité que les femmes de race blanche suivent une hormonothérapie substitutive (probabilité relative de 2,9) était environ trois fois plus élevée que pour les femmes d'autres races.

### **Utilisation des services de santé**

En général, les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif avaient déjà eu recours à d'autres services de santé. Elles avaient vraisemblablement consulté un médecin au cours de l'année précédente et avaient déclaré avoir passé des examens médicaux comme une mammographie et une vérification de la pression artérielle.

Les médecins ne rédigent habituellement pas d'ordonnances pour une hormonothérapie supérieure à un an. On recommande aussi un examen médical annuel pour assurer un suivi auprès des femmes qui suivent ce traitement, même si elles sont en bonne santé. Ainsi, la probabilité que les femmes suivent une hormonothérapie substitutive a été deux fois plus élevée (probabilité relative de 2,1) chez celles ayant consulté un médecin l'année précédente que chez celles n'en ayant pas consulté.

La probabilité que les femmes ayant subi un examen mammographique au cours des deux dernières années suivent un traitement hormono-substitutif était considérablement plus élevée (probabilité relative de 1,6) que pour les femmes qui n'en ont pas subi. Comme l'hormonothérapie substitutive peut augmenter le risque de cancer du sein, les médecins qui prescrivent ce traitement recommandent souvent un examen mammographique à leurs patientes. De plus, comme les médias populaires font souvent mention du risque de cancer du sein, les femmes qui suivent une hormonothérapie peuvent soit exiger que le

médecin prennent des dispositions pour qu'elles subissent un examen mammographique soit passer cet examen par l'entremise du système de dépistage du cancer du sein de leur province<sup>42,43</sup>.

On a constaté également que l'hormonothérapie substitutive est fréquente chez les femmes qui avaient fait vérifier leur pression artérielle au cours de l'année précédente. La probabilité que ces femmes suivent une hormonothérapie s'est révélée plus de deux fois plus élevée que pour les femmes qui n'avaient pas fait vérifier leur pression artérielle (probabilité relative de 2,5). Ce qui est peu suprenant, la vérification de la pression artérielle faisant presque toujours partie d'un examen médical annuel.

Au contraire, il n'y a pas de lien entre l'hormonothérapie substitutive et le test de Papanicolaou. La probabilité qu'une femme suive un traitement hormono-substitutif ne change pas de façon significative, que celle-ci ait subi ou non le test de Papanicolaou l'année précédente. Cependant, on recommande que les femmes subissent ce test de dépistage tous les trois ans jusqu'à 69 ans (après des résultats normaux à deux tests)<sup>44</sup>. La probabilité que les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif aient subi récemment un test de Papanicolaou plutôt qu'un autre test médical est donc plus faible.

Malgré l'attention que consacrent de nos jours les médias aux remèdes naturels pour traiter les symptômes ménopausiques, les femmes qui avaient consulté un praticien spécialisé en médecine douce au cours de la dernière année n'ont ni plus ni moins de chances de suivre une hormonothérapie substitutive que les femmes qui n'en avaient pas consulté.

### **Aucune différence significative pour la santé**

Les données de l'ENSP n'indiquent pas si la probabilité de suivre une hormonothérapie substitutive est plus élevée chez les femmes en meilleure santé ou ayant un mode de vie plus sain.

La probabilité de suivre un traitement hormono-substitutif n'est pas plus élevée pour les femmes de 45 à 64 ans qui ne perçoivent pas leur santé comme étant excellente que pour celles qui la perçoivent



ainsi. De même, il n'y a pas de lien significatif entre la présence d'un certain nombre de conditions chroniques et l'hormonothérapie substitutive. La probabilité de suivre un traitement hormono-substitutif est tout aussi forte pour les femmes atteintes d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension, de migraines, de diabète, de maladie cardiaque, de cancer, de troubles dus à un accident cérébrovasculaire et d'incontinence urinaire que pour les femmes non atteintes de ces conditions. Cependant, dans beaucoup de cas, le nombre de femmes qui suivent ce traitement tout en se déclarant atteintes d'une condition chronique est si peu élevé qu'il est possible qu'on n'ait pas détecté les différences en raison d'un manque d'efficacité statistique.

