



HAL
open science

L'accompagnement de la femme ménopausée à l'officine

Sophie Maurette

► **To cite this version:**

Sophie Maurette. L'accompagnement de la femme ménopausée à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04152525

HAL Id: dumas-04152525

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04152525v1>

Submitted on 5 Jul 2023

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 02/06/2022

par
Sophie MAURETTE

**L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME
MÉNOPAUSÉE À L'OFFICINE**

Directeur de thèse : **Mme Elodie LAFARGE**

Jury :

Président : **Mme Catherine FELGINES**

Maître de conférence
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme. Elodie LAFARGE**

Maître de conférence associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme. Axelle VAN LANDER

Maître de conférence associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme. Elisabeth BARREAU

Pharmacien d'officine
28, rue de l'Industrie, 63600 Ambert

Mr. Mickaël JOLIVET

Pharmacien d'officine
52, boulevard Henri IV, 63600 Ambert

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 02/06/2022

par
Sophie MAURETTE

**L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME
MÉNOPAUSÉE À L'OFFICINE**

Directeur de thèse : **Mme Elodie LAFARGE**

Jury :

Président : **Mme Catherine FELGINES**

Maître de conférence
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme. Elodie LAFARGE**

Maître de conférence associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme. Axelle VAN LANDER

Maître de conférence associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme. Elisabeth BARREAU

Pharmacien d'officine
28, rue de l'Industrie, 63600 Ambert

Mr. Mickaël JOLIVET

Pharmacien d'officine
52, boulevard Henri IV, 63600 Ambert

REMERCIEMENTS

Merci à ma présidente de jury, Madame Catherine Felgines, maître de conférence.

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour le temps consacré au jugement de mon travail et merci pour le partage de vos si nombreux savoirs tout au long de mon parcours universitaire. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Merci à ma directrice de thèse, Madame Elodie Lafarge, maître de conférence associé.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir si bien accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour votre investissement, votre réactivité, votre disponibilité et tout le temps consacré à ce projet. Mais par-dessus tout merci pour vos précieux conseils, votre positivité sans faille et vos si nombreux encouragements.

Merci à Madame Axelle Van Lander, maître de conférence associé.

Mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury, et d'avoir pris le temps de juger mon travail. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

Merci à Madame Elisabeth Barreau ainsi qu'à Madame Elisabeth Chareyre, pharmaciens titulaires à Ambert.

Merci à Madame Barreau d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Mais surtout merci à toutes les deux de m'avoir transmis les valeurs fondatrices du métier de pharmacien au fil des années, et ce dès mes premiers pas dans le milieu officinal. Merci de m'avoir fait partager toute l'expérience acquise au fil d'une carrière remarquable. La pharmacie Chareyre-Barreau est et restera l'endroit où est née ma vocation.

Merci à Monsieur Mickaël Jolivet, pharmacien titulaire à Ambert ainsi qu'à Audrey Jolivet.

Merci pour cette rencontre aussi bien humaine que professionnelle. Merci d'avoir mis au profit de ma formation tout le professionnalisme acquis au fil de vos projets. L'envie de défendre avec fierté l'honneur de la profession sonne comme une évidence depuis notre rencontre. Merci de m'offrir l'opportunité professionnelle dont je n'osais rêver.

Merci à Madame Claire Chambon, pharmacien adjoint à Ambert.

Merci de m'avoir tant appris. Merci pour tout le temps que tu as consacré à ma formation. Merci pour ton aide et tes conseils tout au long de la rédaction de cette thèse. Mais surtout merci pour ta gentillesse et ton authenticité.

Merci à l'ensemble de l'équipe officinale de la Pharmacie Chareyre-Barreau.

Merci de m'avoir tant transmis depuis le début. Je n'oublierai jamais toute l'expérience acquise à vos côtés. Merci de m'avoir si bien intégrée au sein de votre équipe. Merci pour votre bienveillance, votre convivialité et votre bonne humeur.

Merci à l'ensemble de l'équipe officinale de la Pharmacie du Parc.

Merci de m'avoir si bien accueillie et d'avoir accepté de me transmettre vos connaissances, chacune dans votre domaine de prédilection.

Merci à Pierre, l'amour de ma vie.

Merci à toi d'être présent depuis le début. Merci pour les allers-retours à Clermont de jour comme de nuit, merci d'avoir su être juste là. Merci d'avoir accepté de mettre tes projets entre parenthèses pendant toutes ces années afin qu'ils deviennent nos projets. Merci de m'avoir toujours portée (et surtout supportée) et toujours soutenue. Merci pour ta patience, ta capacité à savoir me faire toujours rebondir et à savoir faire ressortir le meilleur de moi-même. Merci pour ton amour inconditionnel. Merci pour toi, merci pour nous.

Merci à Papa et Maman.

Merci pour tous les sacrifices réalisés pour notre épanouissement à Julie et à moi. Merci pour ce modèle familial uni et soudé. Vous êtes mes piliers. Je vous dois tout.

Merci à Maman.

Merci d'être celle que tu es, celle capable de vivre à travers nos projets à tous et de tout sacrifier pour notre bonheur et nos rêves. Merci pour les Tupperware, les courses, les déménagements, les machines, les séjours Clermontois, les appels... Merci d'être toujours sur tous les fronts et de ne jamais faillir. Tu es la meilleure mère dont on puisse rêver.

Merci à Papa.

Merci pour la fierté que tu ressens vis-à-vis de tout ce parcours. Toutes ces attentes ont été le moteur qui m'a poussé à en arriver là où j'en suis aujourd'hui. Du concours jusqu'à la mise en page de cette thèse, je n'oublie pas que tu as toujours été là. Merci d'avoir fait de moi une personne déterminée, combative, indépendante (et un peu têtue peut-être). De ta pudeur, à ton humour, je ne changerai rien chez toi.

Merci à Julie, ma sœur, ou plutôt devrais-je dire mon âme sœur.

Merci d'être le plus beau cadeau que la vie m'ait donné. Merci d'être toujours là, de ne jamais laisser la place au doute et de toujours me faire voir la vie du bon côté. Merci de toujours croire en moi, de ne jamais douter et de toujours m'encourager dans les projets les plus fous. Avec toi à mes côtés, rien ne sera jamais impossible. Tu as toujours été la raison de mon bonheur mais ce bonheur n'était rien à côté de celui que vous avez apporté dans nos vies, toi et Benny, avec l'arrivée de Romy. Merci de m'avoir offert le plus beau rôle de ma vie.

Merci à Romy, ma Loupie.

Le petit amour que tu es n'existait que dans les rêves de papa et maman quand j'ai déposé ce sujet. Puis tu as grandi, bien au chaud dans le ventre de maman, pendant que tata travaillait des heures durant, pour finalement venir pointer le bout de ton nez, le 24 mars dernier. Et tu me fais aujourd'hui la joie d'être présente pour cette soutenance. Si je devais définir l'amour, je dirais toi. Tata sera toujours là.

Merci à Mamie.

