



HAL
open science

Étude qualitative de la prise en charge de la femme ménopausée à l'officine en Normandie

Fanny Châtelier

► **To cite this version:**

Fanny Châtelier. Étude qualitative de la prise en charge de la femme ménopausée à l'officine en Normandie. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03046426

HAL Id: dumas-03046426

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03046426>

Submitted on 8 Dec 2020

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

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



THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Étude qualitative de la prise en charge de la femme ménopausée à l'officine en Normandie

Présentée par
Fanny CHÂTELIER

Soutenue publiquement le 11 Septembre 2020
devant le jury composé de

Mme Anne-Sophie VOISIN-CHIRET	PU en chimie médicinale	Président du jury
Mme Charline KIEFFER	MCU en chimie médicinale	Directeur de thèse
M. Loïc MOUCHEL	Pharmacien d'officine titulaire à Bénouville (14)	Examineur

Thèse dirigée par Charline KIEFFER

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques

Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe

Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale

GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique
KIEFFER Charline	Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – HDR	Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine	Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR	Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR	Toxicologie
LEGER Marianne	Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR	Modélisation moléculaire
N'DIAYE Monique	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni	Physiologie, Pharmacologie
PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima	Chimie organique et thérapeutique
POTTIER Ivannah	Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme	Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SINCE Marc	Chimie analytique
VILLEDIEU Marie – HDR	Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie	Anglais
----------------------------	---------

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie clinique
SEDILLO Patrick	Pharmacie officinale
RICHARD Estelle	Pharmacie officinale

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

JOURDAN Jean-Pierre

Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Remerciements

Cette thèse est le fruit de nombreuses heures de travail, et clôture ainsi plusieurs années d'études. Pour cela, je souhaitais donc tout d'abord remercier les différentes personnes qui m'ont permis de réaliser cette thèse.

En premier lieu, je tiens à remercier Mme VOISIN-CHIRET pour avoir accepté de présider mon jury, et pour m'avoir orientée vers un sujet nécessitant une implication personnelle. Je remercie également Mme KIEFFER, pour m'avoir encadrée tout au long de mon travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à mon sujet. Merci également pour vos encouragements, vos mots me sont allés droit au cœur. Je remercie également M. MOUCHEL Loïc pour avoir accepté de faire partie de mon jury, et également pour m'avoir formée dès mon arrivée dans ce cursus. Je n'oublierai jamais tout ce que Caroline et toi m'avez appris pendant ces années d'étude.

Ensuite, je tiens à remercier M. LEBAILLY pour m'avoir donnée les clés pour réaliser cette étude. Je remercie également les différents Pharmaciens ainsi que les femmes ménopausées qui ont contribué à mon étude. Merci à la Pharmacie VOISINE pour m'avoir accompagnée pendant mon stage de 6^{ème} année, et pour vos recommandations auprès de vos confrères qui m'ont permises de trouver si aisément du travail à la sortie de mes études. Je remercie également la Pharmacie Caen Sud et la Pharmacie DERVIN pour me faire confiance au quotidien.

Enfin, je tiens à remercier mes proches :

A mes parents, Annie et Patrick, qui ont toujours tout fait pour moi. Merci d'avoir fait en sorte que mes études se passent pour le mieux. Merci pour vos encouragements, votre soutien et vos sacrifices.

A mes grands-parents, qui m'ont aimée, qui m'aiment, et qui m'aimeront toujours. Merci pour vos attentions, vos regards bienveillants et l'intérêt que vous m'avez toujours porté.

A mon frère Benoît et à ma sœur Hélène, qui m'ont tirée vers le haut depuis toute petite, et qui ont toujours été un exemple pour moi. Merci également à Silvia et Manu pour leur soutien.

A Théo, Lucas, Hanaé et Julia, mes meilleurs supporters.

A Raphaël, mon conjoint, merci de m'avoir supportée lorsque j'étais stressée en période d'examens. Merci de m'avoir secourue quand j'ai pu douter de moi.

A mon binôme pour ces années d'études, et les années à venir, merci pour ton aide à la mise en page.

A mon amie Anaïs pour son aide en anglais.

A Céline et Kiki, mes amies en médecine qui m'ont fourni les livres et informations nécessaires à la réalisation de ma thèse.

A tous mes amis, des plus anciens aux plus récents, pour tous ces moments de joie, de folie, et de partage.

A Romance, ma jument, pour ces remises en question permanentes qui me servent au quotidien, pour ces moments sportifs et ces moments de complicité. A Pelote, mon chien, pour tous ces moments de tendresse et de folie, qui ont su m'apaiser.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Liste des figures et des tableaux.....	2
Introduction	3
I. La ménopause	4
A. Définitions.....	4
1. Ménopause.....	4
2. Péri ménopause	4
3. Ménopause précoce	4
B. Epidémiologie	5
C. Le cycle de reproduction de la femme	5
1. Régulation hormonale	5
2. Fonction endocrine de l'ovaire.....	6
3. Synthèse du cycle de reproduction de la femme	7
D. Physiologie de la ménopause	9
1. Capital folliculaire	9
2. Hormonologie de la ménopause.....	10
E. Signes cliniques de la ménopause	11
1. Syndrome climatérique.....	11
2. Symptômes à long terme.....	16
F. Diagnostic.....	18
G. Prise en charge thérapeutique.....	19
1. Traitement hormonal de la ménopause	19
2. Les traitements alternatifs	28
3. Contraception chez la femme pré ménopausée	38
II. Etude qualitative	40
A. Présentation de l'étude mise en place	40

1.	Objectif	40
2.	Méthodes.....	40
B.	Résultats de l'étude et discussion.....	41
1.	La manifestation des symptômes et le vécu des femmes ménopausée 41	
2.	Retour sur la prise en charge et l'efficacité des traitements	45
3.	Le diagnostic de la ménopause et la réponse des pharmaciens	50
4.	Confrontation des points de vue et réflexions.....	56
III.	Conclusion	60
IV.	Bibliographie	62
V.	Annexes.....	67
A.	Questionnaire Pharmacien – Guide d'entretien	67
B.	Questionnaire Patient - Guide d'entretien.....	68
C.	Serment de Galien.....	72

Liste des abréviations

ATCD : Antécédents

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

EPPH : Effet de premier passage hépatique

FSH : Hormone folliculo-stimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

HE : Huile essentielle

HTA : Hypertension artérielle

HTP : Hydroxytryptophane

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

MHD : Mesures Hygiéno-Diététiques

NO : Monoxyde d'azote

OTC : Over The Counter

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

5-HTP : 5-hydroxytryptophane

Liste des figures et des tableaux

Tableau 1	Tableau récapitulatif des symptômes chez la femme ménopausée	18
Tableau 2	Contre-indications absolues et relatives au traitement hormonal de la ménopause.....	23
Tableau 3	Spécialités à base d'Œstrogènes utilisées dans le traitement des symptômes induits par la ménopause	24
Tableau 4	Appréciation du dosage d'œstrogènes	25
Tableau 5	Progestatifs utilisés dans le traitement des symptômes induits par la ménopause.....	26
Tableau 6	Schémas de traitement.....	27
Tableau 7	Bénéfices du THM	28
Tableau 8	Gels utilisés dans la sécheresse vaginale	34
Tableau 9	Traitements de l'ostéoporose.....	37
Tableau 10	Méthodes contraceptives recommandées ou non chez la femme ménopausée (63)	39
Figure 1	Régulation hormonale du cycle de reproduction chez la femme (10).....	6
Figure 2	Variations de la température corporelle, des taux d'hormones (FSH, LH, œstrogènes, progestérone), évolution de cycle ovarien et du cycle utérin durant le cycle menstruel (9)	8
Figure 3	Variation du pool folliculaire au cours de la vie de la femme (17).....	9
Figure 4	Structure de l'œstradiol (33)	20
Figure 5	Arbre décisionnel pour la prise en charge des troubles liés à la ménopause (34)	21
Figure 6	Tibolone et ses métabolites (42)	27

Introduction

La ménopause n'est pas une maladie, mais ses symptômes altèrent la qualité de vie. Les changements hormonaux et l'avancée en âge peuvent entraîner des pathologies graves (notamment des fractures ostéoporotiques et des maladies cardiovasculaires). Il y a 80% des femmes qui présentent au moins un autre symptôme que l'arrêt des règles : 20 à 25% se plaignent de troubles affectant leur qualité de vie à un moment ou à un autre de leur ménopause. Pour soulager ces symptômes, des traitements existent, mais moins de 20% des femmes ménopausées seulement prennent un traitement hormonal (1,2).

La prise en charge de la ménopause a évolué il y a une quinzaine d'année, à la suite de la parution de résultats qui ont remis en question l'innocuité des traitements hormonaux substitutifs. Nous avons observé, en France et dans d'autres pays, une forte diminution de l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs.(3) C'est une question qui reste ouverte car ces traitements restent recommandés dans certaines situations. Il est important de savoir ce que font les femmes ménopausées qui ont des troubles et qui ne prennent pas de traitement substitutif. Qu'en est-t-il du recours à d'autres types de traitements, comme les phyto-œstrogènes, le soja, ou d'autres traitements dits alternatifs (4)?

Le Pharmacien d'officine est un professionnel de santé à l'écoute, pouvant répondre aux attentes de ces femmes ménopausées. Il existe de nos jours de nombreux médicaments OTC (Over The Counter), pouvant donc être délivrés sans nécessité de prescription médicale préalable, dans le but de soulager les symptômes de ces femmes.

Dans le cadre de ma thèse, j'ai réalisé une étude auprès de femmes ménopausées dans le Calvados afin de mieux appréhender l'impact de leurs symptômes sur leur quotidien. J'ai souhaité me rapprocher de ces femmes pour pouvoir répondre au mieux à leurs attentes au comptoir. Pour cela, j'ai également mené des entretiens auprès de Pharmaciens d'officines, afin d'apprécier leurs connaissances, leur aisance auprès de ces femmes, leur intérêt pour cette période de la vie de la femme, et leurs conseils.

Dans ce manuscrit, je m'attacherai, dans une première partie, à la physiologie de la femme ménopausée ainsi que sa prise en charge. Puis, dans une seconde partie, je vous présenterai l'étude mise en place ainsi que les résultats recueillis.

I. La ménopause

A. Définitions

1. *Ménopause*

Nous désignons par ménopause la période de la vie d'une femme marquée par l'arrêt de l'ovulation et la disparition des règles.

La ménopause est donc par définition le moment où les règles s'arrêtent définitivement, car il y a un arrêt du fonctionnement ovarien. Elle survient entre 45 et 55 ans, avec une moyenne autour des 50 ans.

Cependant, il n'est pas toujours aisé de déterminer cet instant puisqu'une ou plusieurs menstruations sporadiques peuvent encore survenir après une période d'aménorrhée de quelques mois (5). La ménopause est alors confirmée après 12 mois sans saignements (1).

2. *Péri ménopause*

La péri ménopause, également appelée préménopause, est caractérisée par une irrégularité des cycles, d'abord raccourcis puis allongés, une dysovulation puis une anovulation, qui s'installe environ 5 ans avant l'interruption définitive des règles (6). C'est donc une période de transition. Pendant 2 à 4 ans, les règles peuvent devenir irrégulières, le syndrome prémenstruel (seins douloureux, irritabilité) s'accroît et, sans que ce soit systématique, des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes peuvent survenir (1).

3. *Ménopause précoce*

La ménopause précoce est une ménopause survenant avant 40 ans. Nous parlons d'insuffisance ovarienne prématurée (ou primitive). Celle-ci peut être naturelle (génétique) ou provoquée par un traitement lourd (ablation des deux ovaires ou autre chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...) (1).

La symptomatologie et les complications sont plus sévères, justifiant un THS (Traitement Hormonal Substitutif), qui diffère d'un THM (Traitement Hormonal de la Ménopause), quant à lui réservé aux femmes de plus de 45 ans (7). Ce THS doit être pris jusqu'à l'âge moyen de la ménopause (50 ans) et est bien accepté dans ce contexte (5). Il sera ensuite remplacé par un traitement hormonal de la ménopause.

B. Epidémiologie

En France, la ménopause survient en moyenne à l'âge de 51ans, et en moyenne un an plus tôt chez les femmes fumeuses (6). Dix millions de femmes sont concernées. L'espérance de vie des femmes est actuellement de 85 ans, une femme vivra alors un tiers de sa vie ménopausée. Il est donc important d'apprécier les manifestations présentes dans cette période afin de juger de l'opportunité d'un traitement préventif et/ou d'explorations particulières.

Aujourd'hui, 15 à 20% des femmes prennent un THM, dont 40% ont entre 50 et 55ans mais 50% abandonnent dans les 2 ans. Ce problème d'observance est dû à plusieurs causes, dont principalement la peur du cancer, la prise de poids ainsi que les effets secondaires (2). Le rôle du pharmacien dans l'éducation du patient a été mis en évidence pour éviter ces arrêts prématurés de traitements (8).

Il est donc essentiel de bien identifier les avantages et les inconvénients du THM afin d'adapter nos conseils vis-à-vis des femmes ménopausées (5).

C. Le cycle de reproduction de la femme

1. Régulation hormonale

a) GnRH

Les neurones de l'hypothalamus libèrent une hormone, la gonadolibérine ou GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone), de façon pulsatile, dans le système vasculaire porte hypothalamo-hypophysaire. La GnRH provoque la sécrétion hypophysaire de deux hormones gonadotropes ou gonadotrophines : la FSH (Follicle Stimulating Hormone) et la LH (Luteinizing Hormone). Les variations des taux plasmatiques de ces hormones au cours du cycle définissent le cycle hormonal hypophysaire (9). Ces variations sont représentées dans la Figure 1 page 6.

b) FSH

La FSH est l'hormone folliculostimulante. Cette hormone est indispensable au développement des follicules gamétogènes. En début de cycle, la sécrétion de cette hormone augmente afin de recruter de nombreux follicules ovariens, puis on observe une restriction de la FSH afin de garantir la croissance d'un seul follicule pour accéder au stade pré-ovulatoire. Elle assure donc la maturation d'un follicule par cycle (le follicule de de Graaf). Par ailleurs elle détermine, avec la LH, l'installation de la fonction endocrine des follicules au stade préantral (9).

c) LH

La LH, hormone lutéinisante, permet la formation du corps jaune lors de la deuxième phase du cycle et est responsable de la transformation cellulaire des cellules de la granulosa en grandes cellules lutéales (lutéinisation), source de la progestérone.

La décharge plasmatique d'une forte dose de FSH et surtout de LH déclenche l'ovulation qui a lieu 36 heures après le début de la montée du pic ovulatoire (9).

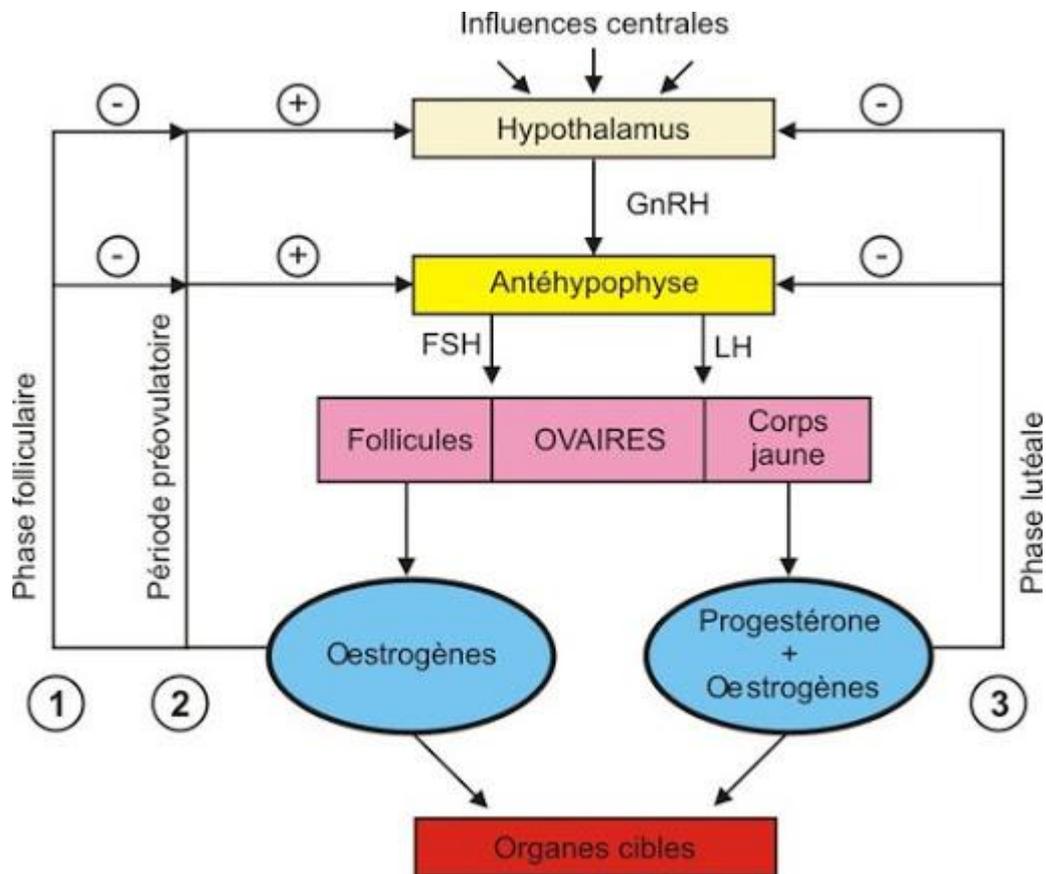


Figure 1 Régulation hormonale du cycle de reproduction chez la femme (10)

2. Fonction endocrine de l'ovaire

a) Œstrogènes

Les estrogènes sont responsables du développement des organes féminins au moment de la puberté : utérus, seins et épaissement de la paroi du vagin.

Ils agissent également sur le cerveau, en affectant l'humeur. En effet, lors de la chute de la libération d'œstrogènes (période de menstruation, accouchement, ménopause), nous observons des désordres de l'humeur (syndrome prémenstruel, dépression). En réalité, cette hormone sexuelle accroît la densité dans le cerveau des récepteurs 2A de la sérotonine ainsi que la densité des sites du transporteur de la sérotonine. Les œstrogènes ont un effet puissant sur la croissance des fibres

nerveuses, ainsi que sur la densité des connexions nerveuses. Elles ont donc un effet positif sur la mémoire et la cognition (11).