Les maux de dos de nature non arthritique (probabilité relative de 1,5) sont la seule condition chronique associée significativement avec l'hormonothérapie substitutive. Cette condition pourrait être liée à la perte de densité des os chez les femmes atteintes d'ostéoporose pour lesquelles la prise d'hormones peut être bénéfique.

De même que leur santé physique, l'état mental et affectif des femmes est sans rapport avec le recours à ce traitement. Il n'y a pas de lien significatif entre le fait de suivre ce traitement et la capacité à penser, la mémoire et la dépression. Cependant, un pourcentage élevé de femmes qui ont déclaré avoir pris des antidépresseurs au cours des deux jours précédant l'enquête (46 %) suivaient aussi ce traitement. La probabilité que les femmes prenant des antidépresseurs suivent une hormonothérapie substitutive est plus de deux fois plus élevée que chez les femmes ne prenant pas d'antidépresseurs (probabilité relative de 2,2). Dans une certaine mesure, l'absence de lien significatif entre le fait d'avoir eu une dépression et l'hormonothérapie substitutive reflète peut-être cette association entre l'utilisation d'antidépresseurs et le fait de suivre ce traitement.

### **Le mode de vie n'est pas un facteur significatif**

Les différences constatées chez les femmes qui prennent des hormones ne sont pas associées à des variables qui mesurent des comportements influant sur la santé comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'exercice. Les femmes qui fument sont plus exposées à l'ostéoporose, aux maladies cardiaques et aux accidents cérébrovasculaires. On leur prescrit une hormonothérapie pour en réduire le risque. Cependant, le pourcentage des femmes qui fument tous les jours et qui ont déclaré suivre ce traitement est presque identique à celui des fumeuses occasionnelles et des non-fumeuses : 23 % et 22 %. Quant aux femmes consommant régulièrement et occasionnellement de l'alcool, 23 % d'entre elles ont déclaré suivre un traitement d'hormonothérapie. Ce pourcentage baisse à 18 % chez les femmes ne consommant pas d'alcool mais les différences entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatives pour ce qui est de la probabilité qu'elles suivent une hormonothérapie substitutive. Le pourcentage des femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif parmi celles qui ont déclaré faire régulièrement de l'exercice et celles qui ont déclaré ne pas en faire sont presque identiques. De plus, il n'y a pas de lien entre l'excès de poids et l'hormonothérapie substitutive.

### **Mot de la fin**

En plus de soulager de nombreux symptômes ménopausiques, l'hormonothérapie substitutive diminue le risque de problèmes cardiaques et d'ostéoporose, et aide les femmes qui vieillissent à conserver leur «air de jeunesse».

Selon certaines études, on peut attribuer les résultats en apparence bénéfiques de l'hormonothérapie substitutive au fait que les femmes qui prennent ces médicaments sont en meilleure santé. Les résultats de l'ENSP n'appuient toutefois pas cette prémisse. Il ressort que les femmes qui suivent un traitement hormono-substitutif ne semblent pas plus en santé que celles qui n'en prennent pas. Selon les résultats d'une analyse multidimensionnelle, les femmes atteintes

de diverses conditions chroniques ne sont pas plus nombreuses à suivre une hormonothérapie substitutive que les femmes qui n'en sont pas atteintes. Il n'y a pas non plus de lien significatif entre l'hormonothérapie substitutive et l'auto-évaluation de l'état de santé. De même, il y a peu de rapport entre le mode de vie et le fait de suivre un traitement hormono-substitutif : il n'y a pas de lien significatif entre le tabagisme, la consommation d'alcool et l'exercice régulier et l'hormonothérapie substitutive.