Merci pour l'amour avec une grand A, l'amour inconditionnel, l'amour pur, l'amour sincère. Une mamie, une deuxième maman, une confidente, l'épaule sur laquelle on peut toujours se reposer. Merci pour les encouragements, le réconfort et pour toutes les valeurs que tu nous as inculquées. Merci pour les appels à 19h30 pétantes. Merci d'être le pilier de notre famille et de tout nous donner, année après année. Je te dois tant. Je t'aime.

Merci à Patrick, Joëlle, Christophe, Claudine ainsi qu'à tantine.

Merci d'être toujours là. Merci de m'avoir toujours accompagnée.

Merci à ma (très) belle-famille.

Merci à **Joëlle** et **J-L** pour leur soutien. Merci de me considérer comme un membre de votre famille à part entière. Merci de si bien nous accompagner dans nos projets à Canou et moi. Merci de nous faire confiance et de croire en nous.

Merci à **Maryline**, ma maîtresse préférée pour l'énorme travail de correction apporté à cette thèse. Merci à **Adrien**, **Amélie** et **Vincent** pour tous les moments de partage.

Merci à **Juliette**, qui a fait ses premiers pas le 9 juillet 2015, veille de ma première rentrée universitaire et à **Nino**, **Méline** et **Ulysse**, ces petits soleils qui sont venus combler notre vie de bonheur et d'amour au fil des années.

Merci à Manon, mon alter ego.

Merci pour cette rencontre, merci pour cette évidence. Notre si grande complicité m'étonnera toujours. Merci pour l'entraide et le soutien. Merci aussi pour toutes les crises de rire, les épopées fantastiques en voiture, les virées shopping, les apéros, les soirées et les restos. Tu resteras ma plus belle rencontre de ces dernières années. Tu m'as tellement apporté.

Merci à Julie.

Merci d'être là depuis le plus jeune âge et de ne jamais m'avoir lâché la main. Merci d'être l'amie si sincère et spontanée que tu es depuis toutes ces années. Merci d'être là dans les moments qui comptent. Je suis si fière d'être bientôt le témoin du plus beau jour de ta vie. Et j'attends également avec impatience les beaux projets à venir.

Merci à Camille, Clara, Lisa, Anaïs, Émilie, Mathilde, Stéphane, Romain.

Merci d'être ces amis en or.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce parcours et de cette thèse.

Et enfin merci à mes plus belles étoiles.

De là-haut, vous être ma plus belle source d'inspiration et de motivation.

« La réussite c'est la fierté dans les yeux des gens que l'on aime. » (Big flo et Oli)

Table des matières

Table des matières.....	8
1 INTRODUCTION.....	21
2 LE CYCLE HORMONAL DE LA FEMME ET SON ÉVOLUTION AU COURS DE LA VIE	23
2.1 LA PUBERTÉ.....	23
2.2 LA MATURITÉ SEXUELLE	24
2.3 LA PRÉMÉNOPAUSE	25
2.4 LA MÉNOPAUSE	25
3 LA MÉNOPAUSE	26
3.1 ÉPIDÉMIOLOGIE	26
3.2 LES DIFFÉRENTES PÉRIODES.....	26
3.2.1 LA PÉRIMÉNOPAUSE	27
3.2.2 LA MÉNOPAUSE	27
3.2.3 LA POSTMÉNOPAUSE.....	28
3.3 LES SITUATIONS PATHOLOGIQUES	28
4 DÉSAGREMENTS RENCONTRÉS PAR LA FEMME MÉNOPAUSÉE ET FLUCTUATIONS HORMONALES EN ÉTANT À L'ORIGINE	29
4.1 LES BOUFFÉES DE CHALEUR ET SUEURS NOCTURNES ISOLÉES.....	30
4.2 LE SYNDROME GÉNITO-URINAIRE.....	31
4.3 LE VIEILLISSEMENT CUTANÉ	31
4.4 LA VARIATION PONDÉRALE	32
4.5 LE SYNDROME DÉPRESSIF ET LES TROUBLES ANXIEUX	33
4.6 LES TROUBLES COGNITIFS : PERTE D'ATTENTION ET PERTE DE MÉMOIRE	34
4.7 LA FATIGUE, L'INSOMNIE	34
4.8 LES TROUBLES DE LA LIBIDO	35
4.9 L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE	36
5 LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNOPAUSE	37

5.1 LE DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	37
5.2 LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE.....	37
6 LA RÉPONSE PHARMACOLOGIQUE : LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE (THM).....	38
6.1 INDICATIONS DES THM.....	38
6.2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES.....	40
6.3 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DES THM	40
6.4 CONTRE-INDICATIONS AU THM	42
6.5 PLACE DES OESTROGÈNES DANS LES THM	43
6.6 PLACE DES PROGESTATIFS DANS LES THM	44
6.7 PLACE DES ASSOCIATIONS FIXES DANS LES THM.....	45
6.8 PLACE DES TRAITEMENTS LOCAUX DE LA SÉCHERESSE VAGINALE DANS LES THM.....	46
6.9 PLACE DES AUTRES TRAITEMENTS HORMONAUX DANS LE THM.....	47
6.10 LES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DES THM.....	48
6.11 SURVEILLANCE CLINIQUE DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE	48
7 CONTROVERSE AUTOUR DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE	49
7.1 CANCER DU SEIN	50
7.2 CANCER DE L'ENDOMÈTRE	52
7.3 CANCER DE L'OVAIRE	53
7.4 RISQUE CARDIOVASCULAIRE	54
8 LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE	55
8.1 DÉFINITION	55
8.2 DIAGNOSTIC.....	56
8.3 PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE.....	59
8.3.1 RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE	59
8.3.2 CORRECTION D'UNE CARENCE VITAMINO-D-CALCIQUE.....	60
8.3.3 BIPHOSPHONATES	61
8.3.4 AUTRES THÉRAPEUTIQUES	62