De plus, les œstrogènes participent à la consolidation des os, féminisent la voix et jouent un rôle important dans la qualité de la peau et des cheveux. Ils sont également responsables de la répartition du tissu adipeux (graisse) sur les hanches et les cuisses, et rendent les femmes plus sensibles aux problèmes veineux (comme, par exemple, la phlébite) (12).

b) Progestérone

La progestérone est produite par les ovaires après l'ovulation (le moment où l'ovule est libéré par l'ovaire). Elle complète et contrôle les effets des œstrogènes. Elle permet l'implantation de l'œuf dans l'utérus et participe au bon déroulement de la grossesse. Elle tend à augmenter légèrement la température du corps (12).

c) L'inhibine A et l'inhibine B

La sécrétion ovarienne de ces inhibines permet un niveau de contrôle supplémentaire grâce à l'inhibition sélective de la FSH au niveau de l'hypophyse (13).

d) Le rétrocontrôle sur l'axe hypothalamo-hypophysaire

La variation des concentrations des hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) est à l'origine d'une alternance de rétrocontrôles négatifs et positifs exercés sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. C'est principalement le taux d'œstrogènes qui détermine la nature du rétrocontrôle. Lorsque nous sommes en phase folliculaire ou en phase lutéale, la sécrétion ovarienne des hormones sexuelles est faible, cela entraîne alors un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. En milieu de cycle, lorsque la concentration en œstrogènes est forte, le rétrocontrôle exercé est alors positif. Ces rétrocontrôles étaient représentés dans la Figure 1. Une augmentation de la concentration en œstrogènes entraîne alors l'amplification de la sécrétion LH, et déclenche l'ovulation (14). Les variations des taux d'hormones au cours du cycle sont représentées Figure 2.

3. Synthèse du cycle de reproduction de la femme

Le cycle de reproduction de la femme est orchestré par les follicules présents dans les ovaires. Un des follicules va murir, l'ovocyte qu'il contient grossit, incitant l'ovaire à sécréter des œstrogènes.

Les œstrogènes stimulent la croissance de l'endomètre, il s'épaissit en vue d'une possible grossesse.

Autour du 14^e jour, le follicule éclate pour libérer l'ovocyte devenu ovule. Il se transforme alors en corps jaune et diffuse de la progestérone qui va stopper la prolifération des cellules de l'endomètre et donner les propriétés nécessaires à la nidification.

Si l'ovule n'est pas fécondé dans les jours qui suivent, le corps jaune disparaît, le taux de progestérone chute brutalement. Cette chute de progestérone, accompagnée d'une moindre production d'œstrogènes, induit la desquamation d'une partie de l'endomètre : ce sont les menstruations (= les règles). Ces modifications du taux d'hormones au cours du cycle sont représentées dans la Figure 2. À la fin du cycle, un nouveau cycle s'amorce alors, et cet enchaînement se poursuit jusqu'à la fin de la réserve de follicules. Cette réserve est constituée avant la naissance, elle est en effet limitée (1).

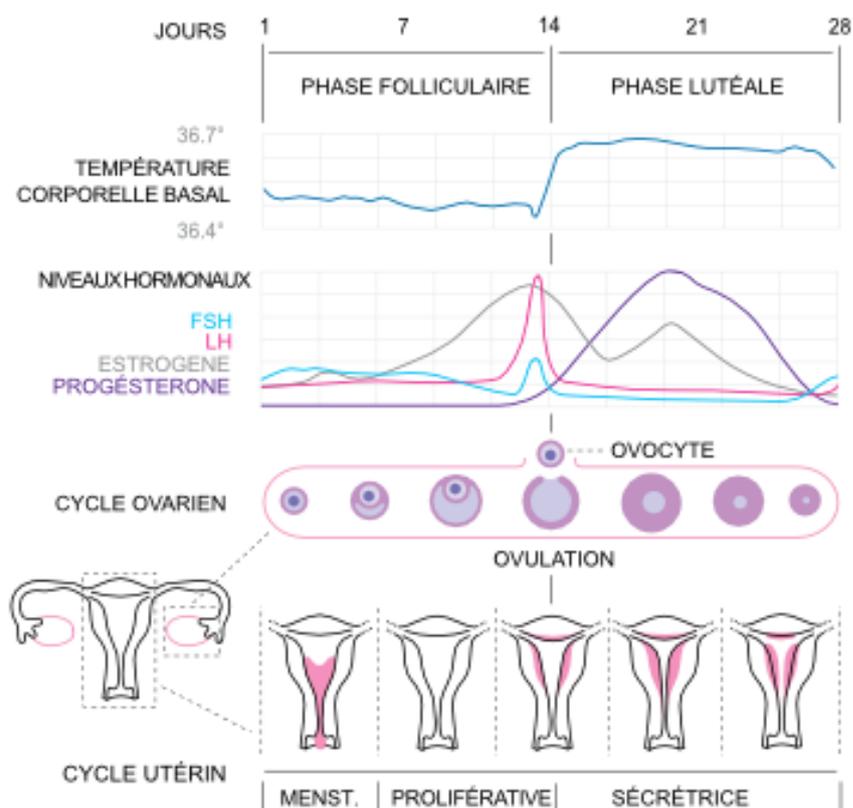


Figure 2 Variations de la température corporelle, des taux d'hormones (FSH, LH, œstrogènes, progestérone), évolution de cycle ovarien et du cycle utérin durant le cycle menstruel (9)

Sur cette figure, nous pouvons tout d'abord observer une variation de la température corporelle au cours du cycle menstruel. En effet la température corporelle est aux alentours des 36,4°C lors de la première phase du cycle. Puis au 14^{ème} jour avant la fin du cycle, c'est l'ovulation. La température augmente alors pour arriver aux alentours des 36,7°C.

Ensuite, nous constatons une variation des taux d'hormones. Juste avant l'ovulation, nous pouvons observer un pic de LH et de FSH. On observe également une variation de la concentration en œstrogènes aux alentours du 14^{ème} jour avant la fin du cycle, ainsi qu'en phase lutéale (aux alentours du 21^{ème} jour sur cet exemple de cycle de 28 jours). Enfin, on observe une forte augmentation de la concentration en progestérone tout au long de la phase lutéale.

Puis, nous observons un schéma du cycle ovarien avec une maturation de l'ovocyte et une ovulation 14 jours avant la fin du cycle.

Enfin, il nous est présenté un schéma du cycle utérin, avec les menstruations en début de cycle, puis la phase proliférative de l'endomètre avec un épaissement de la paroi. Pour finir, nous pouvons observer sur ce schéma la phase sécrétrice afin de préparer à la nidation.

D. Physiologie de la ménopause

1. Capital folliculaire

Le nombre de follicules primordiaux est maximal peut avant la naissance. Ce nombre de follicules, déjà réduit à la naissance, diminue progressivement jusqu'à la ménopause par des phénomènes d'atrésie et d'ovulation (Figure 3). A la naissance, il y a un million de follicules, avec une réduction à 250 000 au moment de la puberté (13). La ménopause s'installe lorsque le nombre de follicules atteint le seuil critique d'environ 100 à 1000 follicules (15). Chaque femme a un capital ovarien différent. Ce stock de follicules, appelé « réserve ovarienne », décroît de façon importante à partir de 35 ans.(16) La chimiothérapie, la radiothérapie et le tabagisme sont des facteurs qui accélèrent la perte de ces follicules (13).

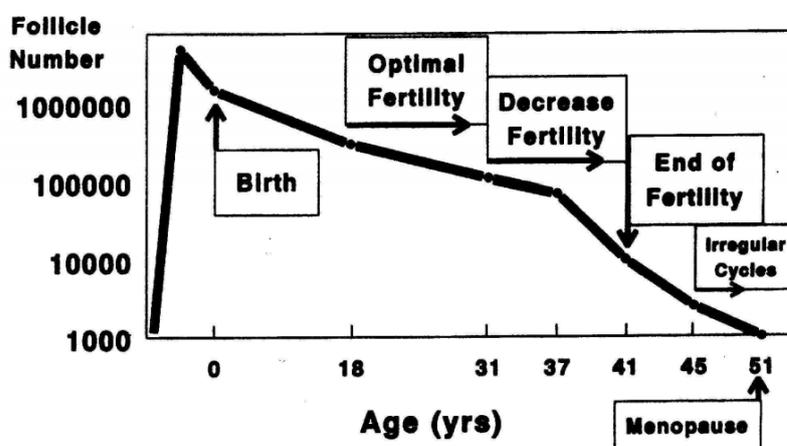


Figure 3 Variation du pool folliculaire au cours de la vie de la femme (17)

2. *Hormonologie de la ménopause*

Il existe deux périodes bien distinctes :

- une phase infraclinique aux modifications discrètes mais caractéristiques ;
- la péri-ménopause, marquée par une grande variabilité hormonale et des irrégularités menstruelles.

a) *La phase infraclinique*

En phase infraclinique, on observe des modifications hormonales subtiles. Les cycles menstruels sont encore réguliers et ovulatoires mais il y a un raccourcissement de la durée de la phase folliculaire par accélération de la maturation du follicule, de deux jours environ entre l'adolescence et la quarantaine (18).

Le signe biologique essentiel de cette période est l'augmentation de la FSH plasmatique pendant tout le cycle mais commence donc plus tôt chez la femme de 40 à 45 ans que chez celle de 25 ans (13). Les taux de LH sont encore normaux et ne s'élèvent que 7 à 10 ans plus tard. La progestérone est encore souvent normale. La baisse d'inhibine B en début de phase folliculaire est un témoin précoce de la baisse du capital folliculaire. L'ensemble des modifications hormonales provient d'une perte de la capacité fonctionnelle de la granulosa : en vieillissant, l'ovaire contient moins de follicules et chaque follicule contient moins de cellules de la granulosa. Le phénomène primitif semble ovarien : la diminution des sécrétions d'inhibine B déclenche une augmentation de la FSH à laquelle participe le ralentissement de la fréquence des pulses de LH en phase lutéale. Il s'en suit une accélération du développement folliculaire avec appauvrissement du capital ovarien et atrésie folliculaire.

b) *Phase péri-ménopausique*

En phase péri-ménopausique arrivent des irrégularités menstruelles et une grande variabilité des sécrétions hypothalamo-hypophysaires. Les signes cliniques sont dominés par les modifications de la longueur du cycle : longs, courts ou variables avec tendance à l'allongement de la durée et aux ménorragies. Ces modifications touchent 90 % des femmes environ. Ces modifications du cycle sont les signes annonciateurs de la ménopause, l'espacement paraissant un meilleur élément prédictif (67 %) que les cycles raccourcis (25 %) ou la variabilité du cycle (51,2 %) (7).

D'un point de vue hormonal, la FSH augmente, l'inhibine diminue et la testostérone diminue également. Enfin le taux d'œstrogènes diminue en milieu de

cycle et en phase lutéale par diminution des capacités sécrétoires du follicule et du corps jaune.

La plupart des estrogènes circulants proviennent de la transformation périphérique, dans le tissu adipeux en particulier, des androgènes surrénaliens. L'ovaire sécrète moins d'androgènes en postménopause mais les taux d'androgènes sont moins bas que ceux d'estrogènes d'où une tendance à l'hyperandrogénie à cet âge (7).

E. Signes cliniques de la ménopause

La plupart des symptômes sont liés à une carence oestrogénique, qui est secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien (6).

Leur intensité et la durée de manifestation varie : certaines femmes y échappent tandis que d'autres en sont très gênées.

Certains symptômes sont transitoires, présents dans les premières années puis s'atténuent avec le temps (1). L'ensemble des symptômes décrits ci-dessous sont récapitulés dans le Tableau 1.

1. Syndrome climatérique

Il correspond aux conséquences de l'hypo-oestrogénie. Ces manifestations sont très variables d'une femme à une autre, dans leur fréquence, intensité, moment d'apparition et durée (5).

a) Symptômes vasomoteurs

Également appelés bouffées de chaleur et suees nocturnes (1), ces symptômes sont constatés dans plus de 65% des cas, et ce vers 50-55ans.

Ces symptômes sont connus pour être causés par le retrait des œstrogènes, qui en temps normal entraînent une baisse de la température corporelle centrale et sont liés à la sécrétion d'hormone lutéinisante hypophysaire pulsatile ainsi qu'à une diminution des concentrations d'endorphine dans l'hypothalamus (19). Ces bouffées de chaleurs cèdent sous oestrogénothérapie modérée.

Leur intensité est variable depuis la simple rougeur de la face jusqu'à la grande bouffée de chaleur vasomotrice bouleversant la femme. Une bouffée de chaleur vasomotrice montre du tronc vers la face et s'accompagne de sueurs profuses. Les bouffées de chaleur et crises sudorales surviennent fréquemment la nuit, et sont extrêmement gênantes, elles peuvent entrainer ou majorer des troubles du sommeil.

Elles traduisent un désordre au niveau des amines cérébrales, induit par la carence oestrogénique (5,6).

Les amines cérébrales concernées sont l'arginine et la lysine. En effet, une carence monoxyde d'azote (NO) entraîne une dysfonction endothéliale. Le monoxyde d'azote a des vertus vasculo-protectrices. C'est là que les acides aminés entrent en jeu, notamment avec l'arginine, car cet acide aminé pourra être transformé dans l'organisme en NO. L'arginine peut ainsi contrer une insuffisance de la synthèse de NO. Un apport suffisant en arginine permet donc de lutter contre un dysfonctionnement endothélial, offrant une meilleure élasticité des vaisseaux, et permettant par conséquent de réduire les bouffées vasomotrices. La lysine inhibe l'absorption d'arginine dans les cellules. Cela permet d'augmenter le taux d'arginine dans le plasma sanguin. L'arginine peut alors être transformée nettement plus rapidement dans le plasma en monoxyde d'azote (20).

Elles durent en général quelques mois mais peuvent se poursuivre pendant des années : 15% des femmes de 75 ans peuvent encore de plaindre de bouffées de chaleur (5).

D'autres troubles sont parfois ressentis par les femmes en période ménopausique. Ces troubles ne sont pas toujours liées à la carence en œstrogène. Il s'agit de troubles de l'humeur, d'une insomnie, de pertes de mémoire, de sécheresse vaginale (pouvant être à l'origine de dyspareunie), de modifications de la libido, de modifications de la voix (5).

b) Troubles de l'humeur

Les stéroïdes sexuels jouent un rôle dans le cerveau. Ils sont capables de modifier plusieurs fonctions, notamment le comportement, la cognition et la mémoire, le sommeil, l'humeur, la douleur et la coordination. Les hormones stéroïdes actives dans le système nerveux central sont appelées neurostéroïdes. Dans le système nerveux central, il existe une large distribution de récepteurs aux œstrogènes localisés dans les zones du cerveau impliquées dans la mémoire et la fonction exécutive (21).

De nombreux neurotransmetteurs dépendent des œstrogènes, tels que l'acétylcholine, la sérotonine, la noradrénaline et le glutamate. L'estradiol régule la synthèse, le métabolisme et l'activité des récepteurs de ces différents neurotransmetteurs. Les femmes en péri-ménopause sont plus à risque de développer une dépression, de l'anxiété, de l'irritabilité, une détresse émotionnelle, de l'asthénie

et des difficultés de concentration (22). Ces symptômes touchent 40% des femmes en péri-ménopause (5). De nombreux autres facteurs, que la baisse du taux d'estradiol, peuvent avoir une influence significative sur les niveaux d'humeur, notamment des caractéristiques démographiques, psychosociales et liées à la santé (21).

c) Arthralgies, myalgies

En relation avec la carence oestrogénique, des douleurs sont décrites dans environ 50% des cas. Il faut systématiquement conseiller le maintien de l'activité physique et la correction d'une carence en vitamine D. Si nécessaire, il est possible de proposer des traitements antalgiques (5).

d) Insomnies

Les insomnies sont souvent dues aux sueurs nocturnes, ou aux troubles de l'humeur. En effet, l'anxiété peut entraîner des bouffées de chaleur nocturnes, ce qui empêche la femme ménopausée de dormir (21). Ces insomnies entraînent une asthénie (6).

e) Modifications de la peau et des phanères

Au niveau de la peau, la carence oestrogénique est responsable de nombreux signes cliniques. Cette carence induit un amincissement et d'une perte d'élasticité de la peau par raréfaction des fibres élastiques et du collagène. Elle induit également une pâleur de la peau. Pour ce qui est des poils et des cheveux, ils tendent à se clairsemer dans les zones dépendant des œstrogènes (cheveux, poils pubiens et axillaires). Les ongles deviennent cassants et se fissurent également (23). Dans d'autres cas, il peut apparaître une pilosité de type androgénique (lèvre supérieure, joues) (5,6).

f) Troubles génito-urinaires

Les troubles génito-urinaires sont des troubles chroniques, généralement progressifs avec le temps, ayant des répercussions sur la qualité de la vie et les relations sexuelles des femmes ménopausées. Ces troubles génito-urinaires se caractérisent par un ensemble de symptômes et de signes liés à l'insuffisance d'estrogènes impliquant des modifications des lèvres, du clitoris, du vagin, de l'urètre et de la vessie (24).

Les récepteurs des œstrogènes sont présents dans le vagin, la vulve, l'urètre et le trigone de la vessie. La concentration la plus élevée de récepteurs aux œstrogènes se trouve dans le vagin. Lors de la ménopause, le taux d'œstrogènes chute, les tissus

perdent alors du collagène et de l'élastine, il y a une altération de la fonction des cellules musculaires lisses, une réduction du nombre de vaisseaux sanguins, une augmentation du tissu conjonctif conduisant à un amincissement de l'épithélium, une diminution du flux sanguin et une élasticité réduite (25).

Premièrement, la diminution du taux d'œstrogènes entraîne des symptômes de la sphère urinaire. Parmi ces symptômes urinaires, nous retrouvons :

- la pollakiurie, qui est une augmentation de la fréquence des urines
- la dysurie, qui désigne la difficulté à vider la vessie. On retrouve ce symptôme chez 32% des femmes présentant une atrophie vaginale (24)
- l'incontinence urinaire d'effort
- l'impériosité mictionnelle, qui correspond à des envies soudaines et irrépressibles d'uriner (5)
- les cystites à répétition
- les infections des voies urinaires.

Les infections urinaires sont dues à une diminution de la flore de protection vaginale, entraînant une sensibilité plus grande de l'épithélium (aminci) aux pathogènes. Un suivi médical régulier permet de prendre en charge ces manifestations rapidement (1). Il est donc recommandé, lorsqu'une femme présente ces symptômes, de l'orienter vers une rééducation du périnée (22).

Dans un second temps, nous retrouvons les troubles génitaux. Ces troubles génitaux sont induits par une carence en œstrogènes qui empêche l'endomètre de proliférer. Ainsi, il en découle une absence d'hémorragies de privation (6). L'atrophie vulvo-vaginale survient plus ou moins rapidement après l'arrivée de la ménopause. Les grandes et petites lèvres s'amincissent, se dépigmentent, deviennent moins saillantes, le repli des petites lèvres pouvant disparaître totalement. L'orifice vulvaire se rétrécit, la lumière vaginale se réduit également, la muqueuse devenant sèche, fragile, saignant facilement au moindre contact. Les symptômes les plus courants dus à l'atrophie vulvo-vaginale sont :

- la sécheresse vaginale (chez 100% des femmes ayant des troubles génito-urinaires)
- la dyspareunie (78%)
- les brûlures (57%)
- les démangeaisons (57%) (24).