Cependant, selon une étude plus récente les femmes qui suivent une hormonothérapie portaient attention à leur santé, résultat qui a d'ailleurs été corroboré par l'ENSP. En 1994-1995, les femmes qui suivaient une hormonothérapie substitutive se préoccupaient suffisamment de leur santé pour avoir consulté récemment un médecin, subi un examen mammographique et fait vérifier leur pression artérielle. Cependant, il se peut aussi que, parce qu'elles acceptent ou choisissent l'hormonothérapie substitutive, certaines femmes prennent nécessairement un plus grand soin d'elles-mêmes, c'est-à-dire qu'elles consultent leur médecin, font vérifier leur pression artérielle et subissent peut-être même une mammographie afin que leur ordonnance soit renouvelée pour une autre année.

### Remerciements

Les auteurs remercient Hélène St-Jean d'IMS Canada (Intercontinental Medical Statistics) qui leur a fourni les données sur les ordonnances d'hormonothérapie, de même que tous les autres employés d'IMS Canada qui ont collaboré au projet. Nous sommes également redevables à Gary Catlin et Jean-Marie Berthelot pour leur soutien et la perspicacité de leur commentaires.

### Références

1. Index des Canadian Business and Current Affairs, *Micromedia Ltd, File 262*, 1997, Mots-clés : hormone replacement therapy ou HRT, 1996.
2. H.O. Adami et I. Persson, «Hormone replacement and breast cancer a remaining controversy?», *Journal of the American Medical Association*, 274(2), 1995 p. 178-179.
3. A. O'Connor, P. Tugwell, T. Elmslie et al., *Making choices: Hormones after menopause*, Loeb Medical Research Institute, Hôpital Civic d'Ottawa, 1996.
4. C.M. Derzko, «Indications for HRT in older women», *The Canadian Journal of Diagnosis*, octobre 1995, p. 40-59.
5. C.M. Derzko, «Hormone replacement therapy: Helping women make an informed choice, (2<sup>e</sup> partie), The woman with breast or gynaecological malignancies», *Journal of the Society of Obstetrics and Gynecology*, supplément 3, 19, 1996, p. 11-20.
6. C.M. Derzko, «Hormone replacement therapy: Helping women make an informed choice, (1<sup>ère</sup> partie), *Journal of the Society of Obstetrics and Gynecology*, supplément 3, 19, 1996, p. 1-10.
7. W. Millar, M.P. Beudet, J. Chen, E. Ng et al., *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, (Statistique Canada, n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1995.
8. J-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. D. Pfeffermann, «The role of sampling weights when modeling survey data», *International Statistical Review*, 61(2), 1993, p. 317-337.
10. E. Korn et B. Graubard, «Analysis of large health surveys: Accounting for the sampling design», *Journal of the Royal Statistical Society*, 158(2<sup>e</sup> partie), 1995, p. 263-295.
11. P.J. McCarthy, *Replication: An approach to the analysis of data from complex surveys*, U.S. Department of Health, Education, and Welfare (Vital and Health Statistics, Series 2, No. 14), U.S. Government Printing Office, Washington 1966.
12. K.M. Wolter, *Introduction to Variance Estimation*, New York, Springer-Verlag, 1985.
13. M.T. Goodman, A.M.Y. Nomura, L.R. Wilkens et al., «Agreement between interview information and physician records on history of menopausal estrogen use», *American Journal of Epidemiology*, 131(5), 1990, p. 815-825.
14. S. Love, *Dr. Susan Love's Hormone Book*, 1997.
15. IMS Canada, *Canadian Disease and Therapeutic Index and Canadian CompuScript*, 1994.
16. E. Barrett-Connor, «Postmenopausal estrogen and prevention bias», *Annals of Internal Medicine*, 115(6), 1991, p. 455-456.
17. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.

18. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>e</sup> révision, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
19. M.J. Stampfer, G.A. Colditz et W.C. Willett, «Menopause and heart disease: A review», *Annual New York Academy of Sciences*, 592, 1990, p. 193-203.
20. T. Gura, «Estrogen: Key player in heart disease among women», *Science*, 269, 1995, p. 771-773.
21. The Writing Group for the PEPI trial, «Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) trial», *Journal of the American Medical Association*, 273(3), 1995, p. 199-208.
22. D. Grady, S.M. Rubin, D.B. Petitti et al., «Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women», *Annals of Internal Medicine*, 117(12), 1992, p. 1016-1037.
23. S.R. Cummings, J.L. Kelsey, M.C. Nevitt et al., «Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures», *Epidemiological Review*, 7, 1995, p. 178-208.
24. D.P. Kiel, D.T. Felson, J.J. Anderson et al., «Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women, The Framingham study», *New England Journal of Medicine*, 317(19), 1987, p. 1169-1174.
25. M.C. Nevitt, S.T. Cummings, N.E. Lane et al., «Association of estrogen replacement therapy with the risk of osteoarthritis of the hip in elderly white women», *Archives of Internal Medicine*, 156, 1996, p. 2073-2080.
26. D. Kimura, «Sex differences in the brain», *Scientific American*, septembre 1992, p. 119-125.
27. B.B. Sherwin, «Estrogen, the brain and memory», *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, 1(2), 1996, p. 97-105.
28. V.W. Henderson, «Alzheimer's disease in women: Is there a role for estrogen replacement therapy?», *Menopause Management*, décembre 1995, p. 10-13.
29. V.W. Henderson, A. Paganini-Hill et C.K. Emanuel, «Estrogen replacement in older women: Comparison between Alzheimer's disease cases and nondemented control subjects», *Archives of Neurology*, 51, 1994, p. 896-900.
30. J.L. Stanford et D.B. Thomas, «Exogenous progestins and breast cancer», *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 1995, p. 98-107.
31. M.R. Laya, E.B. Larson, S.H. Taplin et al., «Effect of estrogen replacement therapy on the specificity and sensitivity of screening mammography», *Journal of the National Cancer Institute*, 88(10), 1996, p. 644-649.
32. J.L. Stanford, N.S. Weiss, L.F. Voigt et al., «Combined estrogen and progestin hormone replacement therapy in relation to risk of breast cancer in middle-aged women», *Journal of the American Medical Association*, 274(2), 1995, p. 137-142.
33. C. Rodriguez, E.E. Calle, R.J. Coates et al., «Estrogen replacement therapy and fatal ovarian cancer», *American Journal of Epidemiology*, 141(9), 1995, p. 828-835.
34. G.A. Colditz, S.E. Hankinson, D.J. Hunter et al., «The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women», *New England Journal of Medicine*, 332(24), 1995, p. 1589-1639.
35. N.F. Col, M.H. Eckman, R.H. Karas et al., «Patient-specific decisions about hormone replacement therapy in postmenopausal women», *Journal of the American Medical Association*, 277 (14), 1997, p. 1140-1147.
36. Hormonal Regimens, dans «Canadian Menopause Consensus Conference», *Journal of the Society of Obstetrics and Gynecology*, 16(5), 1994, p. 1673-1686.
37. Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction, *La ménopause, rapport du Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction*, présenté à la Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, Ottawa, 1995.
38. E. Jolly, *Canada A.M.*, Réseau CTV, 12 juin 1997.
39. J.A. Cauley, S.R. Cummings, D.M. Black et al., «Prevalence and determinants of estrogen replacement therapy in elderly women. Part 1», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163 (5), 1990, p. 1438-1444.
40. E. Barrett-Conner, D.L. Wingard et M.H. Criqui, «Postmenopausal estrogen use and heart disease risk factors in the 1980s», *Journal of the American Medical Association*, 261(14), 1989, p. 2095-2100.
41. J.T. Bromberger, K.A. Matthews, L.H. Kuller et al., «Prospective study of the determinants of age at menopause», *American Journal of Epidemiology*, 145(2), 1997, p. 124-133.
42. L. Gaudette, C. Altmayer, K. Nobrega et al., «Tendances relatives à la mammographie, de 1981 à 1994», *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 19-31, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue)
43. J.F. Gentleman et J. Lee, «Qui ne se fait pas mammographier?», *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 19-33, (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
44. Groupe d'étude canadien sur l'examen périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, n° H21-117/1994F au catalogue, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1994.