8.3.5 DURÉE, SUIVI, ET ADAPTATION DU TRAITEMENT	64
8.3.6 RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES ET PRÉVENTION DES CHUTES	65
9 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA MÉNOPAUSE : CONSEILS À L'OFFICINE	66
9.1 MÉNOPAUSE ET PHYTOTHÉRAPIE.....	66
9.1.1 PHYTOTHÉRAPIE : DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION.....	66
9.1.2 PHYTOTHÉRAPIE : PLANTES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE	72
9.1.2.1 Les plantes prenant en charge la ménopause dans sa globalité = phytoestrogènes	72
9.1.2.1.1 Soja, <i>Glycine soja</i> , <i>G.max</i> , Fabaceae.....	73
9.1.2.1.2 Trèfle rouge, <i>Trifolium pratense</i> , Fabaceae.....	74
9.1.2.1.3 Houblon, <i>Humulus lupulus</i> , Canabaceae	75
9.1.2.1.4 Lin, <i>Linum usitatissimum</i> , Linaceae	75
9.1.2.1.5 Luzerne, <i>Medicago sativa</i> , Fabaceae	76
9.1.2.1.6 Igname, <i>Dioscorea alata</i> , Dioscoreaceae	76
9.1.2.1.7 Actée à grappes, <i>Actea Racemosa</i> , Ranunculaceae	77
9.1.2.1.8 Sauge officinale, <i>Salvia officinalis</i> , Lamiaceae.....	77
9.1.2.2 Plantes et sommeil.....	78
9.1.2.2.1 Valériane, <i>Valeriana officinalis</i> , Valerianaceae	78
9.1.2.2.2 Passiflore, <i>Passiflora incarnata</i> , Passifloraceae	79
9.1.2.2.3 Eschscholtzia, <i>Eschscholtzia californica</i> , Papaveraceae	79
9.1.2.2.4 Aubépine, <i>Crataegus monogyna</i> , Rosaceae	80
9.1.2.2.5 Tilleul, <i>Tilia platyphyllos</i> , Tiliaceae	80
9.1.2.2.6 Oranger amer, <i>Citrus aurantium</i> , Rutaceae	81
9.1.2.2.7 Ballote, <i>Ballota nigra</i> , Lamiaceae	81
9.1.2.2.8 Lavande, <i>Lavandula angustifolia</i> , Lamiaceae	82
9.1.2.2.9 Mélisse, <i>Mélissa officinalis</i> , Lamiaceae	82
9.1.2.3 Plantes et santé psychique.....	83
9.1.2.3.1 Millepertuis, <i>Hypericum perforatum</i> , Hypericaceae	83
9.1.2.3.2 Griffonia, <i>Griffonia simplicifolia</i> , Fabaceae	83
9.1.2.3.3 Safran, <i>Crocus sativus</i> , Iridaceae	84
9.1.2.3.4 Ginseng, <i>Panax ginseng</i> , Araliaceae	84
9.1.2.3.5 Rhodiola, <i>Rhodiola rosca</i> , Crassulaceae	85
9.1.2.3.6 Eleuthérocoque, <i>Eleutherococcus senticosus</i> , Araliaceae	86
9.1.2.4 Plantes et troubles cognitifs : Ginkgo, <i>Ginkgo biloba</i> , Ginkgoaceae	86
9.1.2.5 Plantes et ostéoporose	87
9.1.2.5.1 Prêle, <i>Equisetum arvense</i> , Equisetaceae	87
9.1.2.5.2 Ortie dioïque, <i>Urtica dioica</i> , Urticaceae	88

9.1.2.6 Plantes et variation pondérale	88
9.1.2.6.1 Bouleau, <i>Betula pendula</i> , Betulaceae.....	88
9.1.2.6.2 Cerisier, <i>Prunus cerasus</i> , Rosaceae	89
9.1.2.6.3 Chiendent, <i>Elymus repens</i> , Poaceae.....	89
9.1.2.6.4 Prêle des champs, <i>Equisetum arvense</i> , Equisetaceae	89
9.1.2.6.5 Pissenlit, <i>Taraxacum officinale</i> , Asteraceae	90
9.1.2.6.6 Frêne élevé, <i>Fraxinus excelsor</i> , Oleaceae.....	90
9.1.2.6.7 Reine des prés, <i>Filipendula ulmaria</i> , Rosaceae	91
9.1.2.6.8 Cassissier, <i>Ribes nigrum</i> , Ribesiaceae.....	91
9.1.2.6.9 Sureau noir, <i>Sambucus nigra</i> , Caprifoliaceae	91
9.1.2.6.10 Thé de java, <i>Orthosiphon stamineus</i> , Lamiaceae	92
9.1.2.6.11 Verge d'or, <i>Solidago virgaurea</i> , Asteraceae	92
9.1.2.7 Plantes et vieillissement cutané : Onagre, <i>Oenothera biennis</i> , Onagraceae	93
9.2 MÉNopause, MICRONUTRITION ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES.....	93
9.2.1 DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION	93
9.2.2 MICRONUTRIMENTS ET MÉNopause	94
9.2.2.1 Le cuivre et le zinc	94
9.2.2.2 Le lithium et le magnésium.....	94
9.2.2.3 Le chrome.....	94
9.2.2.4 Le sélénium	94
9.2.2.5 Le calcium.....	95
9.2.2.6 La vitamine D.....	95
9.2.2.7 La vitamine B (B6, B9, B12)	95
9.2.2.8 La vitamine E	95
9.2.2.9 La vitamine C.....	95
9.2.3 ACIDES AMINÉS ET MÉNopause.....	95
9.2.3.1 Béta-alanine	96
9.2.3.2 L-Tryptophane.....	96
9.2.4 POLLEN ET MÉNopause	96
9.2.5 DHEA ET MÉNopause	96
9.2.6 MÉLATONINE ET MÉNopause	97
9.2.7 EXEMPLE DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES À BASE DE PLANTES, MICRONUTRIMENTS, ACIDES AMINÉS OU POLLENS DISPONIBLES À L'OFFICINE	97
9.2.7.1 Feminabiane Méno'Confort®, Laboratoires Pileje	97
9.2.7.2 Ergyflavone®, Laboratoire Nutergia	97
9.2.7.3 Ergyonagre®, Laboratoire Nutergia.....	97
9.2.7.4 Ergyfemina®, Laboratoire Nutergia.....	98
9.2.7.5 Climax®, Laboratoire NHCO nutrition	98

9.2.7.6 Méno-actifs® bio, Laboratoire Aragan	98
9.2.7.7 Feminae 24®, Laboratoires Fortépharma.....	98
9.2.7.8 Granions® ménopause bien être féminin, Laboratoires Granions.....	99
9.2.7.9 Ménophytea®équilibre-bouffés de chaleur, Labotoire Nutreov.....	99
9.2.7.10 Ménophytea intimité® hydratation intime, Laboratoire Nutreov.....	100
9.2.7.11 Taïdo ménoa®, Laboratoire Ékerté	100
9.2.7.12 Manhaé®ménopause pré-ménopause, Laboratoire Vitavea	100
9.2.7.13 Séréllys®méno, Laboratoire séréllys pharma.....	100
9.2.7.14 Gamme Ymea®, Expert de la ménopause	100
9.3 MÉNOPAUSE ET AROMATHÉRAPIE	101
9.3.1 AROMATHÉRAPIE : PRINCIPES GÉNÉRAUX	101
9.3.2 AROMATHÉRAPIE : PROCÉDÉS D'OBTENTION ET RÉGLEMENTATION	102
9.3.3 AROMATHÉRAPIE : COMPOSTION, CHAMP D'APPLICATION, MODES D'UTILISATION ET PRECAUTIONS D'EMPLOI DES HUILES ESSENTIELLES.....	105
9.3.3.1 Voie orale	107
9.3.3.2 Diffusion (passive et atmosphérique)	108
9.3.3.3 Inhalation	108
9.3.3.3.1 Inhalation sèche	108
9.3.3.3.2 Inhalation humide	109
9.3.3.4 Voie cutanée	109
9.3.3.5 Voie rectale	110
9.3.3.6 Voie vaginale	110
9.3.4 AROMATHÉRAPIE : HUILES ESSENTIELLES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.....	111
9.3.4.1 Aromathérapie et bouffées de chaleur	111
9.3.4.1.1 L'huile essentielle de sauge sclarée (<i>Salvia Sclarea L.</i>).....	111
9.3.4.1.2 L'huile essentielle de cyprès de Provence (<i>Cupressus sempervirens L.</i>).....	112
9.3.4.1.3 L'huile essentielle d'anis vert (<i>Pimpinella anisum</i>).....	112
9.3.4.1.4 L'huile essentielle de menthe poivrée (<i>Mentha-X-Piperita</i>)	112
9.3.4.1.5 L'huile essentielle d'hélichryse italienne (ou immortelle) (<i>Helichrysum italicum</i>).....	112
9.3.4.1.6 L'huile essentielle de citron (<i>citrus limonum</i>).....	112
9.3.4.1.7 L'huile essentielle de palmarosa (<i>Cymbopogon martinii</i>)	112
9.3.4.2 Aromathérapie et sommeil	113
9.3.4.2.1 Huile essentielle de lavande (<i>Lavandula angustifolia</i>)	113
9.3.4.2.2 Huile essentielle de verveine odorante (<i>Aloysia triphylla</i>).....	113
9.3.4.2.3 Huile essentielle de camomille (<i>chamaemelum nobile</i>)	113
9.3.4.2.4 Huile essentielle d'orange amer (<i>Citrus aurantium</i>)	114
9.3.4.2.5 Huile essentielle de néroli (<i>Citrus aurantium</i>).....	114