La dyspareunie est la douleur lors d'un rapport sexuel. Elle est induite par l'atrophie de la muqueuse vulvovaginale et également par la diminution des sécrétions vaginales (6). En plus de ces différentes manifestations cliniques, d'autres symptômes font leur apparition. Les culs de sacs vaginaux s'estompent, le col utérin ne se remarquant, dans les cas extrêmes, que par un orifice punctiforme au fond de la cavité vaginale. L'atrophie du col utérin est marquée par une diminution de la taille du col, les lèvres du col se rapprochent et l'orifice cervical tend à se fermer voire à disparaître. Cela entraîne alors des difficultés à la pratique d'un frottis (5).

g) Perte de la libido

Entre 60 et 80 ans la sexualité reste importante pour les $\frac{3}{4}$ des couples (26). La sexualité féminine est complexe, multifactorielle, composée de facteurs biologiques, psychosexuels et contextuels que les bouleversements hormonaux de la ménopause peuvent déstabiliser.

Incontestablement, les symptômes entraînés par la ménopause peuvent aboutir à des répercussions sur la fonction sexuelle et la qualité de vie. Les consultations de la période ménopausique ou de la ménopause confirmée s'avèrent être particulièrement propices à l'instauration d'un dialogue sur la santé sexuelle. Un grand nombre de femmes souffre de difficultés sexuelles à cet âge. La baisse de la libido est un symptôme présent chez 40 à 55% des femmes ménopausées (27). La plupart d'entre elles espèrent que ce soient les professionnels de santé qui les interrogent spontanément sur cet aspect de leur qualité de vie (26).

La sécheresse vaginale peut rendre les rapports sexuels difficiles et douloureux. Cette mauvaise lubrification est présente chez 25 à 30% des femmes ménopausées, entraînant une dyspareunie (27). La diminution de l'imprégnation hormonale vaginale peut entraîner un retard de la lubrification durant la période d'excitation : en effet, alors que la femme, à 20 ans, a besoin de moins de 30 secondes pour avoir une lubrification complète, ce même résultat peut nécessiter plus de 2 minutes après la ménopause. Sur le plan sexologique, certaines femmes se plaignent d'une diminution du désir et ceci pourrait être expliqué parfois par la diminution du taux de testostérone (hormone du désir) mais également par des facteurs psychologiques, se sentant moins désirables et désirées (26).

h) Modification de la silhouette

L'IMC augmente après 50 ans dans 50% des cas. Cela peut être dû à une diminution des dépenses énergétiques, une augmentation de l'apport calorique.

Cela se manifeste par une redistribution de la masse corporelle, il y a une augmentation de la masse grasse abdominale et une diminution de la masse maigre (5).

L'épuisement continu du pool ovarien folliculaire pendant la transition ménopausique réduit la production d'œstrogènes avec une augmentation relative des taux d'androgènes. L'œstrogène inhibe l'action des signaux de faim, empêchant les événements de consommation excessive de calories. Or, pendant la transition ménopausique, il y a une baisse du taux d'œstrogènes. Son efficacité à moduler les hormones de la faim est alors réduite. Les femmes ménopausées ressentent des signaux de faim plus intenses encourageant une augmentation de la prise alimentaire qui favorise la prise de poids (28).

Le déséquilibre hormonal pendant la ménopause favorise également l'accumulation de graisse dans la région abdominale. De faibles niveaux d'œstrogènes, associés à des niveaux élevés d'androgènes, entraînent une redistribution de la graisse présente dans les régions fessière et fémorale vers les régions abdominales du corps, favorisant l'obésité abdominale (28).

2. *Symptômes à long terme*

Les œstrogènes n'ont pas qu'un rôle sexuel, ils interviennent aussi dans d'autres mécanismes physiologiques, tels que le remodelage osseux et le métabolisme. Ainsi leur déficit lié à la ménopause peut être associé à des pathologies potentiellement graves (1).

a) *Manifestations ostéoarticulaires : l'ostéoporose*

L'ostéoporose se définit par une altération de l'état du squelette due à une diminution de la solidité osseuse. Cela se fait par un phénomène de déminéralisation osseuse. Les œstrogènes contrôlent en effet le remodelage osseux : ils freinent la dégradation du tissu osseux et favorisent la formation d'os jeune. Or, au moment de la ménopause, un déficit en œstrogènes s'installe : il y a donc plus d'ostéoclastes, entraînant la perte osseuse et le risque d'ostéoporose (29).

C'est la complication la plus grave de la carence œstrogénique. Elle se manifeste 7 à 10 ans après l'arrêt des règles. L'ostéoporose est presque trois fois plus fréquente chez les femmes ménopausées que chez les hommes du même âge. Durant l'année 2019 en France, chez les deux sexes confondus, il y a eu 74 000 fractures du col du fémur, au moins 56 000 fractures douloureuses des vertèbres (anciennement

appelées tassements vertébraux), 56 000 fractures du poignet et 191 000 fractures affectant d'autres os (bassin, côtes, humérus, tibia, fibula, clavicule, scapula, sternum...) (29).

Quarante pourcents des femmes âgées de 80 ans ou plus ont été victimes d'une fracture uni- ou bilatérale du col du fémur, sachant que de ces fractures en découlent une mortalité de 25%. L'ostéoporose post-ménopausique constitue donc un réel problème de santé publique (5).

b) Risques cardio-vasculaires

Les œstrogènes ont un effet protecteur sur les artères, mais ce rôle n'est établi que chez les femmes avant la ménopause et dans les dix premières années qui suivent l'arrêt des règles. Au-delà, il est difficile de faire la part relative des effets de la carence oestrogénique et du vieillissement (1). Chez la femme ménopausée, on retrouve également des modifications du métabolisme lipidique (cholestérol total, LDL-cholestérol) et des modifications de certains facteurs de coagulation (facteur VII, fibrinogène).

Actuellement, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez la femme en France. Les traitements administrés précocement en prévention, tels que l'œstradiol par voie transdermique (patch) et la progestérone orale micronisée, ont un effet favorable sur le risque cardiovasculaire (5).

c) Ménopause et système nerveux central

Il n'existe actuellement pas de preuves formelles liant carence oestrogénique et troubles cognitifs ou prévalence de maladie d'Alzheimer (6).

Tableau 1 Tableau récapitulatif des symptômes chez la femme ménopausée

	Rôle des Œstrogènes /conséquences de leur déficit		Rôle de la Progestérone /conséquences de son déficit	
	Femme en âge de procréer	Femme ménopausée	Femme en âge de procréer	Femme ménopausée
Appareil génital	Développement des caractères sexuels secondaires : (Utérus, Seins vagin)	Atrophie vaginale, sécheresse vaginale	Préparation des seins à la lactation	Stérilité
	Croissance de l'endomètre utérin	Stérilité	Nidation après fécondation	
	Sécrétion de la glaire cervicale		Modification de la glaire cervicale	
	Maturation de l'ovule			
Système nerveux central	Cognition, mémoire	Troubles de l'humeur		
Os	Maintien de la densité osseuse	Douleurs, ostéoporose		
Système cardiovasculaire	Effet protecteur sur les artères	Augmentation du risque thromboembolique		
Autres	Bonne qualité ongles et des cheveux	Ongles cassants et perte de cheveux		
	Augmentation des dépôts de tissus graisseux : hanches, cuisses, seins	Modification de la répartition des graisses		
	Développement libido	Diminution de la libido	Diminution libido	
	Féminisation de la voix			
	Baisse de la température corporelle	Syndrome climatérique, sueurs nocturnes, insomnies	Augmentation de la température corporelle	

(10)

F. Diagnostic

a) Clinique

Le diagnostic positif est avant tout clinique et repose sur l'association d'une aménorrhée d'au moins 12 mois survenant autour de l'âge de 50 ans et associée à des symptômes climatériques (15). Les principaux symptômes climatériques sont les bouffées de chaleur, les crises de sueurs nocturnes et sécheresse vaginale. D'autres signes seront recherchés : troubles du sommeil, céphalées, douleurs articulaires, troubles de l'humeur.

La prise en charge médicamenteuse ne se justifie que si les signes climatériques altèrent la qualité de vie (5).

b) Test à la progestérone

Avant 45 ans, le dosage est systématique pour ne pas méconnaître une autre étiologie de l'aménorrhée (30). Il est réalisé si l'aménorrhée est de moins de 12 mois ou si l'examen clinique révèle une imprégnation oestrogénique (présence de glaire cervicale) (3). Tant que la patiente est réglée, même irrégulièrement, les dosages sont inutiles.

Il consiste à faire prendre de la progestérone ou un progestatif seul, 10 jours par mois pendant 3 mois (6) :

- Le test est négatif s'il n'y a pas d'hémorragie de privation. Il permet de vérifier qu'il existe bien une hypo-ostéogénie.
- Le test est positif si au contraire, on observe une survenue des règles, car cela témoigne d'une persistance d'un fonctionnement ovarien avec sécrétion d'œstrogènes (5).

Ce test n'est pas obligatoire en cas de ménopause typique. Et pourtant, il y a une forte demande de test de la part des femmes ménopausées (31). Cela leur permet de poser un repère et d'avoir une preuve qu'elles sont bien ménopausées. Cela les aide à passer le cap, mais ces tests ont un coût et la clinique à elle seule suffit.

c) Biologique

Biologiquement, la ménopause se caractérise par une diminution de l'œstradiol plasmatique, associée suite au rétrocontrôle hypothalamo-hypophysaire, à une élévation des gonadotrophines, et en particulier de la FSH (6).

G. Prise en charge thérapeutique

1. Traitement hormonal de la ménopause

a) Introduction

Dans certains cas, les médecins peuvent proposer un THM destiné à remplacer les œstrogènes et la progestérone dont la production naturelle a cessé et se prend sous forme de médicaments. Ce THM améliore la qualité de vie en cas de symptômes très gênants et diminue le risque d'ostéoporose. Pendant longtemps, ce type de traitement a été prescrit de façon quasi systématique et sur de longues périodes. Aujourd'hui, moins de 10% des femmes ménopausées prennent un traitement hormonal (contre 50% en 2000). Les raisons de cette chute de prescription sont décrites dans le paragraphe des risques des traitements hormonaux de la ménopause page 21.

En France, les médecins prescrivent du 17- β -estradiol (également appelée Estradiol ou Œstradiol), représenté sur la Figure 4, de préférence par voie transdermique ou percutanée (patch, gel). Le 17 β -estradiol est une hormone stéroïde principalement produite par le follicule de De Graaf ovarien, ainsi que par les glandes surrénales, le corps jaune et le placenta chez la femme (32).

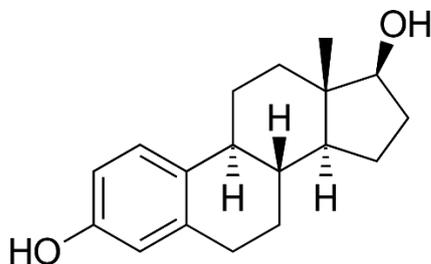


Figure 4 Structure de l'œstradiol (33)

Hormis pour les femmes ayant subi une utérectomie, le 17- β -estradiol est systématiquement combiné à un progestatif, pour inhiber son action sur la prolifération des cellules de l'endomètre, donc prévenir le cancer de l'utérus. Dans la majorité des cas, c'est la progestérone micronisée qui est utilisée, la dydrogestérone, ou un progestatif de synthèse (pregnane, nor-pregnane, norstéroïde) peuvent également être employés (1).

b) Qui traiter ?

Ce traitement doit être proposé aux femmes présentant un syndrome climatérique après une information précise et adaptée sur les avantages, les inconvénients, ainsi que les risques éventuels (5). L'arbre décisionnel est présenté sur la Figure 5.

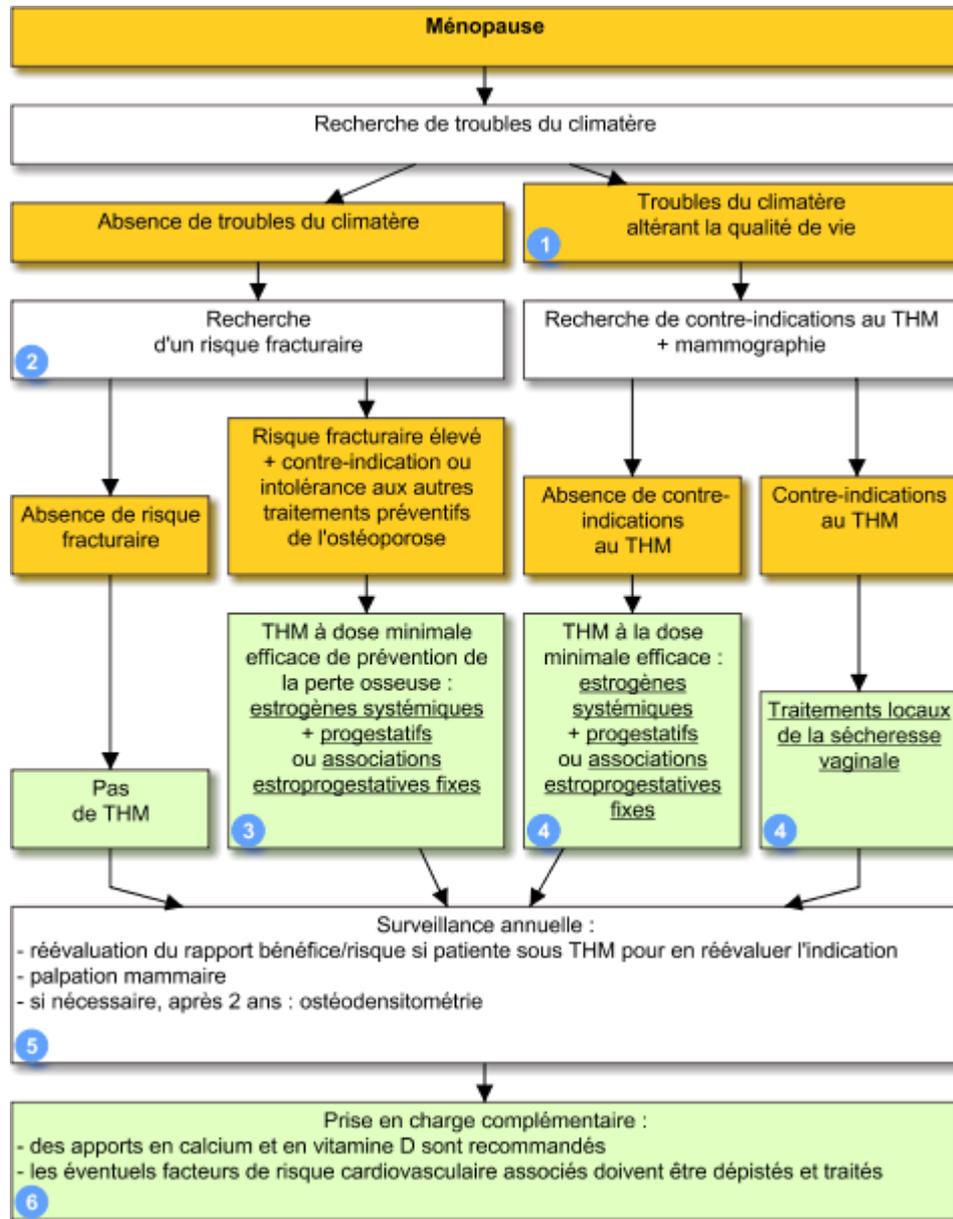


Figure 5 Arbre décisionnel pour la prise en charge des troubles liés à la ménopause (34)

c) Risques des THM

Le succès des THM a volé en éclat en 2002, après une étude de la Women's Health Initiative réalisée auprès d'Américaines âgées (35). Celle-ci rapportait un risque accru de cancer du sein et de maladies cardiovasculaires. Mais les produits incriminés (œstrogènes conjugués équinés associés à un progestatif de synthèse (acétate de médroxyprogestérone)) ne sont pas les mêmes que ceux utilisés en France. La plupart des femmes recrutées avaient commencé leurs traitements tard (moyenne = 63 ans, soit longtemps après le début de leur ménopause), ce qui se fait rarement en pratique. Les résultats étaient donc difficilement transposables au cas de la majorité des Françaises.

Des travaux ont néanmoins été menés en France après la parution de cette étude. Ils révèlent des risques qui, même s'ils sont moindres que ceux pointés par l'étude américaine, ne peuvent être ignorés :

- Les progestatifs favorisent les cancers du sein après la ménopause. Le risque est cependant moins élevé avec la progestérone micronisée ou la dydrogestérone qu'avec un autre progestatif.
 - o Cette différence s'accroît avec le temps : une femme ayant pris un THM comportant un progestatif de synthèse pendant plus de cinq ans conserve un risque 40% plus élevé de cancer du sein, cinq ans, voire dix ans, après l'arrêt du traitement. Avec la progestérone micronisée ou la dydrogestérone, le surrisque disparaît presque immédiatement.
 - o Cependant, les progestatifs de synthèses ne sont pas proscrits car la progestérone micronisée et la dydrogestérone pourraient avoir un effet progestatif insuffisant et être associée à un risque plus élevé de cancer de l'endomètre que les autres progestatifs.
- Les œstrogènes administrés par voie orale multiplient par quatre le risque de maladies veineuses thromboemboliques (phlébite et embolie pulmonaire). Ce n'est pas le cas lorsqu'ils sont administrés par voie transdermique, voie privilégiée en France : l'hormone n'ayant pas à passer la barrière hépatique, elle ne modifie pas les facteurs de la coagulation (1).
- Le risque d'AVC pourrait être augmenté de 30% dans certaines études. Il s'agit d'une augmentation du risque des AVC ischémiques, mais non des accidents hémorragiques, possiblement en rapport avec l'effet pro-thrombotique des œstrogènes oraux (6).
- Le risque de lithiases biliaires serait augmenté de 50% par le THM (6).

d) Recommandations

Depuis 2003, il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement hormonal de façon systématique ou à titre préventif. Le THM ne doit être proposé que si les patientes se plaignent de symptômes climactériques altérant leur qualité de vie et si elles expriment le souhait de se traiter. Il peut aussi être envisagé pour prévenir l'évolution vers l'ostéoporose chez une femme qui débiterait sa ménopause avec une diminution de son capital osseux. La prescription doit être amorcée le plus tôt possible, une fois la ménopause confirmée, à la dose minimale nécessaire pour les symptômes, et pour une durée limitée (durée des symptômes). Tout cela en tenant compte du profil

de risque de chaque patiente vis-à-vis des maladies cardiovasculaires, des cancers du sein et de l'utérus. Le bénéfice du traitement doit être régulièrement réévalué (1).

Un traitement progestatif est associé à l'oestrogénothérapie pour contrecarrer l'effet prolifératif des œstrogènes au niveau endométrial et éviter ainsi la survenue d'un cancer de l'endomètre. L'association avec un progestatif est donc impérative chez les femmes non hystérectomisées (6).

e) Contre-indications

Il existe des contre-indications à la prise du traitement hormonal de la ménopause. Il existe des contre-indications absolues, et des contre-indications relatives, qui sont représentées dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 Contre-indications absolues et relatives au traitement hormonal de la ménopause

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives
<ul style="list-style-type: none">- Cancer du sein et de l'endomètre- Maladies thrombo-emboliques- Maladies rares	<ul style="list-style-type: none">- Fibrome- Endométriose- Mastopathies bénignes- HTA- Diabète insulino-dépendant- ATCD familiaux de cancer du sein et/ou de l'endomètre- Affection hépatite aiguë ou chronique (exemple : cholestase)

(5)

Si la femme ménopausée présente des antécédents de cancer du sein et/ou de l'endomètre, le THM lui sera contre-indiqué car ce sont des cancers hormonodépendants dont la prolifération est favorisée par les œstrogènes.

Pour ce qui concerne les maladies thrombo-emboliques, cela prend en compte les femmes ayant des antécédents de phlébite profonde inexplicée, d'embolie pulmonaire, ou encore des accidents emboligènes inexplicés (pour les THM par voie orale).

Enfin, le THM est contre indiqué formellement, lorsque la femme ménopausée a une pathologie rare, telle que le lupus, la tumeur hypophysaire, la porphyrie, les affections hépatiques graves et évolutives, les hyperlipidémies sévères, et l'hypertension artérielle grave.

f) Molécules et doses

(1) Les œstrogènes

Bien que la seule molécule utilisée soit le 17 β -œstradiol, il existe plusieurs spécialités contenant des œstrogènes pouvant être utilisées dans le cadre d'un THM qui varient par le dosage et la voie d'administration utilisée. Un récapitulatif des spécialités disponibles en France est disponible dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 Spécialités à base d'œstrogènes utilisées dans le traitement des symptômes induits par la ménopause

Molécule	Voie d'administration	Forme galénique	Exemples de spécialités
17β-œstradiol	Voie Orale	Comprimés ou capsules	Estrofem® 2mg Progynova® 1-2mg Oromone® 1-2mg Provames® 1-2mg Estréva® 1mg
	Voie cutanée	Patch	Estraderm TTS® 50-100 μ g par jour Dermestril® Dermestril Septem® 25-50 μ g par jour Oesclim® 25-37.5-75-100 μ g par jour System® Thaïs® Thaïssept® 25/50/75 μ g Climara® 50 μ g par jour Femsept® 50-75-100 μ g par jour Menorest® 25-37.5-50-100 μ g par jour Estradiol G-Gam® 37.5-50-75-100 μ g par jour Estrapatch® 40-60-80 μ g par jour Vivelledot® 25-37.5-50-75-100 μ g par jour
		Gel	Oestrogel®, Estréva®, Oestrodose®, Delidose®
Promestriène	Voie vaginale	Capsule vaginale	Colpotrophine®

(5,36)

La dose quotidienne de 17 β -œstradiol permettant une prévention de l'ostéoporose est de 1 à 2 mg *per os* ou de 50 à 100 μ g par voie transdermique (6). La voie d'administration transdermique a l'avantage de ne pas avoir l'effet de premier passage hépatique (EPPH).

Pour administrer les gels cutanés, il est préférable de l'appliquer après la toilette, une fois par jour, sur une grande surface de peau (environ 2 fois la taille d'une main), sauf sur les seins. Il est également déconseillé d'utiliser les gels au niveau des muqueuses à cause de la présence d'alcool dans la composition des gels. On l'applique généralement au niveau du ventre, des cuisses, des bras ou encore des épaules. Ce sont des flacons pompes doseurs, cela permet d'administrer une dose précise, prescrite par le médecin. Entre chaque pression, il est recommandé de laisser le bouchon revenir à sa position initiale. Il n'est pas nécessaire de masser ou de frotter. Il faut ensuite laisser le gel sécher 1 ou 2 minutes avant de remettre un vêtement. Les gels ne tachent pas. (37–39)

Pour traiter la sécheresse vaginale, il est possible d'utiliser des gels vaginaux aux hormones, ou des capsules vaginales. Ce point est développé à la page 33 dans la partie Sécheresse vaginale.

Afin de réaliser une adaptation individuelle de la dose d'œstrogène, le clinicien s'appuie sur la symptomatologie clinique. L'appréciation du dosage en œstrogènes est représentée dans le Tableau 4.

Tableau 4 Appréciation du dosage d'œstrogènes

Surdosage	Sous-dosage
- Tension douloureuse des seins	- Persistance/réapparition des bouffées de chaleur
- Prise de poids	- Fatigue
- Gonflement abdominal	- Céphalées
- Nervosité, irritabilité	- Frilosité
	- Manque de tonus
	- Etat dépressif
	- Douleurs articulaires
	- Troubles urinaires
	- Sécheresse vaginale

(6)

(2) Les progestatifs

En France, il existe plusieurs spécialités contenant des progestatifs pouvant être utilisées dans le cadre d'un THM. Il existe différentes molécules. Un récapitulatif des spécialités disponibles en France est disponible dans le Tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 Progestatifs utilisés dans le traitement des symptômes induits par la ménopause

	Molécule	Voie d'administration/ Forme galénique	Spécialités
Progestérone naturelle et assimilés	Progestérone	Capsules orales et vaginales	Progestérone 100-200mg Estima® 100-200mg Utrogestan® 100-200mg
		Comprimé par voie orale	Duphaston® 10mg
Progestatifs de synthèse	Dérivés de la 17-OH-progestérone	Comprimé par voie orale	Lutéran® (chlormadinone) 2-5-10mg
	Dérivés de la 17-méthyl-progestérone	Comprimé par voie orale	Colprone® 5mg
	Dérivés de la 19-norprogestérone	Comprimé par voie orale	Lutényl® (nomégestrol) 2 - 3.75 - 5mg
	Dérivés du type Norstéroïde	Comprimé par voie orale	Orgamétril® 5mg Primolut-Nor® 10mg

Le progestatif est ajouté au traitement oestrogénique afin d'éviter le risque de survenue de cancer de l'endomètre. Le traitement est d'au moins 12 jours par mois (5).

(3) Progestatifs et œstrogènes combinés

En France, sur le marché du médicament, il existe des formes combinées des traitements hormonaux de la ménopause.

Pour la voie orale, il y a par exemple Climaston® 1mg/5mg, 1mg/10mg, 2mg/10mg, qui contient de la 17-β-œstradiol et du dydrogestérone.

Pour la voie percutanée, il existe le Fem-sept-combi® dosé à 50µg d'œstradiol et 1,5 mg de Lévonorgestrel par 24heures (6).

Pour la voie vaginale, il existe les spécialités Trophigil® et Florgynal®, comprenant chacune 0,2 mg d'estriol et 2 mg de progestérone. (40,41)

(4) Cas particulier : la tibolone

La tibolone (Livial®) est un stéroïde considéré comme progestatif, utilisé dans les traitements des bouffées de chaleurs. Il a une activité triple : son métabolisme donne naissance à des composés oestrogéniques (3αOH-tibolone et 3βOH-tibolone) pour traiter les bouffées de chaleurs et la sécheresse vaginale. Le métabolisme de la tibolone mène également à des composés androgéniques et progestatifs (Δ-4 isomère

de la tibolone) protecteur de l'utérus. Il a également un impact positif sur la densité minérale osseuse.

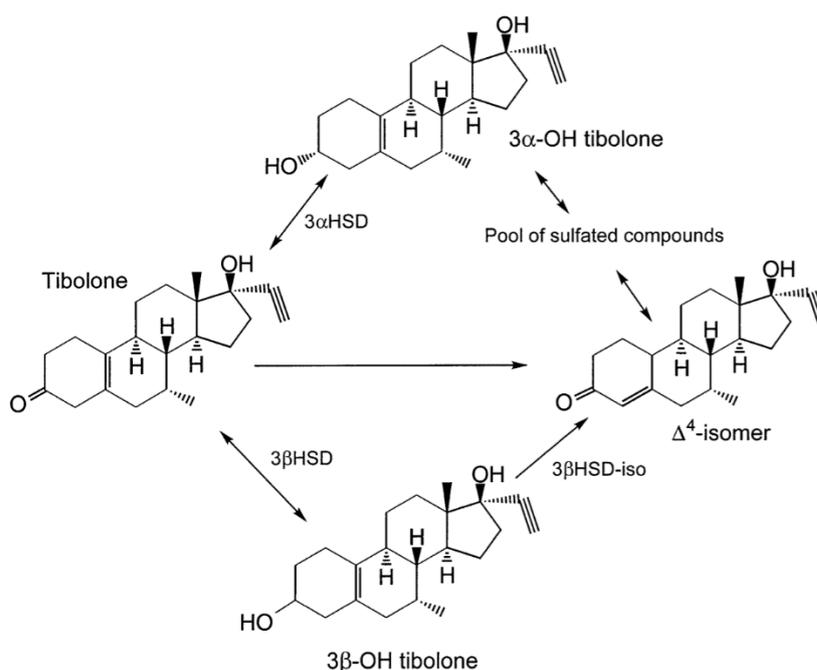


Figure 6 Tibolone et ses métabolites (42)

Le tibolone a donc par conséquent les mêmes contre-indications que les THM classiques (5).

g) Schéma thérapeutique

Il dépend du désir de persistance de « règles » par la femme. Le traitement peut être continu (sans arrêt), ou discontinu. Les différents schémas de traitement possibles sont représentés dans le Tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 Schémas de traitement

Traitement séquentiel	Traitement combiné discontinu	Traitement combiné continu <i>traitement sans règles</i>
Comprend des œstrogènes puis une association d'œstrogènes et progestatifs : l'œstradiol est pris du J1 au J25 du mois, et la progestérone est prise de J13 à J25.	L'œstradiol et la progestérone (ou progestatif) sont pris de J1 à J25 du mois.	L'œstradiol et la progestérone (ou progestatif) sont pris tous les jours sans interruption

(5,6)

h) Durée du traitement

Le choix de la durée optimale du traitement n'est pas clairement établi. La durée doit être ajustée aux objectifs du traitement, mais il est cependant recommandé de limiter à 5 ans la durée, et d'évaluer tous les ans la balance bénéfique/risques (5).

i) Surveillance

Au comptoir, il est bon de pouvoir veiller au suivi gynécologique de la femme ménopausée. Lors de l'instauration du traitement, la femme doit consulter son gynécologue sous 3 à 6 mois afin d'évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement. Ce rendez-vous permettra de vérifier le bon dosage de l'estrogénothérapie.

Par la suite, il faudra veiller au suivi gynécologique de la femme sous THM tous les 6 à 12 mois (30).

j) Conclusion

Le THM reste la meilleure option contre les symptômes climatiques sévères, et en prévention de l'ostéoporose en début de ménopause (1). La voie d'administration doit privilégier les formes non orales pour diminuer les risques thrombotiques (5). Les bénéfices de ce THM sont cités dans le Tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 Bénéfices du THM

Dans l'immédiat	A moyen terme	A long terme
- Suppression des bouffées de chaleur	- Protection contre l'atrophie cutanéomuqueuse	- Protection contre l'ostéoporose
- Sensation de confort physique et psychique		- Bénéfice cardiovasculaire et neurologique → non confirmé
- Amélioration de la vie sexuelle		

(5)

2. Les traitements alternatifs

a) Introduction

Beaucoup de patientes ne souhaitent plus avoir recours au THM, d'autres ne peuvent y avoir recours à cause de leurs antécédents. Afin de soulager leurs symptômes, lorsqu'ils altèrent la qualité de vie, certaines femmes sont donc tentées de se tourner vers des solutions alternatives, n'ayant pas fait l'objet d'essais cliniques, et dont les risques, notamment à long terme, sont peu ou mal connus. Certains traitements non hormonaux n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques.

b) Mesures hygiéno-diététiques

Tout d'abord, une hygiène de vie saine est essentielle pour limiter les symptômes. Pour limiter le stress, et donc parfois les bouffées de chaleur, il est conseillé de faire de la relaxation, yoga et méditation afin d'apprendre à mieux gérer sa respiration. La respiration permet de se concentrer sur soi, et de diminuer le niveau de stress en éliminant les toxines. Il faut également éviter de trop se couvrir et privilégier les vêtements en coton. De plus, lors des bouffées de chaleur, il est possible de se rafraîchir avec un brumisateur d'eau ou en prenant une douche. Il faut éviter la cigarette, l'alcool, les plats épicés et les plats difficiles à digérer (43).

De plus, concernant la prévention des risques cardiovasculaires, il faut conseiller au moins 30 à 45 minutes de marche rapide ou d'endurance par jour. Ceci est également bénéfique pour la prévention du risques osseux car l'activité physique régule le métabolisme calcique (5,44).

Enfin, concernant le régime alimentaire, il est important d'avoir un apport en calcium suffisant, de 1200 à 1500 mg par jour. En parallèle, il est nécessaire de corriger l'hypovitaminose D lorsqu'elle est présente (5). Il est possible pour la vitamine D de s'exposer 15 à 30 minutes par jour au soleil, mais l'absorption cutanée diminue avec l'âge. Dans ce cas, un apport exogène de 400UI de vitamine D par jour, ou de 100 000 UI par trimestre sera préconisé (16).

c) Nutrithérapie

En complément de ces mesures hygiéno-diététiques, la nutrithérapie peut apporter une réponse bénéfique à la régulation des troubles de la ménopause.

Ces traitements sont à base d'acides aminés, d'oméga-3, d'oméga-6 et de vitamines. Les oméga 3 et 6 (onagre/bourrache) ont une action anti-inflammatoire et hormonale. On les retrouve dans les sources riches en acides gras polyinsaturés (huile de colza, graines de lin, de chia, poissons gras)

Le tryptophane ou son précurseur, le 5-hydroxytryptophane (5HTP), et les vitamines du groupe B ont une action régulatrice du système nerveux et hépatique à dose de 250 à 500 mg par jour. Le tryptophane va donc limiter les troubles de l'humeur. Les aliments riches en tryptophane sont les protéines animales légères, les oléagineux et le chocolat noir.

Le chrome a une action hypoglycémiant avec un apport de 100 mg par jour, et il a donc rôle dans l'éviction de l'insulino-résistance et la prise de poids.

La carnitine est un bio-support synthétisé à partir de deux acides aminés essentiels : la lysine et la méthionine. Elle permet aux acides gras à longue chaîne de passer à travers la membrane mitochondriale interne. Elle prend en charge le métabolisme énergétique et possède également de la réputation de « brûleur de graisse » (20).

Pour illustrer ce paragraphe sur la nutrithérapie, nous vous présentons quelques spécialités :

- Abufène® (β -alanine) qui est un acide aminé inhibiteur non hormonal. Il est donné en cures de 5 à 10 jours, à raison d'1 à 3 comprimés par jour, avant les repas. Il faut renouveler les prises en cas de réapparition des symptômes. Il est commercialisé mais son effet est équivalent à celui du placebo, cette molécule n'est donc pas recommandée par la HAS (4,30).
- Feminabiane méno'confort®, Pilèje qui contient du 5HTP, vitamine B6, vitamine B9, vitamine B12, vitamine D, actée à grappes, à la posologie d'un comprimé par jour.
- Manahé®, Nutrisanté contenant des endophospholipides, oméga-3, vitamine E, vitamine B9, zinc, huile de bourrache, à raison d'une capsule par jour au cours d'un repas.
- Séréllys périménopause ménopause®, Séréllyspharma contenant des extraits de pollens et de la vitamine E, à raison de 2 comprimés en une seule prise, le matin ou le soir (22).

d) *Phytothérapie*

Pour les troubles de la ménopause, différentes plantes peuvent être utilisées :

- L'actée à grappe noire : utilisée dans les bouffées de chaleur, la baisse de la libido et la sécheresse vaginale
- Le bourgeon de prêle a un rôle contre les saignements importants (présents souvent en préménopause) à raison de 15 grammes 3 fois par jour.
- Le Gattilier est utilisé pour les bouffées de chaleur et protecteur sérotoninergique, car il freine les œstrogènes mais attention il est contre-indiqué si la femme ménopausée a des antécédents de cancer hormono-dépendant, de mastose, de kyste et de maladie de Parkinson.
- Le Houblon est utilisé pour les bouffées de chaleur, les insomnies, les troubles de l'humeur et le confort digestif, mais il contient des phyto-œstrogènes et donc il est contre-indiqué dans certaines situations également. Il s'utilise en infusion

(0.5 g de plante par tasse à infuser pendant 10 min) ou sous forme de gélule (45).

- Le Trèfle Rouge utilisé pour les bouffées de chaleur. Il contient également des phyto-œstrogènes.

Lorsqu'une plante contient de la tyrosine, elle va agir sur les troubles de la libido. Pour traiter la sécheresse et les bouffées de chaleur, on peut utiliser les plantes contenant de l'onagre (44).

Chez le laboratoire Nutergia, la spécialité Ergyflavone® est un exemple de spécialité existant sur le marché Français. Ce produit contient des extraits de soja, de la sauge et du houblon. De plus, cette spécialité contient du calcium pour les os, du zinc pour le maintien d'une peau normale, du sélénium pour protéger les cellules du stress oxydatif et du chrome pour la glycémie.

(1) Phyto-œstrogènes

Les phyto-œstrogènes sont présents sous forme de compléments alimentaires. On retrouve des phyto-œstrogènes dans le houblon, le lin, le soja ou le trèfle rouge. Ils n'ont pas l'AMM des médicaments, nous avons donc un rôle d'information, car il faut être vigilant. L'efficacité est discutée, tout est question de dose. Des réserves ont été émises par l'Afssaps, car leur innocuité à long terme demande à être confirmée. L'ANSES recommande de ne pas dépasser la dose journalière d'1mg par kilogramme d'isoflavones. Ils sont déconseillés en cas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein.

Voici, pour illustration, quelques exemples de spécialités comprenant des phyto-œstrogènes : Phytoceutic ménopause®, Yméa ménopause jour/nuit®, Ménophytéa bouffées de chaleur®, Phytosoya®, Triolinum fort® (5,43,45).

Aucune preuve concluante ne montre que les suppléments en phyto-œstrogènes réduisent efficacement la fréquence ou la sévérité des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes chez des femmes en péri-ménopause ou en postménopause, bien que les bénéfices procurés par les concentrés de génistéine (extraits du soja) devraient faire l'objet d'études supplémentaires (46).

e) *Allopathie*

(1) Bouffées de chaleur

Le Catapressan® (clonidine) peut être proposé. Cette molécule est disponible sous forme de patch ou par voie orale. Son efficacité est de 37% versus placebo 20% mais son effet indésirable principal est le risque d'insomnies (16).

La gabapentine et la prégabaline auraient également des résultats encourageants pour les maux de la ménopause, notamment pour les bouffées de chaleur (47). Toutefois ces molécules présentent de nombreux effets indésirables, notamment des somnolences, des vertiges, de l'ataxie (qui est un trouble de la coordination des mouvements) et le nystagmus (qui est un mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire). Ces effets indésirables semblent moins nombreux lors de l'utilisation de la Prégabaline par rapport à la Gabapentine (48).

Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) et les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) ont été évalués, ont prouvé leur efficacité, notamment pour la Venlafaxine, mais ne sont pas autorisés dans cette indication en France (5,6).