9.3.4.2.6 Huile essentielle d'orange douce (<i>Citrus sinensis</i> L.)	114
9.3.4.2.7 Huile essentielle de mandarinier (<i>Citrus reticulata</i> blanco)	114
9.3.4.2.8 Huile essentielle d'Ylang ylang (<i>Cananga odorata</i>)	114
9.3.4.3 Aromathérapie et santé psychique	114
9.3.4.3.1 Huile essentielle de cannelle (<i>Cinnamomum verum</i>)	115
9.3.4.3.2 Huile essentielle de marjolaine à coquilles (<i>Origanum majorana</i>)	115
9.3.4.3.3 Huile essentielle de Ravintsara (<i>Cinnamomum camphora</i>)	115
9.3.4.3.4 Huile essentielle de litsée citronnée (<i>Litsea citrata</i>)	115
9.3.4.4 Aromathérapie et vieillissement cutané	115
9.3.4.5 Aromathérapie et troubles de la libido	116
9.4 MÉNOPAUSE ET HOMÉOPATHIE	116
9.4.1 HOMÉOPATHIE : PRINCIPES GÉNÉRAUX	116
9.4.2 HOMÉOPATHIE : LE MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE – RÉGLEMENTATION	121
9.4.3 HOMÉOPATHIE : MÉDICAMENTS HOMÉOPATIQUES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE	123
9.4.3.1 Homéopathie et bouffées de chaleur	123
9.4.3.1.1 Folliculinum	123
9.4.3.1.2 FSH	124
9.4.3.1.3 Lachesis mutus	124
9.4.3.1.4 Belladonna	124
9.4.3.1.5 Glonoinum	124
9.4.3.1.6 Sepia officinalis	124
9.4.3.1.7 Sanguinaria canadensis	125
9.4.3.1.8 Amylium nitrosum	125
9.4.3.1.9 Sulfur	125
9.4.3.1.10 Pilocarpus jaborandi	125
9.4.3.1.11 Asteria rubens	125
9.4.3.1.12 Nux vomica	125
9.4.3.1.13 Acthéane (Boiron)	125
9.4.3.1.14 Lachesis complexe n°122 (Lehning)	126
9.4.3.2 Homéopathie et sommeil	126
9.4.3.2.1 Lachesis mutus	126
9.4.3.2.2 Actaea racemosa	126
9.4.3.2.3 Ambra grisea	127
9.4.3.2.4 Coffea cruda	127
9.4.3.2.5 Gelsemium sempervirens	127
9.4.3.2.6 Ignatia amara	127
9.4.3.2.7 Kalium phosphoricum et Phosphoricum acidum	127

9.4.3.2.8 Arnica montana	128
9.4.3.2.9 Zincum metallicum	128
9.4.3.2.10 Valeriana officinalis	128
9.4.3.2.11 Pulsatilla	128
9.4.3.2.12 Phosphorus.....	128
9.4.3.2.13 Stramonium.....	128
9.4.3.2.14 Hyoscyamus niger	128
9.4.3.2.15 Arsenicum album.....	129
9.4.3.2.16 Nux vomica	129
9.4.3.3 Homéopathie et santé psychique	130
9.4.3.3.1 Gelsemium	130
9.4.3.3.2 Lachesis mutus	130
9.4.3.3.3 Ignatia amara.....	130
9.4.3.3.4 Sepia officinalis.....	130
9.4.3.3.5 Actaea racemosa	130
9.4.3.3.6 Phosphoricum acidum.....	130
9.4.3.3.7 Staphysagria	131
9.4.3.3.8 Arsenicum album.....	131
9.4.3.4 Homéopathie et syndrome génito-urinaire	131
9.4.3.4.1 Folliculinum	131
9.4.3.4.2 Calcarea fluorica	131
9.4.3.4.3 Causticum.....	131
9.4.3.4.4 Sepia officinalis.....	132
9.4.3.4.5 Lycopodium clavatum	132
9.4.3.4.6 Alumina	132
9.4.3.4.7 Fluoricum acidum.....	132
9.4.3.4.8 Radium bromatum	132
9.4.3.5 Homéopathie et ostéoporose	132
9.4.3.5.1 Calcarea fluorica / calcarea phosphorica / calcarea carbonica	133
9.4.3.5.2 Parathyroïdinum.....	133
9.4.3.5.3 Folliculinum	133
9.4.3.5.4 Silicea.....	133
9.4.3.5.5 Symphytum	133
9.4.3.5.6 Cartilago	133
9.4.3.5.7 Natrum muriaticum.....	134
9.4.3.5.8 Ostéocynesine (Boiron)	134
9.4.3.5.9 R XORUBIA (Lehning)	134
9.5 MÉNopause ET PRÉBIOTIQUES/PROBIOTIQUES	134

9.5.1 DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION	134
9.5.2 PROBIOTIQUES ET MÉNOPAUSE.....	136
9.5.2.1 Flore vaginale	137
9.5.2.2 Flore intestinale	138
9.5.3 EXEMPLES DE SOLUTIONS DISPONIBLES À L'OFFICINE.....	139
9.5.3.1 Ergyphilus intima®, Laboratoire Nutergia	139
9.5.3.2 Symbiosys intimalia®, Laboratoire Biocodex.....	139
9.5.3.3 Perméaline®, Laboratoire Pileje.....	139
9.5.3.4 Gynéquilibre®, Laboratoire Aragan.....	139
9.5.3.5 Feminabiane® flore vaginale, Laboratoire Pileje.....	140
9.5.3.6 Physioflor® flore vaginale, Laboratoire Iprad.....	140
9.5.3.7 Manhaé intima équilibre®, Laboratoire Vitavea	140
9.6 CAS PARTICULIER DE L'ABUFÈNE	141
10 RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES ET GESTES SIMPLES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DE LA FEMME MÉNOPAUSÉE	141
11 CRÉATION D'UN ENTRETIEN D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ DE LA FEMME MÉNOPAUSÉE A L'OFFICINE	144
ANNEXE I : Fiche pharmacien nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	171
ANNEXE II : Fiche patiente nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine ».....	172
ANNEXE III : Outil « Bouffées de chaleur » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	173
ANNEXE IV : Outil « Troubles du sommeil » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	174
ANNEXE V : Outil « Troubles de l'humeur » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	175
ANNEXE VI : Outil « Ostéoporose » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	176
ANNEXE VII : Outil « Syndrome génito-urinaire » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »	177