(2) Troubles cutanés

Lors de l'arrivée de la ménopause, une sécheresse cutanée peut survenir, avec un amincissement de l'épithélium, ainsi qu'une perte d'élasticité par raréfaction des fibres élastiques et du collagène (30). Différents traitements peuvent être délivrés afin de pallier ces modifications de la peau.

Pour ce qui est des traitements hormonaux, il est possible d'agir sur la composante dermique du vieillissement cutané avec l'oestrogénothérapie par voie orale ou par voie cutanée. Elle permet de maintenir l'épaisseur cutanée et le contenu du derme en collagène. Ce traitement évite donc l'atrophie cutanée (49). Le traitement par voie orale permet également une meilleure hydratation de la peau (50). En topique, les estrogènes ont l'avantage de corriger partiellement l'atrophie cutanée, de la perte en collagènes, de la profondeur des rides, de certains signes biomécaniques de vieillissement, sans effet systémique (51).

Il existe aussi d'autres moyens de garder sa peau. L'hygiène de vie est importante pour avoir une belle peau. Cette hygiène de vie comprend une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité sportive régulière, une exposition solaire modérée

avec une protection, un sommeil de qualité de 7 heures par nuit. Les excès alcooliques tabagiques à proscrire. Il faudra dans la mesure du possible limiter le stress.

En dehors des traitements aux hormones, il existe des cosmétiques. Les cosmétiques vont limiter la perte insensible en eau et reconstituer l'équilibre de la barrière cutanée. Ceci est possible par l'apport de substances hygroscopiques et humectantes (Natural Moisturizing factors) représentées par l'acide lactique, l'urée, l'acide pyrrolidone carboxylique, le glycérol et des aquaporines (23).

L'acide hyaluronique est une macromolécule (de haut poids moléculaire) qui reste en surface et va avoir un effet filmogène de protection et de reconstruction de la barrière cutanée et de piègeurs de radicaux libres. Les poids moléculaires intermédiaires pénètrent dans l'épiderme et auront des propriétés sur la prolifération kératinocytaire en application topique (52). Les petits poids moléculaires pénètrent dans le derme et vont jouer un rôle de réparation et cicatrisation et stimuler la densité cutanée.

De plus, les vitamines et les acides de fruits seront utilisées pour régulariser la texture de la peau, disperser la pigmentation et densifier le derme :

- La vitamine la plus utilisée est la Vitamine A ou Rétinol et ses dérivés, dont les principaux : rétinaldéhyde, acide rétinoïque, la Vitamine C (acide ascorbique), la Vitamine B3 (Niacine) Niacinamide (Nicotinamide).
- Les Acides de fruits avec ses 3 générations d'hydroxyacides sont également employés : les Alpha hydroxyacides (acide glycolique), les Polyhydroxyacides simples (gluconolactone) ou complexes (acide lactobionique), les Bétahydroxyacides. L'acide citrique, l'acide kojique, l'acide phytique, l'acide alguronique, l'arbutine, la génistéine seront utilisées spécifiquement en préparation cosmétique pour les taches pigmentées.

Les isoflavonoïdes sont plus adaptés au vieillissement post ménopausique en topique. Ils ont des propriétés antioxydantes, anti radicalaires puissantes, anti-inflammatoires, antitumorales. De plus, ils sont hydratants et inhibent le transfert des mélanosomes des kératinocytes vers les mélanocytes (53).

(3) Sécheresse vaginale

Pour traiter la sécheresse vaginale, il est possible d'utiliser un traitement par voie orale. Chez certaines femmes, n'ayant pas d'autres symptômes que la sécheresse vaginale, la voie orale n'est pas nécessaire. Il sera alors possible d'utiliser

l'hormonothérapie locale, qui est utile dans la prise en charge de l'atrophie vulvaire. Nous pouvons aussi utiliser ce traitement en local lorsque la femme n'est pas sensible au traitement par voie orale.

Les estrogènes sous forme de crème vaginale, d'ovules ou d'anneau vaginal peuvent être prescrits par le médecin en cas de sécheresse vaginale due à la carence en estrogènes lors de la ménopause. Ils permettent de prévenir l'amincissement et l'assèchement des parois vaginales ainsi que la sensibilité aux infections ou à la douleur pendant les rapports sexuels (54,55). En ce qui concerne le mode d'administration des crèmes vaginales, il faut les appliquer sur la vulve, en couche mince, suivie d'un léger massage. Certaines crèmes comportent un applicateur, il est alors nécessaire de rincer l'applicateur à l'eau après chaque utilisation (56).

Il est également possible d'utiliser des lubrifiants non hormonaux pour soulager la sécheresse vaginale. Ils sont composés de protecteurs, d'agents épaississants de nature aqueuse et de substances non hormonales ayant un effet sur la maturation de l'épithélium uro-génital. Ils permettent de soulager la sécheresse vaginale lors des rapports sexuels, et ne procurent pas de solution chronique (55).

Enfin, il est également possible d'utiliser des gels hydratants, ne comprenant pas d'hormone, qui sont composés de polymères insolubles et hydrophiles. Ces hydratants sont dits « bio-adhésifs ». Ils se lient aux mucines et aux cellules épithéliales des parois vaginales, permettant de retenir l'eau. Les gels hydratants sont éliminés par le renouvellement des cellules épithéliales. Ils possèdent également une propriété tampon, conduisant à une baisse du pH vaginal (55). Nous avons regroupé dans le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** ci-dessous les spécialités de gels existants, avec ou sans hormones (5).

Tableau 8 Gels utilisés dans la sécheresse vaginale

Œstrogènes à action locale	Trophigil®, Colpotrophine®, Trophicrème®
Lubrifiants	Taido®, Sensilube®, Mucogyne®
Hydratants vaginaux	Replens®

Pour les capsules vaginales, évoquées précédemment dans la partie Molécules et doses à partir de la page 24, il est conseillé de les introduire le soir au coucher. En fondant dans le vagin, la capsule peut entraîner un écoulement, nous pouvons alors conseiller de porter une protection hygiénique (36). Certaines capsules doivent être humectées avec de l'eau avant insertion, comme par exemple Trophigil® ou Florgynal® (57).

(4) Ostéoporose

Pour commencer, il est bon de rappeler que l'apport en calcium et en vitamine D est primordial pour pallier l'arrivée de l'ostéoporose. La vitamine D est essentielle à l'absorption intestinale du calcium et à la minéralisation osseuse. Elle joue un rôle important également dans les fonctions neuromusculaires. Des suppléments de vitamine D3 (cholécalférol) peuvent donc diminuer le risque de chute et de fracture (58).

Chez certaines femmes, lorsque le risque de fracture est élevé, un traitement anti-ostéoporotique est instauré (59). Ce risque est déterminé par plusieurs critères :

- La densité minérale osseuse (DMO)
 - o Elle est mesurée par ostéodensitométrie, sur deux sites osseux : le rachis lombaire et l'extrémité supérieure du fémur.
 - o Elle s'exprime en T-score, qui est l'écart entre la densité osseuse mesurée et la densité osseuse théorique de l'adulte jeune de même sexe, au même site osseux.
 - On diagnostique une ostéoporose lorsque le T-score est inférieur ou égal à - 2,5.
- D'autres facteurs de risques peuvent être présents chez l'ensemble des patients :
 - o Antécédents de fractures de fragilité, fracture vertébrale ou périphérique
 - o Corticothérapie systémique en cours (de plus de 3 mois consécutifs avec une posologie de plus de 7,5mg d'équivalent prednisone) ou autre traitement ou affection responsable d'ostéoporose (hypogonadisme prolongé, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive)
 - o Âge supérieur à 60 ans
 - o Tabagisme
 - o Immobilisation prolongée

- De plus, chez la femme ménopausée, d'autres critères sont pris en compte, tels que :
 - o IMC < 19
 - o Ménopause avant 40 ans
 - o Fracture de fragilité du col fémoral chez un parent du premier degré
- Facteurs accroissant le risque de chute
 - o Alcoolisme
 - o Baisse de l'acuité visuelle
 - o Troubles neuromusculaires et/ou orthopédiques

Il existe plusieurs spécialités sur le marché indiquées dans le traitement ou la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. Les médicaments les plus utilisés pour traiter l'ostéoporose sont les bisphosphonates. Ces molécules freinent l'activité des ostéoclastes, les cellules qui dégradent l'os, limitant ainsi la perte osseuse (60). Il est recommandé d'effectuer un bilan bucco-dentaire avant l'instauration du traitement par les bisphosphonates, suivi des soins nécessaires, en raison du risque d'ostéonécrose mandibulaire. Ce bilan devra être répété au moins une fois par an pendant toute la durée du traitement. La patiente doit être informée qu'un bisphosphonate par voie orale doit être pris à jeun et au moins 30 minutes avant le repas, sauf si la spécialité prescrite est Actonel® sous forme gastro-résistante, qui doit être pris après le petit-déjeuner pour éviter le risque de douleur abdominale (61). Le bisphosphonate prescrit doit également être pris debout ou assis (sans se recoucher ensuite), et avec un grand verre d'eau plate peu minéralisée (eau du robinet par exemple), pour réduire le risque de lésion œsophagienne (59).

Dans le cas où les bisphosphonates ne peuvent pas être utilisées, il existe d'autres classes thérapeutiques. Les différentes classes de médicaments utilisées dans le traitement de l'ostéoporose sont regroupées dans le Tableau 9.

Tableau 9 Traitements de l'ostéoporose

<p>Bisphosphonates <i>Actifs sur la minéralisation osseuse</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actonel® - Fosamax®
<p>Anticorps monoclonal - <i>Deuxième intention</i> - <i>Bloque les ostéoclastes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prolia® (Dénosumab) <p>Solution injectable en sous cutané 1 injection tous les 6 mois</p>
<p>Modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes (SERM) - <i>Effets positifs :</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Actifs sur l'ostéoporose et bénéfique au niveau du système cardiovasculaire</i> o <i>Action préventive sur la survenue d'un cancer du sein et de l'endomètre</i> - <i>Effets néfastes :</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Les bouffées de chaleur persistent voire sont augmentées</i> o <i>Effets prothrombotiques</i> Dose : 60 mg par jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evista® (Raloxifène) - Optruma® (Raloxifène)
<p>Substance proche de l'hormone parathyroïdienne <i>Régule le taux de calcium et phosphore dans le sang → stimule la formation de l'os</i> <i>Solution injectable, administration quotidienne</i> <i>Médicament d'exception</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forsteo®, Movymia® (Tériparatide)
Traitements Hormonaux de la Ménopause	
<p>Calcitonine <i>Hormone freinant l'activité des ostéoclastes</i> <i>Utilisée lors d'une immobilisation prolongée, notamment à la suite d'une fracture récente due à l'ostéoporose</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calsyn®, Miacalcic® (Calcitonine)

(5,62)

f) Homéopathie

Il existe la spécialité Acthéane®, qui est composée de Glonoïnum 4 CH, Lachesis mutus 9 CH et Sanguinaria canadensis 4 CH. La posologie est de 1 comprimé 2 à 4 fois par jour, à adapter selon l'intensité des symptômes.

Il est possible de compléter par 5 granules le matin de FSH 9 CH et de Belladonna 9 CH (43,45).

g) Aromathérapie

Nous rappelons tout d'abord que les huiles essentielles (HE) sont déconseillées chez les patientes épileptiques ou ayant des antécédents de convulsions, ainsi que chez les patientes asthmatiques.

Pour soulager les bouffées vasomotrices, il est possible d'utiliser de l'HE de Sauge sclarée : à raison de 2 gouttes sur un comprimé neutre, 3 fois par jour. On peut également utiliser de l'HE de cyprès toujours vert, HE de menthe poivrée et de l'HE de citron, en mélangeant 1 goutte de chaque HE dans 5mL d'huile végétale de calophylle, et appliquer le mélange sur le plexus solaire 2 à 3 fois par jour (43).

3. Contraception chez la femme pré ménopausée

Chez patientes en période de péri-ménopause, on observe une diminution de la fertilité. Cependant, il est nécessaire pour ces femmes d'avoir une contraception efficace.

Les piliers d'une contraception adaptée restent l'efficacité, la sécurité, l'acceptabilité et les avantages non contraceptifs. Les avantages non contraceptifs permettent de réduire l'intensité, voire de supprimer certains symptômes et ainsi améliorer la qualité de vie.

Après 45 ans, la proportion de patientes présentant certaines comorbidités augmente de manière significative. Avant toute proposition de contraception, il est primordial d'évaluer les antécédents médicaux personnels et familiaux, sur le plan oncologique, cardiovasculaire et thrombotique. On recherchera alors différentes manifestations chez la femme ménopausée : migraines, surpoids, tabagisme, diabète débutant, hypertension artérielle, syndrome métabolique. Un risque accru d'ostéoporose peut aussi influencer le choix d'un contraceptif. D'un point de vue gynécologique, il sera bon d'approfondir les recherches en cas de saignements utérins anormaux ou de douleurs pelviennes. Les méthodes de contraception disponibles sont représentées dans le Tableau 10.

Tableau 10 Méthodes contraceptives recommandées ou non chez la femme ménopausée (63)

	Type de contraception	Remarques
Méthodes contraceptives recommandées	Préservatif masculin	Efficace, si compliance du couple. De plus, protège des maladies sexuellement transmissibles Limite : troubles érectiles chez 30% des hommes à partir de 45 ans.
	Préservatif féminin	Bonne alternative au préservatif masculin, mais mauvaise acceptabilité
	Diaphragme	
	Contraception Hormonale Combinée <i>(Pilule par voie orale, patch transdermique ou anneau vaginal)</i>	Si absence de facteurs de risques Régularisation des cycles, diminution saignements, soulages symptômes vasomoteurs
	Contraception progestative <i>(Pilule, implant sous-cutané, dispositif intra-utérin)</i>	
	Stérilet en cuivre	Si règles habituellement peu abondantes En revanche, si saignements abondants ou pathologie utérine, son utilisation est déconseillée
Méthodes contraceptives non recommandées	Calendrier, Prise de température, Etude de glaire cervicale	Irrégularité des cycles et inconstance des signes fonctionnels lors de la péri-ménopause
	Contraception Hormonale Combinée	Si facteurs de risques (tabac, obésité, diabète, hypertension artérielle, migraines)

Généralement, une patiente peut arrêter la contraception après un an d'aménorrhée si celle-ci survient après 50 ans, et après deux ans d'aménorrhée si elle survient avant 50 ans.

II. Etude qualitative

A. Présentation de l'étude mise en place

1. Objectif

L'objectif de cette étude est de comparer les attentes des femmes ménopausées avec la prise en charge réalisée par les pharmaciens d'officine, afin de pouvoir appréhender au mieux les symptômes de la ménopause et répondre aux attentes.

2. Méthodes

Cette étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-directifs. L'étude qualitative permet de comprendre en profondeur les attitudes et les comportements. Afin de réaliser cette étude, j'ai réalisé 2 questionnaires, un destiné aux patientes ménopausées, et l'autre destiné aux pharmaciens d'officine.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2019 et mai 2020 auprès de 10 patientes (âgées de 49 à 61 ans). Ces femmes sont des patientes des pharmacies de Bénouville, Cesny-Bois-Halbout, Epron, Potigny et Soliers. Les entretiens ont également été réalisés auprès de 7 pharmaciens d'officine (5 titulaires et 2 assistants), tous formés à la Faculté de Caen. Ils ont été diplômés entre 2000 et 2011. Parmi ces pharmaciens, j'ai interrogé 2 hommes et 5 femmes. Les pharmacies ayant participé à cette étude sont situées à Bénouville, à Soliers, à Epron et à Potigny.

La première trame de questionnaire permet d'avoir le ressenti des femmes ménopausées sur leurs symptômes, ainsi que leur avis sur la qualité leur prise en charge. J'ai mené moi-même ces entretiens afin d'en recueillir les informations principales. Les entretiens ont été menés soit en face à face, soit par appel téléphonique, soit par échanges de mails. Cela m'a permis de mettre en commun les idées les plus communes entre toutes les femmes ménopausées.

La deuxième trame permet de faire un état des lieux des connaissances et de l'aisance du Pharmacien d'officine sur le sujet.

B. Résultats de l'étude et discussion

1. La manifestation des symptômes et le vécu des femmes ménopausées

a) Âge de la survenue de la ménopause

La moyenne d'âge de survenue de la ménopause chez ces femmes interrogées est de 47,2 ans. L'âge de survenue variait entre 42 et 50 ans. L'une d'entre elle n'est pas encore ménopausée, elle est en pré ménopause depuis 2 ans, ses premiers symptômes sont apparus à 47 ans.

Certaines femmes pensent que leur ménopause est arrivée à la suite d'un changement dans leur vie.

« J'ai été ménopausée à 42 ans suite à un changement de grade dans mon travail. »

« J'ai été ménopausée à 50 ans, brutalement, suite au décès de mon papa. »

b) Les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur ont été évoquées chez toutes les femmes interrogées. Elles sont plus ou moins handicapantes. Elles ont été décrites comme « insupportables », « extrêmement désagréables », « symptôme le plus gênant ». L'une des femmes a même annoncé avoir lancé un « appel au secours » à son gynécologue pour la soulager.

« Je dois les supporter car je n'ai pas le choix »

Elles peuvent se manifester à n'importe quel moment, mais en journée, ce qui dérange le plus c'est au travail car certaines femmes emmènent un change : soit elles se changent quand elles le peuvent, soit elles se couvrent encore plus pour masquer les traces de transpiration. Elles se sentent observées lors de leurs bouffées vasomotrices, comme si tout le monde autour d'elles les voyait dégoulinantes. La nuit, les bouffées de chaleur réveillent, parfois plusieurs fois par nuit (jusqu'à 4 fois d'après les entretiens menés), et entraînent donc des insomnies. Cela oblige la femme à se lever, se changer car elle est en sueur, et parfois même à prendre l'air frais ou boire un verre d'eau. Le sommeil est alors agité, car cela empêche de dormir, de se détendre, de se reposer. L'une des femmes interrogées a avoué dormir au maximum

6 heures d'affilées. Ce manque de sommeil entraîne une fatigue et des troubles de l'humeur.

L'une des femmes interrogées a constaté une augmentation de l'intensité de ses bouffées de chaleur depuis 3 ans, se demandant jusqu'où cela pouvait aller, elle a préféré s'en référer à son gynécologue.

Il n'y a pas de facteur déclenchant à ces bouffées de chaleur, mais les femmes disent qu'il « ne faut pas y penser », sinon une bouffée peut se manifester. Parfois elles se déclenchent tout de même lors d'un effort, notamment au travail lors d'un stress ou d'un effort, et cela de manière démesurée. Certaines femmes sont revenues me voir au comptoir en m'avouant qu'elles étaient stressées (période de COVID-19) et elles ont constaté une augmentation de fréquence de leurs bouffées.

L'une des femmes, ménopausée depuis 8 ans, a tout de même toujours une bouffée de chaleur qui survient tous les 15 jours environ.