ANNEXE VIII : Outil « Autres symptômes (vieillissement cutané, variation pondérale, troubles de la libido, troubles cognitifs) » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »178

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

<i>Tableau I : Tableau des différentes spécialités oestrogéniques utilisées dans le THM</i>	<i>p.44</i>
<i>Tableau II : Tableau des différentes spécialités progestatives utilisées dans le THM</i>	<i>p.45</i>
<i>Tableau III : Tableau des différentes spécialités de type associations fixes utilisées dans le THM</i>	<i>p.46</i>
<i>Tableau IV : Tableau des différentes spécialités utilisées localement dans le traitement de la sécheresse vaginale</i>	<i>p.47</i>
<i>Tableau V : Tableau des différentes spécialités à base de tibolone</i>	<i>p.47</i>
<i>Tableau VI : Risques cancérogènes induits par les traitements hormonaux de la ménopause</i>	<i>p.49</i>
<i>Tableau VII : Risque de développer un cancer en fonction des choix de prescription du traitement hormonal de la ménopause</i>	<i>p.50</i>
<i>Tableau VIII : Principales différences entre médicaments à base de plantes, compléments alimentaires à base de plantes et dispositifs médicaux à base de plantes</i>	<i>p.72</i>
<i>Tableau IX : Tableau regroupant les principales différences entre aromathérapie et phytothérapie</i>	<i>p.102</i>
<i>Tableau X : Facteur de dilution de l'huile essentielle en fonction de l'action recherchée (74)</i>	<i>p.110</i>

FIGURES

<i>Figure 1 : Cycle menstruel de la femme en période d'activité gynécologique</i>	<i>p.25</i>
<i>Figure 2 : Données épidémiologiques de la ménopause</i>	<i>p.26</i>
<i>Figure 3 : Chronologie des différentes phases de la ménopause</i>	<i>p.26</i>
<i>Figure 4 : Illustration des troubles climatériques de la ménopause</i>	<i>p.30</i>
<i>Figure 5 : Évolution de la peau à la ménopause</i>	<i>p.32</i>
<i>Figure 6 : Évolution de la densité minérale osseuse chez la femme en fonction de l'âge</i>	<i>p.36</i>
<i>Figure 7 : Recommandations de prise en charge de la ménopause</i>	<i>p.39</i>
<i>Figure 8 : Rappel des facteurs de risques cardiovasculaire</i>	<i>p.40</i>
<i>Figure 9 : Principe général de prescription des THM</i>	<i>p.41</i>
<i>Figure 10 : Schémas de prescription possibles d'un THM</i>	<i>p.42</i>
<i>Figure 11 : Taux de prescription de THM en France, en fonction de l'année</i>	<i>p.52</i>
<i>Figure 12 : Questionnaire d'aide à l'évaluation du risque fracturaire</i>	<i>p.58</i>
<i>Figure 13 : Courbe d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre de l'ostéoporose post-ménopausique.</i>	<i>P.58</i>
<i>Figure 14 : Recommandations de prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique</i>	<i>p.59</i>
<i>Figure 15 : Mécanisme d'action des biphosphonates</i>	<i>p.61</i>
<i>Figure 16 : Composition du dossier d'AMM d'un médicament à base de plantes à « usage médical bien établi »</i>	<i>p.68</i>
<i>Figure 17 : Composition du dossier d'AMM d'un médicament à base de plantes à « usage traditionnel »</i>	<i>p.69</i>
<i>Figure 18 : Illustration du principe d'hydrodistillation</i>	<i>p.103</i>
<i>Figure 19 : Illustration du principe de similitude</i>	<i>p.117</i>
<i>Figure 20 : Illustration du procédé de déconcentration centésimale hahnemannienne</i>	<i>p.118</i>
<i>Figure 21 : Illustration du procédé de déconcentration korsakovienne</i>	<i>p.119</i>
<i>Figure 22 : Schéma de Hering</i>	<i>p.120</i>
<i>Figure 23 : Différences de fabrication entre granules et globules</i>	<i>p.122</i>
<i>Figure 24 : Modification de la flore vaginale à la ménopause</i>	<i>p.137</i>
<i>Figure 25 : Illustration du phénomène de perméabilité intestinale, de ses causes et de ses conséquences</i>	<i>p.138</i>
<i>Figure 26 : Version française du questionnaire MRS</i>	<i>p.145</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone

FSH : Follicule Stimulating Hormone

LH : Luteinizing Hormone

IOP: Insuffisance Ovarienne Précoce

SGUM : Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause

IMC: Indice de Masse Corporelle

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

MRS : Ménopause Rating Scale

SMR : Service Médical Rendu

SHGB : Sex Hormon Binding Protein

TG: Triglycérides

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

WHI : Women's Health Initiative

MWS : Million Woman Study

EMA : Agence européenne pour l'évaluation des médicaments

ATP : Adenosine Triphosphate

PH : potentiel hydrogène

HMPC : Herbal Medicinal Product Committee

DHEA : DeHydroEpiAndrostérone

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

CE : Communauté Européenne

P C P : phosphore-calcium-phosphore

P O P : Phosphore – Oxygène – Phosphore

m : mètre

cm : centimètre

g : gramme

mg : milligramme

ml : millilitre

AG : Acides Gras

HECT : Huile Essentielle Chémotypée

HEBBD : Huile Essentielle Biochimiquement et Biologiquement Définie

AB : Agriculture Biologique

HE : Huile Essentielle

DH : Décimale Hahnemannienne

CH : Centésimale Hahnemannienne

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HERS : Heart and Estrogen/progestin Replacement Study

UV : Ultra-violet

FRAX : Fracture Risk Assessment tool

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

CO2 : Dioxyde de carbone

SA : Substance Active

AFNOR : Association Française de Normalisation

CPG : Chromatographie en phase gazeuse

1 INTRODUCTION

La ménopause se définit selon l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme un arrêt permanent des menstruations résultant d’une perte de l’activité folliculaire ovarienne.

La ménopause constitue un véritable phénomène de société, plutôt tabou. Dans le monde actuel, la femme subit une véritable pression pour coller à de multiples stéréotypes. D’une image souvent « sexualisée » dans la publicité à un rôle de procréation devant aboutir au schéma de la mère parfaite, la femme se doit de gérer d’une main de maître l’éducation de ses enfants, sa carrière professionnelle ou encore l’entretien de la maison... La ménopause apparaît alors comme un véritable chamboulement où la femme ne s’identifie plus à ces idéaux. Se pose alors un véritable problème identitaire qui s’ajoute aux désagréments apportés par les divers symptômes climatiques de la péri-ménopause.

Le terme d’accompagnement, quant à lui, peut se définir par le fait de soutenir, d’assister une personne.

Le métier de pharmacien est aujourd’hui en perpétuel remaniement et le rôle d’accompagnement n’a jamais été aussi important au sein des officines. En effet, face à la pénurie médicale dans certaines zones du territoire et dans un contexte socio-économique et sanitaire compliqué, le pharmacien est devenu plus que jamais l’interlocuteur de premier recours face aux questionnements sanitaires.

Afin de répondre au mieux à ces interrogations, le pharmacien, en plus de ses compétences pharmacologiques, a dû développer et apprendre à utiliser ses compétences sociales de conseil, d’écoute, d’orientation ou encore de soutien.

C’est donc pour illustrer ces multiples compétences qui font le pharmacien d’aujourd’hui (et encore plus de demain) que j’ai voulu traiter d’un sujet face auquel les réponses à apporter peuvent être multiples.

Chaque femme qui franchit les portes d'une officine sera un jour amenée à se poser des questions, voire à devoir avoir recours à un traitement afin de gérer cette période de ménopause et les désagréments que celle-ci impose.

Face à cette demande, le pharmacien va pouvoir puiser dans son cercle de compétences afin de répondre au mieux à la demande de sa patiente.

Il s'agit pour le pharmacien d'user de ses capacités d'écoute et de compassion afin de rassurer la patiente, d'utiliser les traitements symptomatiques dont il est l'expert pour répondre de façon individualisée aux besoins et aux troubles de sa patiente. Il oriente lorsque cela paraît nécessaire et lorsque le ratio bénéfice/risque semble favorable à la patiente, vers le corps médical pour la mise en place d'un traitement purement pharmacologique avec le traitement hormonal.

C'est donc pour rendre hommage autant au pharmacien d'aujourd'hui qu'à la femme d'aujourd'hui, où qu'elle en soit de son cycle hormonal, que j'ai choisi de traiter ce sujet.

Il est important de préciser que les exemples de spécialités cités dans cette thèse sont ceux que j'ai pu rencontrer au fil de mes différentes expériences professionnelles mais ne constituent en aucun cas la liste exhaustive des spécialités disponibles sur le marché.

2 LE CYCLE HORMONAL DE LA FEMME ET SON ÉVOLUTION AU COURS DE LA VIE

Dès la naissance, un stock d'ovocyte est présent dans les follicules ovariens de la jeune fille. Cependant, pendant l'enfance, le fonctionnement hormonal qui permet de mettre en place le cycle hormonal est au repos. C'est donc seulement vers l'âge de 7 ou 8 ans que la production des hormones folliculostimulantes (FSH et LH) commence. Les ovaires, quant à eux, commencent à diffuser plus d'œstrogènes. Débute alors la fonction ovarienne dite végétative qui est une première étape vers la sortie de la période infantile et qui précède la puberté. (1)

2.1 LA PUBERTÉ

La puberté peut se définir comme un état de maturité sexuelle qui survient à la suite d'une période de transition aussi bien sur le plan physique que psychologique, et qui rend possible, à terme, la reproduction de l'individu.

Sur une tranche d'âge s'étalant en moyenne de 9 à 13 ans chez la fille, un pic de croissance va s'observer. En effet, une croissance annuelle de 7 à 10 cm sera observée en moyenne contre une croissance moyenne d'environ 5 cm les années précédentes.

Sur le plan de la croissance, le cœur, les poumons et la thyroïde vont augmenter de taille. De plus, la quantité de masse osseuse va croître fortement.

Les caractères sexuels secondaires vont également se développer : on observera alors un développement des seins, un développement de la pilosité pubienne et axillaire, un développement de l'utérus et des ovaires ainsi qu'une modification de la vulve.

Environ deux ans après ces premières modifications, on note l'apparition des premières règles qui pourront néanmoins rester irrégulières voire absentes pendant quelques mois.

Sur le plan psychologique, certains signes sont prédominants : une grande quête d'autonomie, une recherche d'identification ou encore un développement du raisonnement et de l'intelligence.

Sur le plan hormonal, les systèmes inhibiteurs tels que le système GABAergique qui inhibaient la stimulation de GnRH vont s'atténuer au profit de systèmes stimulateurs comme le système glutamatergique ou la production de facteurs de croissance (TGF- α). Cette GnRH, synthétisée au niveau de l'hypothalamus va alors stimuler la sécrétion des hormones gonadotropes FSH et LH au niveau hypophysaire qui vont à leur tour stimuler la sécrétion des hormones sexuelles par les gonades. On va ainsi voir les ovaires augmenter leur production d'œstrogènes. Cependant, les premiers cycles sont dit anovulatoires : l'ovulation est généralement absente. La production de progestérone manque aussi à l'appel sur ces premiers cycles, de par l'absence de transformation en corps jaune des follicules ovariens.

Au fil du temps, la production hormonale va se stabiliser et ainsi mener à des cycles réguliers comportant un cycle de développement normal des follicules et une ovulation : c'est la maturité sexuelle. (2)

2.2 LA MATURITÉ SEXUELLE

Par contraste avec la période ovarienne végétative, on peut ici parler d'une période ovarienne générative. Cette période débute donc lors du premier cycle ovarien ovulatoire et prend fin lors du dernier.

Le cycle ovarien classique d'une femme sexuellement mature va alors pouvoir se mettre en place. La durée moyenne de ce cycle est de 28 jours.

On va observer une première phase dite phase folliculaire qui dure en moyenne 14 jours après une phase de rétrocontrôle négatif liée à l'augmentation du taux d'œstrogènes. Une sécrétion de FSH et de LH nécessaire à la croissance folliculaire va permettre d'obtenir le follicule mature dit de De Graaf qui va sécréter des œstrogènes. Ce taux d'œstrogènes, une fois optimal, va entraîner via un phénomène de rétrocontrôle positif, un pic de LH.

Ce pic de LH induit alors la rupture du follicule ce qui amène au phénomène d'ovulation. Ce phénomène a en moyenne lieu au 14^{ème} jour du cycle.