Une femme de 51 ans, avec des symptômes depuis 1 an, dit avoir des bouffées de chaleur sans transpiration, mais elle devient rouge, et ces bouffées l'énervent et lui font perdre sa patience.

c) *La prise de poids*

La prise de poids a été évoquée chez plusieurs femmes. Malgré la poursuite de leur activité physique (voire une augmentation de la fréquence de l'activité physique) ainsi qu'un changement des habitudes alimentaires, elles n'ont pas réussi à retrouver leur poids d'origine. Elles réussissent parfois à perdre un peu, mais leur poids finit par stagner.

« J'ai pris des kilos, et une taille de pantalon, en continuant mes habitudes alimentaires. Je suis passée de 56 à 62 kilos, donc je fais attention. J'ai réussi à redescendre à 58 kilos mais je stagne »

Le poids ne traduit pas toujours la masse grasse, donc la confirmation de ce changement s'est également traduite par une augmentation de taille de pantalon. L'une d'entre elles a constaté une augmentation de la taille de sa poitrine en plus de sa prise de poids au niveau abdominal. Le changement de leur corps est, selon ces femmes, difficile à accepter. Cela entraîne souvent un changement dans leur vie sexuelle car elles ne se sentent plus aussi bien dans leur corps.

d) Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil ont été abordés chez la plupart des femmes interrogées. Ils sont induits par les bouffées de chaleur nocturnes. Elles empêchent donc de dormir, voire de se rendormir, elles obligent les femmes à se lever pour ouvrir les fenêtres, prendre l'air, boire un verre d'eau, se couvrir moins, voire parfois de changer de chemise de nuit plusieurs fois dans la même nuit. Le sommeil a été qualifié de mauvaise qualité, car il est agité. Ce manque de sommeil a impliqué chez certaines femmes un manque de concentration au travail. Il y a donc un impact sur la vie professionnelle. Parfois, c'est aussi l'acceptation de cette étape de la vie qui empêche de dormir, le vieillissement de soi inquiète certaines femmes. Ces troubles du sommeil ont également entraîné chez ces femmes des troubles de l'humeur, et une « grosse fatigue ».

e) Troubles de l'humeur

Dans un premier temps, il faut savoir que cette notion de troubles de l'humeur chez la femme ménopausée est assez controversée. Certaines femmes interrogées disent ne pas avoir eu de changement d'humeur. En effet, c'est parfois l'entourage qui renvoie cette image.

« Dès qu'on est un peu irritable parce que moins bien dormi, ou lors d'une journée moins gaie, on vous dit « oh c'est bon toi et tes symptômes de femme ménopausées ! »

D'autres diront qu'elles étaient déjà de nature stressée et irritable, et que cette étape de la vie n'a rien changé.

Dans un second temps, il est important de souligner que certaines femmes ont eu une baisse de moral. Certaines parlent simplement de « coup de mou », et certaines de « dépression ».

« Les hommes sont compréhensifs, sinon divorce assuré ! »

D'après ces femmes, cette étape peut être mal vécue, et plus elle arrive tôt dans la vie, plus elle est difficile à supporter.

Dans un troisième temps, la notion d'irritabilité a été abordée par la moitié des femmes. Cela pouvait également se traduire par une perte de patience et un stress permanent.

En conclusion, ce qui a été le plus souvent évoqué pour ces troubles de l'humeur est l'irritabilité. Mais chez certaines femmes, cela s'est plutôt traduit en une perte de moral et une difficulté à accepter cette étape.

f) *Autres symptômes*

Au cours des différents entretiens, quelques femmes ont abordé des problèmes de sécheresse cutanée. D'autres ont évoqué une baisse de la libido mais ne se sont pas éternisées sur le sujet. La sécheresse vaginale, symptôme mentionné par l'une des femmes ayant participé à l'étude, a entraîné des rapports sexuels douloureux.

Lors de cette étude, des symptômes « inattendus » ont pu être relevés tels que des douleurs mammaires présentes seulement depuis la ménopause, des maux de ventres, des œdèmes au niveau des mains entraînant une diminution de la dextérité. L'une des femmes, en plus de sa sécheresse cutanée, subit une sécheresse oculaire. Désormais, à cause de cette sécheresse oculaire, qui est douloureuse et gênante, elle a toujours sur elle son collyre lubrifiant. L'ostéoporose s'est installée chez l'une des femmes ménopausées interrogées.

g) *Pensées positives*

J'ai pu constater lors de ces entretiens que certaines femmes ont tenu un discours positif sur la question.

« Le fait de ne plus avoir de menstruations, et de ne plus avoir à se protéger pour les rapports sexuels, c'est plutôt fun ! »

Elle a abordé cette question de protection pour ce qui est de la contraception, et non des maladies sexuellement transmissibles. Elle a terminé notre entretien en affirmant que la ménopause ne l'avait pas changée.

« Je suis heureuse de ne plus avoir de règles »

Nous pouvons donc remarquer que ces femmes abordent le sujet des menstruations. Pour certaines femmes, cela pourrait être la fin de la fécondité, mais la plupart des femmes sont tout de même soulagées de ne plus avoir de saignements tous les mois.

Enfin, la ménopause peut être perçue comme un renouveau. Cette femme de 61 ans semble aller de l'avant, malgré les symptômes gênants induits par la ménopause.

« Il ne faut pas se laisser aller ! Ce n'est pas parce qu'une femme est ménopausée qu'elle est vieille, il suffit d'avoir un certain dynamisme, c'est-à-dire avoir des activités physiques et sociales. Il faut prendre soin de soi, se redresser, s'habiller, avoir des projets et surtout se faire plaisir. La ménopause est un arrêt de la conception, mais pas un arrêt de la vie ! »

2. Retour sur la prise en charge et l'efficacité des traitements

a) Prise en charge par des médicaments

(1) Médicaments libre accès

Je commencerai par parler des différents produits utilisés, puis j'aborderai le sujet de l'efficacité jugée par les femmes interrogées.

Tout d'abord, j'ai pu notifier que les produits les plus utilisés par ces femmes visent à apaiser les bouffées de chaleur. Pour se faire, elles utilisent des compléments alimentaires, des sticks aux huiles essentielles, des comprimés d'homéopathie ou encore des complexes de bourgeons de plantes. Puis, arrivent dans un second temps des produits pour traiter d'autres symptômes. Pour la sécheresse cutanée, l'une des femmes a dû changer de gamme de produit pour pallier ce manque d'hydratation. Pour ce qui est de la sécheresse vaginale, l'une a utilisé un gel lubrifiant non hormonal.

Ensuite, j'ai pu souligner un clivage des avis sur les produits. Parmi les femmes ayant essayé les médicaments OTC (Over The Counter), plus de la moitié se sont plaintes d'une absence d'efficacité. En revanche, les autres femmes utilisent ces produits au quotidien. J'ai pu comparer ces résultats. En effet, les femmes jugeant les médicaments OTC efficaces en utilisent plusieurs en même temps (en l'occurrence 2 produits à chaque fois), et sous différentes formes. L'une a associé médicament par voie orale avec un spray buccal, une autre utilise un médicament par voie orale avec un stick, et la dernière utilise un gel intime avec une crème pour le corps.

Enfin, chez les femmes ayant ressenti un manque d'efficacité, elles n'ont essayé qu'un seul produit, et l'une en a essayé 3 différents mais à la suite, et non pas en association. Ces femmes se sont plaintes du prix.

« Le coût des produits est un frein à la prise d'un traitement naturel »

Pour l'une de ces femmes, le gynécologue avait proposé un médicament OTC à prendre pendant 3 mois. Au bout des 3 mois, il lui conseillait un autre médicament

OTC car le précédent n'avait pas fonctionné. Après ces deux essais non concluants, il a passé sa patiente sous traitement aux hormones.

(2) Médicaments hormonaux

Sur les femmes interrogées, plus de la moitié sont sous traitement hormonal de la ménopause. Parmi ces femmes, certaines ont un traitement unique par voie orale et peu d'entre elles ont une association de traitements par voie cutanée et par voie orale.

Le traitement n'a jamais été réévalué chez la plupart de ces femmes. En revanche, chez l'une d'entre elles, le traitement a été réévalué au bout de 5 ans car elle avait à nouveau des bouffées de chaleur. Par ailleurs, son traitement aurait dû être arrêté, mais elle a refusé. Ayant rencontré récemment quelqu'un, elle souhaite éviter l'arrivée de la sécheresse vaginale.

J'ai relevé, au cours de ces entretiens, que l'observance est excellente car ces femmes sont conscientes que si elles sautent une prise, les bouffées de chaleur reviennent. L'une d'entre elles en a déjà subi les conséquences lors d'un oubli.

« J'avais chaud parfois dans la journée, puis j'ai réalisé que j'avais oublié mon comprimé. »

Lors de l'instauration du traitement aux hormones, leur gynécologue les a systématiquement rassurées quant au risque de survenue de cancers hormono-dépendants. Les gynécologues affirment qu'ils n'ont pas plus de patientes cancéreuses avec ce traitement, que de femmes cancéreuses sans ce traitement.

Ces femmes n'ont pas recours aux médecines parallèles. Aucune d'entre elles ne prend de médicament OTC (Over The Counter) pour les symptômes de la ménopause car leur traitement instauré par leur gynécologue est suffisamment efficace.

« Je souhaite continuer mon traitement car les troubles liés à la ménopause sont de retour lorsque je l'arrête, mes insomnies, réveils nocturnes dus aux bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, grosse fatigue, sécheresse de la peau »

Enfin, certaines femmes interrogées auraient pu arrêter leur traitement au bout de 5 ans, mais lors de l'arrêt du traitement, les symptômes sont revenus. Pour l'une

d'entre elles, la gynécologue lui a alors proposé de prendre son traitement un jour sur deux. Pour l'autre, la gynécologue a simplement poursuivi la prescription du traitement.

b) Prendre soin de soi

D'autres remèdes peuvent soulager ces femmes. L'une d'entre elles prend une heure par semaine pour prendre soin d'elle à l'aide de soins ou de massages. Une autre pratique la relaxation.

c) Ressenti sur la prise en charge par les soignants

Plusieurs soignants sont mis en avant par ces femmes ménopausées, mais leurs avis diffèrent. Ces femmes ont donc souvent abordé le sujet avec leur gynécologue, leur médecin traitant et leur pharmacien.

Tout d'abord, pour ce qui est du gynécologue, plus de la moitié des femmes avec qui je me suis entretenue se sentent comprises par ce spécialiste. Notamment quand leur gynécologue est une femme. Ce spécialiste s'intéresse à leur qualité de vie de femme, c'est-à-dire au niveau des bouffées de chaleur, mais également des relations intimes. Pour ce qui est des explications, les réponses ont été souvent très claires sur ce qu'étaient les symptômes de la ménopause, notamment sur les bouffées de chaleur, la sécheresse cutanée et l'irritabilité. Ce qui est apprécié de ces femmes, c'est que le discours de leur gynécologue est franc. De plus, ce spécialiste laisse le choix à la femme de décider de son traitement. L'un d'entre eux a dit « si vous ne voulez pas prendre de traitement aux hormones, j'accepte, mais si les symptômes deviennent trop gênants, reprenez contact ». Lors de l'instauration du traitement, le gynécologue explique clairement le traitement prescrit. J'ai pu également noter la notion de « connaissances ». Certaines femmes disent que le gynécologue a plus de connaissances en la matière, en comparaison avec leur médecin généraliste.

En revanche, une minorité des femmes interrogées ne se sentent pas assez prises au sérieux par leur spécialiste. Ce que les femmes disent, c'est que quand leur gynécologue est un homme, elles se sentent moins comprises, moins écoutées. De plus, de nombreuses femmes se sont posées la question de la contraception. En effet, lorsque les symptômes arrivent, le rendez-vous prévu chez le gynécologue est parfois loin dans le temps, alors que plusieurs questions arrivent, notamment sur l'arrêt ou non de la contraception. Les patientes soulignent ici le manque de disponibilité de leur spécialiste. Les gynécologues arrêtent la pilule ou retirent le stérilet de ces femmes. Elles se sentent alors obligées de passer au préservatif tant que la ménopause n'est pas officiellement déclarée. De plus, certains gynécologues disent que la ménopause,

c'est simplement un « mauvais moment à passer », et n'entament donc pas de discussion et ne prodiguent pas de conseils à leurs patientes. Parfois, le rendez-vous chez leur spécialiste ne laisse même pas le temps à une réelle discussion. L'une des femmes ménopausées interrogée souhaite changer de gynécologue afin d'avoir un second avis, car le sien ne souhaite pas lui prescrire de traitement hormonal.

Ensuite, je vais aborder le point de vue de ces femmes envers la prise en charge de leur médecin traitant. J'ai relevé lors de ces entretiens que la moitié de ces femmes ne comptent pas sur leur médecin traitant pour cette prise en charge de la ménopause. Certaines femmes estiment que leur médecin traitant manifeste un manque d'intérêt pour la ménopause. Parfois, le médecin est d'accord pour en parler mais il n'aborde pas de lui-même le sujet. Chez certaines femmes sous traitement hormonal, le sujet n'a même jamais été abordé au sein du cabinet du médecin généraliste. Les femmes ont confiance en leur médecin généraliste mais certaines estiment que certaines prises en charge nécessitent tout de même un spécialiste. Cela s'illustre également par un refus de prescription de traitement hormonal par certains médecins généralistes car ils évoquent que cette thérapie entraîne des risques au long terme.

Enfin, je vous fais part de l'avis de ces femmes sur la qualité de la prise en charge de la femme ménopausée par le pharmacien d'officine. Lors de cette étude, peu de femmes ne font pas appel à leur pharmacien. Il a été dit lors de cette étude que le pharmacien portait de l'intérêt à l'instauration du traitement, mais l'intérêt s'est effacé avec le temps. Certains pharmaciens n'ont pas l'écoute attentive envers ce sujet de la ménopause. De plus, les médecins s'intéresseraient suffisamment à ce sujet, et il en est ressorti que la prise en charge de la ménopause n'était alors pas du ressort du pharmacien. Pourtant, certaines femmes disent que les pharmaciens d'officine sont les premiers à les soulager des symptômes induits par la ménopause. L'une des qualités mise en avant du pharmacien d'officine est l'écoute. L'une des femmes dit s'être sentie réellement écoutée, notamment parce que sa pharmacie de proximité est composée d'une équipe de femmes. D'après les dires de ces femmes, le pharmacien donne l'indication des traitements ainsi que des explications sur la posologie. Ce professionnel de santé a également pour rôle de rassurer les femmes quant au traitement hormonal de la ménopause. Les femmes interrogées disent, dans tous les cas, avoir une confiance aveugle en le personnel de leur pharmacie.

Pour conclure sur cette partie, les femmes ménopausées disent faire le premier pas, de façon générale, pour aborder le sujet avec le professionnel de santé. Ces

femmes sont donc demandeuses de conseils voire de traitement pour pallier ces symptômes qui altèrent leur qualité de vie.

d) Suggestions émises par les patientes

Afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes de ces femmes, je leur ai demandé ce qui pourrait, dans l'idéal, être fait pour elles afin de les accompagner.

Tout d'abord, elles ont abordé la notion de « soutien ». Ces femmes souhaitent être comprises, soutenues. Quelques femmes interrogées ont évoqué la notion de « groupe de parole » afin d'être enfin prise au sérieux, car souvent, comme les symptômes ne se voient pas et que ce n'est pas une maladie, elles ressentent le manque de prise au sérieux de leur entourage. Elles disent qu'il faut libérer la parole et en parler plus. Toujours avec cette notion de soutien, une aide psychologique ou morale pourrait être proposée, seule ou en groupe, avec de professionnels ou animateurs de séance.

Puis, la notion de « conseil » a été abordée. Les femmes pensent que les conseils de la part des professionnels de santé en général pourraient aider les femmes de façon générale afin de pallier ces symptômes. Ces conseils permettent également une prise en charge plus personnalisée. Les femmes sont demandeuses de conseils pour s'entretenir physiquement, moralement et socialement. Il pourrait même être réalisé une sorte de prévention, c'est-à-dire expliquer aux femmes avant les premiers symptômes que la ménopause est un changement hormonal qui induit certains symptômes.

Ensuite, il a été demandé un recours à « d'autres formes de médecines », et des traitements naturels efficaces.

Pour finir, il en est ressorti que parfois, les femmes souhaiteraient recevoir plus d'informations sur ce qui leur arrive. Il a été abordé le sujet d'un « site internet officiel » qui pourrait être réalisé en collaboration avec des médecins, pharmaciens, et femmes ménopausées. Ce site internet permettrait alors de se renseigner sur les différents symptômes rencontrés afin d'avoir différentes propositions de conseils et de prise en charge. Certaines femmes ont refusé d'aller auparavant se renseigner sur internet à cause de mauvaises informations qui pourraient circuler. Ce site serait alors une bonne solution si les médecins et pharmaciens en faisaient la promotion.

3. *Le diagnostic de la ménopause et la réponse des pharmaciens*

a) *Stock et fréquence des délivrances*

Pour commencer, je vais aborder la question des gammes de produits OTC (Over The Counter) référencés, puis je parlerai des stocks des médicaments sur prescription médicale dédiés aux femmes ménopausées dans les officines ainsi que la fréquence des ventes. Enfin, je parlerai de la gestion du stock de ces produits en officine.

En moyenne, sur ces 4 pharmacies d'officines, sont détenues 3,94 références de produits de OTC destinées aux femmes ménopausées. Pour ce qui est de la fréquence de vente de ces produits OTC, elle varie de 1 par mois jusqu'à 1 fois par jour.

En ce qui concerne les médicaments sur prescription, le stock est toujours présent, et la commande de médicaments sur présentation de l'ordonnance est rarissime.

Enfin, j'aborderai la question du stock. L'une des pharmacies a grandement diminué ses différentes références, dû à une diminution de demandes au comptoir. De plus, leurs patientes sont très suivies par leurs différents médecins, et les femmes ménopausées qui viennent à leur pharmacie ont généralement une prescription médicale. Ils disent même que les médicaments OTC de la ménopause ne marchent pas dans leur officine. Ensuite, pour ce qui est de la satisfaction des pharmacies quant à l'offre de produits proposés, la plupart des titulaires sont satisfaits. En effet, au vu de la demande ainsi que des différents domaines proposés (homéopathie, micronutrition, phytothérapie...), ils disent pouvoir répondre aux attentes. En revanche, le dernier titulaire, ainsi que les deux assistants disent qu'ils pourraient mieux faire au niveau de la quantité de produits à proposer. L'un des assistants souhaiterait même élargir la gamme OTC et parapharmacie sur la ménopause.

b) *Aisance de la prise en charge*

Lors de ces entretiens, j'ai demandé aux pharmaciens d'officine s'ils étaient à l'aise lors de la prise en charge des femmes ménopausées au comptoir. Les pharmaciens ont répondu « Oui » pour 3 d'entre eux, en revanche, 3 autres ont répondu « Non ». La dernière réponse était un « Oui » en début d'entretien, puis, au fur et à mesure de la discussion, le pharmacien est revenu sur cette question.

Finalement, il s'est remis en question au niveau de la qualité de sa prise en charge, au vu des nombreux symptômes évoqués auxquels il ne pensait pas toujours.

En ce qui concerne les médicaments sur prescription, une petite moitié des pharmaciens interrogés estiment être capable de les conseiller, un autre admet ne pas avoir la capacité de conseiller ces médicaments. Les autres pharmaciens « espèrent » savoir conseiller. Ils pensent qu'ils peuvent en conseiller certains (notamment pour ce qui est des prises de comprimés et des gels) mais ne sont pas à l'aise avec les capsules vaginales. Enfin, chez ces pharmaciens qui doutent de leur prise en charge, ils pensent qu'ils pourraient s'améliorer au niveau des fréquences de prises et des effets secondaires.

Ensuite, pour ce qui est de la capacité à cerner les troubles, les pharmaciens disent qu'ils sont globalement en difficulté. Pour la plupart d'entre eux, ces symptômes sont personne-dépendants. Il y a une différence de caractère entre chaque femme, des sensibilités différentes, il est donc difficile d'en apprécier l'impact au quotidien. Certaines femmes pharmaciens ont la capacité de les comprendre. Mais les deux pharmaciens hommes interrogés estiment ne pas être en capacité de comprendre ces femmes. La plus jeune des pharmaciens interrogés est pourtant très à l'aise et comprend leurs symptômes. Elle estime d'ailleurs que ces symptômes sont sous-estimés par manque de dialogue, car les femmes pensent ce sujet tabou, et que les professionnels de santé ne prennent pas assez à cœur cette période de la vie de la femme.

Puis, pour ce qui est de l'aisance à conseiller des médicaments OTC, peu de pharmaciens sont satisfaits de leur capacité à les délivrer. En revanche, la plupart des autres disent pouvoir s'améliorer, compléter leurs connaissances, certains même comptent se former prochainement suite à notre entretien. L'un des pharmaciens pense avoir un minimum de connaissances sur le sujet, et pense manquer de formation sur les médicaments OTC.

Enfin, j'ai demandé aux pharmaciens s'ils avaient le sentiment de bien répondre à la demande de ces femmes au comptoir. Un seul pharmacien a affirmé que oui. Trois autres pharmaciens ont émis des réserves, sous forme de « Oui, mais... »

« Oui, mais je souhaiterais avoir la possibilité de proposer quelque chose de plus efficace, notamment pour les bouffées de chaleur. »

« Globalement oui, mais je souhaiterais avoir une formation pour évoluer »

« Oui, mais j'aimerais vraiment faire une formation pour avoir des conseils en plus à donner, notamment en aromathérapie, et mieux comprendre l'impact de la ménopause sur le sommeil, les troubles de l'humeur et les bouffées de chaleur. »

Pour finir, les autres pharmaciens pensent ne pas bien répondre à la demande des patientes. L'un d'entre eux a introduit la notion de « suivi ».

« Il faudrait un suivi plus régulier, car souvent les femmes et nous, abandonnons dès le premier échec du traitement. »

c) Connaissances et formations

La nature des formations varie d'un pharmacien à l'autre. Certains n'ont reçu aucune formation sur le sujet tandis que d'autres ont été formés.

Certains ont été formés à la faculté de Caen, lors d'enseignement de pharmacologie et d'endocrinologie. L'un des professeurs subissait ses premiers symptômes de la ménopause donc le sujet a été abordé ouvertement devant les étudiants en pharmacie. Ces pharmaciens ont reçu 2 heures de cours sur la totalité de leur cursus. Une autre formation a été proposée en dernière année d'étude dans le cadre des conseils à l'officine.

D'autres ont été formés par certains laboratoires, mais avouent que d'autres laboratoires ne sont jamais venus leur présenter leur produit malgré le fait que la pharmacie référence le médicament. Lors de la venue des laboratoires, la formation sur le sujet est trop rapide (de quelques minutes seulement).

Des organismes de formations ont permis de former les pharmaciens sur ce thème. Parmi les pharmaciens ayant participé à notre entretien, une seule a été formée de cette manière pour une prise en charge générale, et une autre a été formée dans le cadre d'une formation de micronutrition.

Des pharmaciens se sont formés de manière autodidacte, notamment sur la prise en charge des femmes ménopausées avec des antécédents de cancers-hormono-dépendants pour donner suite à certaines demandes.

De manière globale, les pharmaciens estiment qu'ils ont eu des formations de trop courte durée, et de fréquence faible.

d) *Prise en charge*

Pour ce qui est du choix du traitement proposé par le Pharmacien, il est souvent personnalisé en fonction de la demande. En revanche, certains pharmaciens ont un conseil « automatique », qu'ils proposeront systématiquement à chaque femme ayant une demande pour ses symptômes de la ménopause.

Le médicament le plus délivré, proposé par chacun de nos 7 pharmaciens interrogés, est un médicament à base d'Homéopathie, notamment pour son côté sûr. Il est conseillé pour les bouffées de chaleur principalement.

Vient ensuite la nutrithérapie, notamment avec l'huile d'onagre car elle n'a également pas d'interactions avec d'autres traitements, ni de contre-indication. Elle est utilisée dans le cas de bouffées de chaleur, sécheresse (cutanée ou au niveau des muqueuses) et trouble de l'humeur. D'autres conseillent des complexes de micronutrition, également pour traiter les bouffées de chaleur, sécheresse vaginale mais également pour les troubles de l'humeur, l'asthénie et la prise de poids. D'ailleurs, les pharmaciens ont généralement de bons retours sur la nutrithérapie.

Certains délivrent de la phytothérapie. L'un des pharmaciens délivre notamment des gélules de curcuma afin de traiter les douleurs articulaires. D'autres utilisent des complexes de phytothérapie en local, pour un effet froid instantané, dans le cadre de bouffées de chaleurs.

Un seul des pharmaciens interrogés propose des gels intimes pour la sécheresse vaginale. Les autres disent que ce point est souvent plutôt abordé avec le gynécologue, et qu'ils ne reçoivent pas énormément de demandes au comptoir.

e) *Efficacité des traitements proposés*

Dans cette partie, j'observerai le point de vue du pharmacien sur l'efficacité des traitements délivrés. Dans un premier temps, j'aborderai l'efficacité des médicaments libre-accès, puis, dans un second temps, je traiterai de l'efficacité des médicaments sur prescription.

Tout d'abord, pour ce qui est des médicaments en libre accès, certains pharmaciens ne se prononcent pas sur l'efficacité. Ils ajoutent tout de même qu'il y a sûrement une part de placebo et une part d'activité. De plus, ils pensent que les résultats sont aléatoires, et que nous n'avons pas assez de recul sur ces thérapies. D'autres pharmaciens pensent que les médicaments OTC sont peu efficaces. Ils en

sont arrivés à cette déduction car les retours sur les produits sont différents selon les femmes. La notion de placebo a été abordé une seconde fois par un autre pharmacien.

« L'effet placebo peut fonctionner au début des troubles de la ménopause. L'OTC doit être un traitement de première intention. »

Enfin, les derniers pharmaciens pensent que les médicaments libre-accès sont efficaces. L'un d'entre eux dit que la phytothérapie ainsi que l'homéopathie ont fait leurs preuves. Un autre pharmacien a également abordé la notion de « variabilité » de réponse au traitement d'une personne à une autre. L'un des pharmaciens qualifiant ces produits comme efficaces, précise qu'ils sont efficaces lors des premiers symptômes. Il conseille tout de même un rendez-vous chez le gynécologue sur le long terme afin d'avoir un traitement aux hormones qui, selon lui, traite réellement le fond du problème.

Ensuite, les pharmaciens sont en accord pour dire que les médicaments sur prescription sont efficaces. L'un d'entre eux qualifie même ces traitements de « très » efficaces. Selon eux, ces traitements sont efficaces car ils agissent sur les hormones. Un autre pharmacien les évalue d'efficaces car lorsque les femmes arrêtent leur traitement, les symptômes reviennent. D'autres pharmaciens émettent quelques réserves, car ces traitements ne conviennent pas à toutes les femmes (antécédents de cancer hormono-dépendant notamment) et la durée du traitement est limitée. L'un des pharmaciens pense que la réponse au traitement hormonal, tout comme pour les médicaments OTC, varie d'une personne à l'autre. Le pharmacien, qualifiant ces médicaments hormonaux de très efficaces, a remarqué que les femmes prenant ce traitement depuis plusieurs années ont retrouvé un réel bien-être. Il a eu énormément de femmes désespérées au comptoir lors de la rupture des gels. L'inquiétude de ces femmes a conforté son idée.

f) Professionnels de santé, soignants et médecines alternatives

Dans cette partie, je traiterai des différents intervenants possibles pour une femme ménopause, du point de vue des pharmaciens d'officine.

Tout d'abord, le gynécologue a été cité par la majorité des pharmaciens. En revanche, ce n'est pas toujours le premier choix pour le pharmacien d'officine. Parfois, le médecin traitant a été décrit comme premier professionnel de santé à pouvoir agir (puis relais par le gynécologue si nécessaire) mais l'un des pharmaciens n'oriente pas

vers le médecin traitant car l'instauration du traitement hormonal ne passe jamais pas le médecin généraliste.

Ensuite, le professionnel de santé le plus cité est la sage-femme. En effet, la plupart d'entre eux ont prôné la proximité, la disponibilité, les compétences et le champ d'action, l'écoute de ce professionnel de santé.

« La sage-femme n'est pas assez connue du public, mais elle est plus disponible que les gynécologues. Elle possède un champ d'action que l'on n'imagine pas. Elle est plus à l'écoute que certains gynécologues sur la totalité des symptômes. »

Ont également été cités, mais plus rarement, l'endocrinologue, la diététicienne, le psychologue.

Les pharmaciens d'officine n'ont pas proposé de prendre en charge ces femmes. Deux d'entre eux ont admis que les pharmaciens d'officines étaient des professionnels de santé disponibles, mais ils n'ont rien développé sur leur capacité de prise en charge. Les autres pharmaciens ne se sont pas cités dans les professionnels de santé pouvant intervenir auprès de ces femmes.

Puis, j'ai abordé la question des médecines alternatives. Un seul des pharmaciens propose la sophrologie, ou encore l'acupuncture.

« La sophrologie et l'acupuncture sont parfois nécessaires lorsque la patiente est en échec thérapeutique. Ces médecines alternatives sont complémentaires. »

Les autres pharmaciens d'officines avouent ne pas proposer de médecines alternatives.

« Les médecines alternatives sont à essayer, mais je ne suis pas convaincu. C'est un peu comme pour l'arrêt du tabac par exemple. Il y a un effet placebo, il faut y croire. Je préfère m'en arrêter au référentiel de la médecine. »

Autrement, les autres pharmaciens ne conseillant habituellement pas ces médecines, pensent que ça serait un vrai plus pour ces femmes, car en effet ces médecines sont parfois utilisées dans d'autres domaines. L'un d'entre eux admet ne pas proposer ces médecines alternatives par méconnaissance de celles-ci.

4. *Confrontation des points de vue et réflexions*

Au terme de cette étude, les symptômes chez la femme ménopausée se révèlent être des phénomènes complexes. La ménopause se présente comme un événement « physiologique » mais les symptômes peuvent être un handicap dans la vie de tous les jours. Ces symptômes peuvent être difficiles à cerner, à évaluer, et donc à soulager. C'est un phénomène gênant pour les femmes, mais contrariant pour les pharmaciens qui estiment ne pas avoir les connaissances requises pour soulager les symptômes. La confrontation des entretiens entre femmes ménopausées et pharmaciens d'officine mène à des similitudes, mais également à des divergences.

a) *Confrontation des points de vue*

Premièrement, je vais aborder le sujet de la formation des Pharmaciens d'officine. Les pharmaciens ont avoué que leur formation n'était pas suffisante pour délivrer au quotidien des médicaments (hormonaux ou OTC) aux femmes ménopausées. Ils disent avoir des lacunes, et ne pas toujours être à l'aise avec tous ces symptômes. En revanche, les femmes ménopausées disent avoir une réelle confiance en leur pharmacien.

Ensuite, je comparerai les attentes des femmes ménopausées à propos des traitements, aux avis des pharmaciens d'officine. Les femmes ménopausées sous traitement aux hormones se sentent bien avec leur traitement et se sentent entièrement soulagée. Elles se sentent tellement soulagées qu'elles ne souhaitent pas arrêter leur traitement. Les pharmaciens d'officine sont en accord avec ces dires, puisqu'ils admettent que les traitements aux hormones sont très efficaces. En revanche, en ce qui concerne les médicaments OTC, les femmes ménopausées en sont demandeuses. Elles cherchent des traitements naturels, sans effets indésirables. A ce sujet, les pharmaciens ne se sentent pas toujours apte à pouvoir conseiller les médicaments en libre accès. De plus, les médicaments OTC ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, et cela représente un coût.

Puis, pour ce qui est du « parcours de soin » de la femme ménopausée, il y a un clivage entre les réponses des femmes ménopausées et celles des pharmaciens d'officine. En effet, les femmes disent qu'elles font confiance à leur gynécologue, à leur médecin traitant et à leur pharmacien. En outre, les pharmaciens pensent que la sage-femme est un professionnel de qualité, qui aurait toute sa place dans la prise en charge de ces femmes. Pourtant, aucune femme interrogée n'a parlé de sage-femme. La sage-femme ne peut pas prescrire de traitement hormonal de la ménopause (44).

En revanche, la sage-femme peut relever les symptômes de la patiente pour l'orienter vers des traitements alternatifs (comme par exemple l'homéopathie ou la phytothérapie). Elle peut également faire le point avec la patiente sur son mode de vie, comme par exemple l'alimentation ou encore l'activité physique. De plus, les femmes ménopausées se sont plaintes de leur prise de poids, mais ce sont les pharmaciens qui ont introduits la notion de diététicien(ne). Pour ce qui est des troubles de l'humeur, j'ai reçu plusieurs témoignages de femmes, et pourtant, ce sont les pharmaciens d'officine qui ont abordé la notion de consultation chez un psychologue.

b) Piste de réflexion sur la prise en charge de la femme ménopausée : alternative, orientation, évolution

Lors de cette étude, j'ai pu me rendre compte que l'interprétation des différents symptômes perçus par les femmes ménopausées était délicate. Cette difficulté sur le ressenti de ces femmes et l'appréciation de la prise en charge questionne sur les différentes pratiques possibles. Cette difficulté interroge également les représentations de tous les acteurs de cette prise en charge (médecin traitant, gynécologue, pharmacien), femmes ménopausées y compris.

- Mobilisation de la femme ménopause dans la prise en charge

Il est évident que l'évaluation du pharmacien repose sur la déclaration de la femme ménopausée. Une meilleure appréciation des symptômes repose sur l'énonciation la plus claire possible du ressenti de ces femmes. Or, j'ai pu constater que certains pharmaciens ne se rendaient pas compte de la multitude de symptômes possibles lors de cette période.

Pour que les femmes puissent communiquer et faire part de la totalité de leurs symptômes, il faudrait améliorer l'information en direction de ces femmes sur la thématique de la ménopause. Elles pourraient alors faire certains rapprochements, et bénéficier d'une prise en charge la plus complète possible.

- Développer des outils d'actualités pour faciliter l'accès aux informations de qualité

Certaines femmes ont cherché à avoir quelques informations sur leur changement physiologique. Certaines ont posé des questions à leur gynécologue, d'autres se sont renseignées sur internet, mais pour ce qui est d'internet, les femmes ne savaient pas si les réponses étaient fiables. L'une d'entre elles souhaiterait donc qu'un site officiel puisse exister afin d'y trouver les bonnes informations. Elle

apprécierait que ce soit un site créer par une association d'intervenants : un médecin, un pharmacien, une femme ménopausée. Cette idée semble être au goût du jour, et rassurerait un bon nombre de femmes sur la qualité des informations.

- Mobilisation des pharmaciens d'officine

Il serait bon de faire évoluer les pharmaciens vers un niveau d'exigence plus élevé dans la prise en charge de la femme ménopausée. Les pharmaciens sont volontaires, mais manquent de formation sur le sujet.

Globalement, les pharmaciens ont peu confiance en l'efficacité de leurs médicaments OTC. De plus, ils manquent de formation et donc se lancent très peu dans des conseils personnalisés. Ils guident alors les femmes vers d'autres professionnels.

Pour commencer, le pharmacien pourrait se préoccuper systématiquement de la survenue de symptômes chez les femmes abordant le sujet de leur ménopause. En effet, pour ce qui est de la prise de poids par exemple, des conseils pourraient être donnés dès le début, ainsi qu'une orientation vers un spécialiste. De plus, ces femmes apprécieraient cette écoute attentive et cette initiative.

Il pourrait également être bon de développer la qualité d'initiative des pharmaciens à orienter ces femmes vers d'autres professionnels de santé que le médecin traitant et le gynécologue. En effet, plusieurs des pharmaciens d'officine ont parlé de la sage-femme pour sa disponibilité et son écoute. En revanche, j'ai pu observer qu'aucune des femmes interrogées n'a consulté de sage-femme.

Les pharmaciens, pour prendre en charge les femmes ménopausées, pourraient également leur proposer un suivi par un psychologue. Cela permettrait à ces femmes d'être réellement écoutées. De plus, certaines femmes vivent mal leur ménopause, cela permettrait également de mieux vivre cette étape de leur vie.

- Développer d'autres réponses que les traitements aux hormones

En dépit du constat que les traitements aux hormones font toujours peur, ces traitements constituent aujourd'hui la principale solution thérapeutique dans le traitement des symptômes de la ménopause. Il pourrait alors être bon de diversifier les approches et donc de favoriser les médecines alternatives à la médecine chimique occidentale lors de la première approche. Les pharmaciens s'interrogent sur les médecines parallèles. Il est vrai que nous n'avons que peu d'études sur le sujet, mais

en cas de contre-indication, d'échec thérapeutique, ou pour compléter simplement un traitement, les pharmaciens pourraient présenter le panel de médecines parallèles existant et ainsi personnaliser leur conseil.

III. Conclusion

En 2020 sur le territoire Français, 41,7% des femmes ont plus de 50 ans et sont par conséquent directement concernées par la ménopause (64). La ménopause est un phénomène physiologique, qui se manifeste vers l'âge de 50 ans, par un arrêt des menstruations. D'autres symptômes peuvent survenir, et altérer, plus ou moins, la qualité de vie de la femme.

J'ai souhaité étudier le ressenti de ces femmes ménopausées aujourd'hui, vis-à-vis de leurs symptômes, de leur entourage, de leurs traitements et de leur prise en charge par les professionnels de santé, afin de pouvoir au mieux les accompagner au comptoir. En parallèle, j'ai souhaité mesurer l'aisance et l'aptitude de la prise en charge de la femme ménopausée par les pharmaciens d'officine. Pour cela, j'ai réalisé 10 entretiens auprès de femmes ménopausées, et 7 entretiens auprès de pharmaciens d'officine du Calvados.

L'objectif de cette thèse a été de prendre conscience de l'impact de cette période de la vie de la femme et de comprendre leurs attentes. Pour cela, il était important de rappeler les dérèglements hormonaux ainsi que les symptômes les plus rencontrés.