Sur la suite du cycle, en phase dite phase lutéale, on va pouvoir observer une sécrétion importante de progestérone liée à la transformation du follicule en corps jaune sous l'effet de la LH. Le corps jaune va ensuite dégénérer et on va assister à une baisse de

FSH et de LH sous l'influence d'un rétrocontrôle négatif. La sécrétion oestrogénique diminue alors, permettant le début d'un nouveau cycle. (3,4)

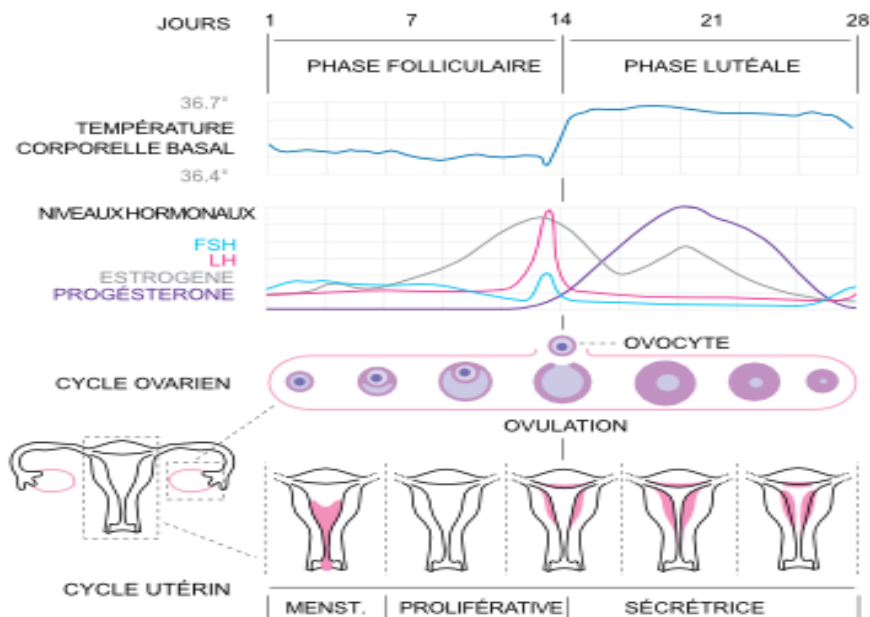


Figure 1 : Cycle menstruel de la femme en période d'activité gynécologique (4)

2.3 LA PRÉMÉNOPAUSE

Lorsque la femme atteint un âge proche de 40 ans, il se produit un dérèglement hormonal. En effet, un plus grand nombre de follicules va dégénérer et cette dégénération va se produire à une vitesse plus importante. Ce phénomène va donc provoquer une perturbation dans le cycle ovarien de la femme et les ovulations vont devenir irrégulières.

Sur le plan hormonal, bien qu'aucune modification notable ne soit à déclarer, nous pouvons tout de même noter une baisse du taux d'œstrogènes. Ce phénomène est, entre autres, à l'origine d'une partie des désagréments de la préménopause. (3,4)

2.4 LA MÉNOPAUSE

La ménopause peut se définir comme un arrêt des cycles menstruels et donc comme une disparition des règles : l'aménorrhée.

D'un point de vue hormonal, le taux de réponse ovarien à la FSH et à la LH s'affaiblit. Le peu de follicules restant ne peut donc pas mûrir limitant alors la production

d'œstrogènes. L'ovulation n'est plus déclenchée empêchant alors la production de progestérone.

L'hypophyse tente de contre balancer ce phénomène en sécrétant toujours plus de FSH et de LH, en vain. Cette augmentation du taux de FSH sera donc caractéristique d'une situation de ménopause. (3,4)

3 LA MÉNOPAUSE

3.1 ÉPIDÉMIOLOGIE



Figure 2 : Données épidémiologiques de la ménopause (5)

3.2 LES DIFFÉRENTES PÉRIODES

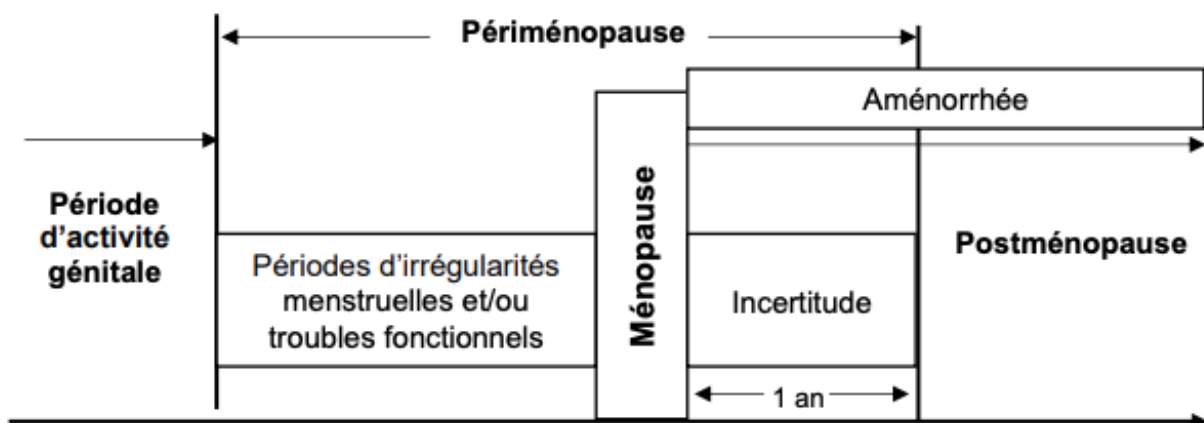


Figure 3 : Chronologie des différentes phases de la ménopause (6)

3.2.1 LA PÉRIMÉNOPAUSE

La périménopause fait partie intégrante de la vie génitale de chaque femme. Cette étape qui dure en moyenne entre 3 et 4 ans peut se décomposer en deux périodes distinctes :

- D'une part une période qui précède l'arrêt des règles et pendant laquelle certains symptômes représentatifs d'une ménopause peuvent apparaître tels que des bouffées de chaleur.
- D'autre part une période d'un an qui suit l'arrêt des règles.

A condition que la femme concernée par le diagnostic ait un âge classique d'apparition de la ménopause, ces 12 mois consécutifs d'absence de règles permettent de poser le diagnostic de ménopause.

Durant cette période, de grands bouleversements hormonaux sont observés chez la femme, on parle « d'anarchie hormonale ». En effet, des périodes d'hyperoestrogénie et d'hypoestrogénie vont se succéder de façon imprévisible et seront entrecoupés de périodes correspondant à un cycle ovarien normal.

Sur le plan clinique, une modification des cycles menstruels est le signe le plus fréquemment observé. Il peut s'agir d'un raccourcissement de la durée du cycle de quelques jours comme d'un allongement de plusieurs semaines. L'abondance des règles peut aussi se voir modifiée.

Les fluctuations hormonales citées précédemment sont aussi à l'origine de nombreux signes cliniques : douleurs mammaires, prise de poids, ballonnements ou encore troubles de l'humeur en cas d'hyperoestrogénie ou encore bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, asthénie, humeur dépressive ou insomnie en période d'hypoestrogénie. (7)

3.2.2 LA MÉNOPAUSE

Nous venons de voir que le diagnostic de ménopause était posé à la suite d'une période composée de 12 mois consécutifs d'absence de règles survenant à un âge classique d'apparition de la ménopause. L'âge de la ménopause est déterminé génétiquement et bien qu'il existe des situations de ménopauses précoces ou tardives, l'âge moyen d'apparition de la ménopause se situe entre 48 et 52 ans. Des situations de ménopauses artificielles existent

aussi et sont provoquées par certains traitements tels que des chimiothérapies ou encore certaines radiothérapies.

Cette ménopause se produit lorsque les ovaires cessent de fonctionner. Le phénomène d'ovulation n'est plus possible et nous observons donc un arrêt de la sécrétion des hormones sexuelles (œstradiol et progestérone).