La plupart des femmes ont le sentiment que la ménopause est un sujet qui n'intéresse pas au long cours les professionnels de santé. Pourtant, elles ont confiance en eux, et souhaiteraient en discuter plus librement. En effet, la discussion et l'accès aux informations de qualité sont des demandes actives chez ces femmes.

Tout au long de cette étude, j'ai pu me rendre compte que la prise en charge des femmes ménopausées au comptoir était complexe. Ainsi les pharmaciens d'officine ne se sentent pas toujours à l'aise à ce sujet. Ils estiment que leurs connaissances ne sont pas suffisantes. Ils conseillent généralement les médicaments sans effet indésirable pour être certains de ne pas se tromper. Cela empêche donc le conseil personnalisé et la prise en charge individuelle de chacune de ces femmes.

Ce travail a permis de proposer à ces femmes différentes prises en charge, adaptées à leurs symptômes et à leurs besoins. Cette thèse m'a permis d'approfondir mes connaissances sur ce sujet qui me tenait à cœur. Désormais, lorsqu'une femme avec des symptômes climatiques souhaitant être soulagée se présente au comptoir, je me sens apte à lui prodiguer des conseils. Lorsqu'une femme ménopausée me

présente une ordonnance de traitement hormonaux, je me sens également en capacité l'accompagner dans cette période de sa vie.

IV. Bibliographie

1. Ménopause [Internet]. Inserm. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>
2. Matern C. L'observance des traitements de la ménopause. :245.
3. Lasserre A, Fournier A. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2016;44(7-8):424-7.
4. Santé des femmes | La Cohorte | Cohorte Constances [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.constances.fr/cohorte/sante-femmes.php>
5. Body G, Daraï E, Luton D, Marès P. *Gynécologie Obstétrique*. 3e éd. 2015. (Les références des Collèges).
6. YOUNG J. *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*. 3e éd. Elsevier; 2016. (Les références des Collèges).
7. Drapier-Faure E. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale [Internet]. 2009 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_139_drapier.pdf
8. Serfaty D, Bruhat MA, Colau JC, de Reilhac P, de Lignières B, Roger D, et al. Observance du traitement hormonal substitutif de la ménopause : effet d'un programme d'éducation original. L'étude COMET111COMET : Compliance à l'œstrogénothérapie de la ménopause et éducation au THS. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 mai 2002;30(5):374-82.
9. Le cycle menstruel [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>
10. **PHYSIOLOGIE DE LA PROCRÉATION - Régulation hormonale chez la femme** [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: http://passeport.univ-lille1.fr/site/biologie/scbio/procreation/procreation_web/publi/web/co/04_3_Regul_femme.html
11. Société de Neuroendocrinologie - 06 - Hormones sexuelles, humeur, état mental et mémoire [Internet]. [cité 10 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.societe-neuroendocrinologie.fr/Breves/06-Hormones-sexuelles-humeur-etat-mental-et-memoire>
12. Les hormones féminines et le cycle menstruel - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine.html>
13. Hall JE. Endocrinology of the Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* sept 2015;44(3):485-96.
14. CNRS Images - Les Sciences de la Vie au Lycée [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrs.fr/cnrs-images/sciencesdelavieaulyce/repro/physio/repro.htm>

15. 55_poly_1_menopause.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/55_poly_1_menopause.pdf
16. Ménopause [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause>
17. te Velde ER, Scheffer GJ, Dorland M, Broekmans FJ, Fauser BCJM. Developmental and endocrine aspects of normal ovarian aging. *Mol Cell Endocrinol.* oct 1998;145(1-2):67-73.
18. Klein A, Battaglia E, Fujimoto Y, Davis S, Bremner J, Soules R. Aging: Accelerated Ovarian Follicular Associated with a Monotropic Follicle- Hormone Rise in Normal Older Women. :8.
19. Kaunitz AM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol.* oct 2015;126(4):859-76.
20. Les acides aminés et leurs vertus bénéfiques pour la ménopause | acides-aminés.com — Votre portail du savoir sur les acides aminés [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.acides-amines.com/domaines-d-application/menopause.html>
21. Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, Mood and Sleep in Menopausal Transition: The Role of Menopause Hormone Therapy. *Medicina (Mex)* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 19 août 2020];55(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843314/>
22. Troubles de la ménopause [Internet]. CHUV. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/consultations-specialisees/menopause/troubles-de-la-menopause/>
23. Ménopause et peau [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 10 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/peau-et-menopause/>
24. Syndrome Génito-urinaire de la Ménopause (SGM) : les apports du laser VEL (Erbium Yag Smooth) VELA France* [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/syndrome-genito-urinaire-de-la-menopause-sgm-les-apports-du-laser-vel-erbium-yag-smooth-vela-france/>
25. Practitioners TRAC of G. RACGP - Genitourinary syndrome of menopause [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/july/genitourinary-syndrome-of-menopause/>
26. Sexualité à la ménopause et après... [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/336-sexualite-a-la-menopause-et-apres>
27. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Mex)* [Internet]. 2 sept 2019 [cité 27 juill 2020];55(9). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6780739/>
28. Chopra S, Sharma KA, Ranjan P, Malhotra A, Vikram NK, Kumari A. Weight Management Module for Perimenopausal Women: A Practical Guide for Gynecologists. *J -Life Health.* 2019;10(4):165-72.

29. Ostéoporose [Internet]. Inserm. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/osteoporose>
30. SFEndocrino [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/706/ue5-ot-120-menopause>
31. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
32. Laboratoire guide des analyses [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-beauvais.fr/guideanalyse/reproduction.html>
33. Fichier:Estradiol.svg. In: Wikipédia [Internet]. [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Estradiol.svg>
34. VIDAL - Ménopause : traitement hormonal - Prise en charge [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1711/menopause_traitement_hormonal/pri se_en_charge/
35. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 1 juill 2002;288(3):321-33.
36. COLPOTROPHINE - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-bcolpo01-COLPOTROPHINE.html>
37. ESTRÉVA gel - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf170001-ESTREVA-gel.html>
38. OESTRODOSE - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-otrodo01-OESTRODOSE.html>
39. Notice patient [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0201740.htm>
40. VIDAL - TROPHIGIL gél vaginale - Synthèse [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/trophigil-16889.htm>
41. VIDAL - FLORGYNAL gél vagin - Composition [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/florgynal-6887-composition.htm>
42. File:Tibolone metabolism.png. In: Wikipedia [Internet]. [cité 18 août 2020]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/wiki/File:Tibolone_metabolism.png
43. FERREY D. Conseils du pharmacien en homéopathie phytothérapie aromathérapie nutrithérapie. Vigot Maloine. 2017.
44. Formation Gayet Métois sur la Micronutrition. 2020 févr; Caen.

45. Bontemps F. Le conseil à l'officine dans la poche. 10e éd. Le Moniteur des Pharmacies; 2017. (Pro-officina).
46. Les phytoestrogènes pour les symptômes vasomoteurs de la ménopause [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: [/fr/CD001395/MENSTR_les-phytoestrogenes-pour-les-symptomes-vasomoteurs-de-la-menopause](#)
47. Wiśniewska I, Jochymek B, Lenart-Lipińska M, Chabowski M. The pharmacological and hormonal therapy of hot flushes in breast cancer survivors. *Breast Cancer Tokyo Jpn.* 2016;23:178-82.
48. HTA et traitements non-hormonaux de la ménopause | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S075549821930288X?token=4281974CA46E1BF6F778E836B787920A643EE231DA95684D82E86C6E4C988DA4F3CA5C70D847E40378BE06EA2F030FF>
49. Prise en charge du vieillissement cutané [Internet]. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/congres-session-53.php>
50. Stevenson S, Thornton J. Effect of estrogens on skin aging and the potential role of SERMs. *Clin Interv Aging.* sept 2007;2(3):283-97.
51. Draelos ZD. Topical and oral estrogens revisited for antiaging purposes. *Fertil Steril.* 1 août 2005;84(2):291-2.
52. Kaya G, Tran C, Sorg O, Hotz R, Grand D, Carraux P, et al. Hyaluronate Fragments Reverse Skin Atrophy by a CD44-Dependent Mechanism. *PLoS Med* [Internet]. déc 2006 [cité 22 août 2020];3(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1702558/>
53. Berta-Vanrullen I, Saul C, Thomann C. Coordination scientifique et rédactionnelle. :440.
54. Le traitement hormonal de substitution - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/menopause.html>
55. Sturdee DW, Panay N. Recommandations pour la prise en charge de l'atrophie vaginale post ménopausique. 2010;28.
56. PHYSIOGINE ovule et crème - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-bphysi01-PHYSIOGINE-ovule-et-creme.html>
57. Notice patient - TROPHIGIL, gélule vaginale - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66155948&typedoc=N>
58. Netgen. Vitamine D dans la prise en charge des patients avec ostéoporose : suffisante ou nécessaire ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-115/32338>

59. Les médicaments de l'ostéoporose [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose
60. Ostéoporose : quel traitement ? [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/osteoporose/traitement-medical>
61. Ostéoporose post-ménopausique : nouvelle présentation d'ACTONEL 35 mg en comprimé gastrorésistant [Internet]. VIDAL. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22593/osteoporose_post_menopausique_nouvelle_presentation_d_actonel_35_mg_en_comprime_gastroresistant/
62. Les médicaments de l'ostéoporose - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/osteoporose.html>
63. Netgen. Contraception en période de périménopause : indication, sécurité et avantages non contraceptifs [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-492/Contraception-en-periode-de-perimenopause-indication-securite-et-avantages-non-contraceptifs>
64. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

V. Annexes

A. Questionnaire Pharmacien – Guide d'entretien

1. Sexe du Pharmacien interrogé : H ou F
2. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?
3. Vendez-vous des produits destinés aux femmes ménopausées à l'officine ?
 - a. Si oui, donnez une fréquence ?
 - b. Combien de produits différents avez-vous à proposer (environ) ?
4. Êtes-vous à l'aise lorsqu'une femme se présente à vous pour des conseils liés à des troubles de la ménopause ?
5. Avez-vous des difficultés à cerner l'importance des troubles liés à la ménopause, à comprendre les patientes ?
6. Avez-vous eu une/des formation(s) sur la ménopause, et sur les produits existants contre les troubles de la ménopause ?
 - a. Si oui par qui :
 - i. Durant vos années d'études à la faculté
 - ii. Par les laboratoires
 - iii. Diplômes universitaires
 - iv. De manière autodidacte
 - v. Autre
7. Pensez-vous avoir les connaissances requises à la délivrance de produits destinés aux femmes ménopausées ?
 - a. Si non
 - i. Pourquoi ?
 - ii. Comptez-vous vous former prochainement ?
8. Conseillez-vous les produits destinés aux femmes ménopausées ?
 - a. Si oui, vous conseillez plutôt :
 - i. Aromathérapie
 - ii. Homéopathie
 - iii. Phytothérapie
 - iv. Nutrithérapie
 - v. Allothérapie

- b. Dans quelle indication les conseillez-vous ?
 - i. Bouffées de chaleur
 - ii. Sécheresse vaginale
 - iii. Troubles de l'humeur
 - iv. Prise de poids
 - v. Insomnies
 - vi. Céphalées
 - vii. Asthénie
 - viii. Vertiges
 - c. Si non :
 - i. Pourquoi ?
 - 1. Manque d'efficacité thérapeutique
 - 2. Manque de formation
 - 3. Autre
9. Comment jugez-vous l'efficacité des médicaments OTC ?
- a. Peu efficaces, efficaces, très efficaces, ne se prononce pas ?
 - b. Commentez.
10. Comment jugez-vous l'efficacité des médicaments sur prescription ?
- a. Peu efficaces, efficaces, très efficaces, ne se prononce pas ?
 - b. Commentez.
11. Avez-vous le sentiment de bien répondre à la demande de la patiente ?
- a. Si non, comment pourriez-vous évoluer sur ce point ?
12. Pensez-vous que votre pharmacie est suffisamment fournie en médicaments/ OTC / Para destinés à traiter les troubles entraînés par la ménopause ?
13. Quels sont les soignants qui, selon vous, devraient intervenir auprès de ces patientes ?
14. Proposez-vous des médecines alternatives pour les troubles de la ménopause ? (Sophrologie, acupuncture, relaxation, psychothérapie) Et qu'en pensez-vous ?

B. Questionnaire Patient - Guide d'entretien

1. Etat de santé actuel et historique de cette période

- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous un médecin qui vous suit/que vous consultez régulièrement ? Depuis longtemps...

- Pour quel(s) motif(s) êtes-vous suivi actuellement médicalement ? Et par quel(s) médecin(s) ?
- Pouvez-vous me raconter depuis quand vous avez ces troubles, depuis quand êtes-vous suivies pour cela, quels traitements avez-vous déjà eu ? (Prescriptions, cures...)
- Pouvez-vous me décrire les symptômes dus à cette période ?

2. La dimension des symptômes

- Êtes-vous gênée : en permanence, par crise... ?
- De quels types de symptômes souffrez-vous ? Pouvez-vous me les décrire ?
- Y a-t-il des facteurs déclenchants ?
- Considérez-vous que ces symptômes soient inévitables compte-tenu de cette période ?
- Considérez-vous que vous devez les supporter parce que c'est impossible de les faire disparaître ?

3. Traitement et Prise en charge

- De quel traitement bénéficiez-vous pour le traitement de vos symptômes ? Depuis quand dure-t-il et a-t-il été changé/réévalué ?
- Connaissez-vous les médicaments prescrits ou délivrés ? Comment et sur quoi ils doivent agir ?
- Ont-ils des effets secondaires désagréables ?
- Avez-vous du mal à prendre vos médicaments ? Oublis, contraintes du traitement...
- Y a-t-il d'autres remèdes qui vous font du bien ? (Médicaments conseils, relaxation, cures...) *Le but ici étant d'évaluer les pratiques d'automédication et le recours à des médecines parallèles*
- Qu'est ce qui est efficace dans votre traitement actuel ?
- Et dans les autres choses que vous prenez ou que vous faites ? (Automédication, médecine parallèle) : qu'est ce qui marche , qu'est-ce qui vous fait du bien ? Si peu efficace, pourquoi le faites-vous ?
- Pour tout ce qui est automédication et recours à d'autres pratiques, avez-vous été influencé par votre entourage, télévision, guérisseur ?
- Êtes-vous soulagée par votre traitement ? complètement, à certains moments...

4. Relations avec vos soignants

- Actuellement, parmi les soignants, qui réussit le mieux à vous soulager ?
- Votre médecin/pharmacien/gynécologue/autres soignants sont-ils à votre écoute ? attentifs ? Comprennent-ils ce que vous ressentez ?
- Avez-vous confiance en vos soignants ? *Faire au cas par cas (médecin généraliste, gynécologue, pharmacien...)*
- Parvenez-vous à leur expliquer clairement vos symptômes ?
- Votre médecin/vos soignants cherchent-ils à faire disparaître vos symptômes ?
- Quelles sont les explications qu'ils vous donnent ?
- Parmi les soignants, certains vous disent ils qu'on ne peut pas faire grand-chose ?
- Avez-vous cherché à vous informer par vous-mêmes sur les problèmes liés à la ménopause ? (Livres, émissions, internet...)

5. Dimension psychologique, vie sociale

- Vos symptômes ont-ils un impact sur vos activités quotidiennes ? Sur vos relations avec vos proches ?
- Vos symptômes vous empêchent ils de dormir, de vous détendre, de vous reposer ?
- De sortir, de voir vos proches, vos amis ?
- De vous adonner à vos activités préférées ?
- Votre état a-t-il une influence sur votre humeur, votre moral, votre vie affective (avec conjoint, enfants) ? Est-ce en continu ou de manière cyclique ?
- Y a-t-il des périodes où les symptômes vous gênent moins, des situations dans lesquelles les symptômes sont moins présents ?
- Dans votre entourage, y a-t-il des personnes qui vous aident psychologiquement/matériellement (échanges, conseils, moral...) ? *Famille, amis, voisins, soignants...*

6. Dans l'idéal...

- Pensez-vous que l'on fait tout ce qui est possible pour vous soulager complètement ?
- Qu'on vous donne assez d'explications sur ce qui vous arrive ?
- Pensez-vous qu'il est vraiment possible de soulager complètement vos symptômes ?

- Est-ce que les médecins qui vous soignent s'intéressent vraiment à cela ? Et les pharmaciens ? Argumenter.
- Selon vous, faut-il se tourner vers d'autres formes de médecines, de remèdes/recourir à un soutien moral, un accompagnement psychologique...
- Pour vous, les traitements existants aujourd'hui sont-ils plus efficaces qu'il y a quelques années ? (Comparaison avec des personnes confrontées à des symptômes similaires il y a quelques années)
- Dans l'idéal, que faudrait-il faire de plus/de mieux ?

Merci de votre contribution

C. Serment de Galien

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

TITRE

ETUDE QUALITATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME MENOPAUSEE A L'OFFICINE EN NORMANDIE

Résumé

En France, la ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans. L'espérance de vie des femmes étant actuellement de 85 ans, une femme vivra alors un tiers de sa vie ménopausée. Il est donc important d'apprécier les symptômes survenant pendant cette période afin de proposer une prise en charge individualisée de la femme ménopausée à l'officine.

Une étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 10 femmes ménopausées et 7 pharmaciens d'officine en Normandie.

Les résultats de cette étude montrent que la femme ménopausée subit ses symptômes et cherche à être soulagée auprès des différents professionnels de santé. En outre, les femmes ménopausées ressentent un manque d'intérêt des professionnels de santé sur le sujet. Ayant confiance en leur pharmacie de proximité, ces femmes se tournent tout de même souvent vers les pharmaciens d'officine afin d'être conseillées. Les pharmacies disposent alors de différents produits et médicaments afin de répondre à la demande. En revanche, les pharmaciens d'officine ne sont pas toujours à l'aise sur le sujet. Ce manque d'assurance provient principalement d'un manque de formation sur ce thème.

TITLE

QUALITATIVE STUDY OF THE WOMAN'S MENOPAUSAL CARE AT PHARMACY IN NORMANDY

Summary

In France, the menopause occurs at the age of 51 years old in general. Women's life expectancy is actually around 85 years old, a woman will live then a third of her life with menopause. It is important to appreciate the symptoms arising during this period in order to propose a personal treatment at the dispensary.

A qualitative study has been realised with semi-structured interviews from 10 postmenopausal women and 7 pharmacists of the dispensary in Normandy.

The study's results show that the postmenopausal woman suffers from her symptoms and seek to obtain relief by different health professional. Furthermore, these women feel a lake of interest from the health professional about the subject. These women have faith in their pharmacy nearby, so they often turn to the pharmacists of the dispensary to be advised. The pharmacies have available different products and medicines to meet the needs. On the other hand, the pharmacists of the dispensary are not always comfortable with this subject. This lake of self-confidence comes from mainly a lake of training on this subject.

Mots-clés

Ménopause, étude qualitative, pharmacien d'officine, symptômes climatiques, prise en charge, traitement hormonal ménopause