Sur le plan clinique, l'arrêt de la sécrétion des œstrogènes va être responsable des divers symptômes observés durant cette période tels que les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale ou encore, à plus long terme, l'ostéoporose ou l'augmentation du risque de contracter des maladies cardiovasculaires.

Les symptômes à court terme peuvent, comme nous l'avons vu, débuter en période de périménopause et perdurer de quelques mois à plusieurs années. Néanmoins, ils sont en moyenne majoritairement présents au cours des 2 à 3 premières années qui suivent la ménopause et commencent ensuite à s'essouffler. De plus, leur intensité peut varier au fil des mois. (8) (9)

3.2.3 LA POSTMÉNOPAUSE

Une fois la ménopause confirmée, la carence oestrogénique perdurera toute la vie de la femme. C'est cette carence à long terme qui sera alors responsable des symptômes tels que l'ostéoporose ou l'augmentation du risque cardiovasculaire.

A cette étape, les symptômes climatériques bruyants tels que les bouffées de chaleur commencent généralement à s'estomper bien qu'ils ne disparaissent jamais tous en totalité.

Cependant, d'autres symptômes plus spécifiques de cette phase peuvent apparaître tels qu'un manque de tonus musculaire, une baisse de la vision, une perte d'élasticité de la peau ou encore un mauvais fonctionnement des intestins ou de la vessie. (10)

3.3 LES SITUATIONS PATHOLOGIQUES

Deux situations peuvent amener une femme à présenter une insuffisance ovarienne précoce (IOP) et à être ménopausée tôt. Une anomalie de formation de la réserve ovarienne pendant la vie fœtale peut tout d'abord être mise en cause. Néanmoins, même avec un stock

de follicules ovariens normal à la naissance, il est possible de voir sa réserve ovarienne épuisée de façon prématurée, que ce soit de façon spontanée ou en raison d'une exposition iatrogène.

Dans le premier cas, on observe souvent une aménorrhée primaire, due à l'effondrement de la réserve ovarienne en fin de période fœtale suite à une atrophie massive des follicules. Cet effondrement serait imputable à des mutations en lien avec des gènes présents sur le chromosome X.

Dans le second cas, l'insuffisance ovarienne prématurée peut être en lien avec de nombreuses situations pathologiques :

- Maladies auto-immunes (maladie de Basedow, Lupus, diabète de type I ou encore polyarthrite rhumatoïde par exemple)
- Pathologies cancéreuses : dans le cadre d'un cancer, en effet, l'exposition à des radiations ionisantes dans le cadre de radiothérapies du bassin ou encore l'exposition à certaines molécules dans le cadre de certaines chimiothérapies (agents alkylants par exemple) peuvent conduire à la destruction des cellules germinales et donc, in fine, à la destruction des follicules ovariens.

Enfin, en présence de certains cancers hormonodépendants tels que le cancer du sein, la ménopause est provoquée volontairement dans le but d'arrêter la sécrétion de l'hormone impliquée dans la pathologie cancéreuse.

Une stérilité définitive ou temporaire peut ainsi être induite en fonction des caractéristiques du traitement, de sa durée ou encore de l'âge de la patiente. Pour tenter de pallier cette potentielle situation de ménopause précoce définitive d'origine iatrogène et donc de stérilité, une congélation de follicules ovariens peut ainsi être proposée aux patientes encore en âge de procréer qui le désirent. (11,12)

4 DÉSAGREMENTS RENCONTRÉS PAR LA FEMME MÉNOPAUSÉE ET FLUCTUATIONS HORMONALES EN ÉTANT À L'ORIGINE

Les désagréments induits par la ménopause sont regroupés sous le terme de troubles climatériques. Ces symptômes s'expliquent par la carence hormonale oestrogénique et progestative induite par la ménopause. Ces symptômes peuvent être transitoires ou rester

récurrents durant toute la période de la ménopause. La présence de tel ou tel symptôme mais également son intensité sont propres à chaque femme. Certaines ne percevront d'ailleurs jamais aucun symptôme de leur ménopause. Les principaux symptômes décrits par les femmes ménopausées sont : les bouffées de chaleur ou bouffées vasomotrices, les sueurs nocturnes isolées, une sécheresse vulvo-vaginale, les troubles urinaires, les maux de tête, la fatigue, les insomnies, la variation pondérale, les troubles de l'humeur (irritabilité), les troubles dépressifs, les troubles cognitifs (perte d'attention, perte de mémoire), les troubles sexuels ou encore des douleurs articulaires induites par une ostéoporose. (13,14)

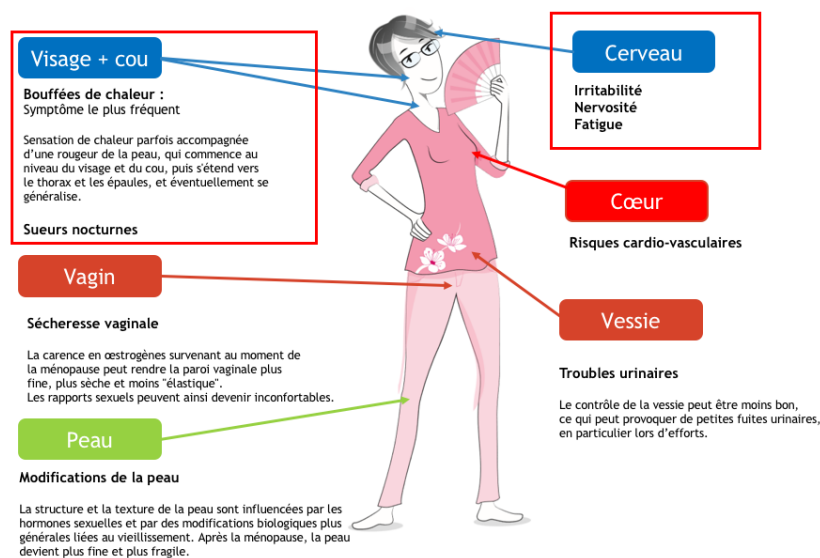


Figure 4 : Illustration des troubles climatériques de la ménopause (13)

4.1 LES BOUFFÉES DE CHALEUR ET SUEURS NOCTURNES ISOLÉES

Les bouffées de chaleurs sont dues à une carence oestrogénique.

Elles sont liées à un trouble de la circulation sanguine ou trouble vasomoteur. Elles se manifestent par une rougeur principalement localisée sur le haut du corps et des crises de sueurs.

Certains facteurs favorisent l'apparition des épisodes : la chaleur évidemment mais encore le stress ou les émotions fortes.

Les sueurs seules peuvent aussi apparaître, majoritairement la nuit, on parle alors de sueurs nocturnes isolées.

Certains conseils simples à mettre en œuvre dans la vie de tous les jours peuvent permettre d'améliorer la thermorégulation et donc de minimiser l'apparition de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes isolées, maintenir une température aux alentours de 18°C dans la chambre à coucher, porter un pyjama léger, se couvrir avec des couvertures légères, avoir à disposition une boisson fraîche sur sa table de chevet, ne pas pratiquer d'exercice physique le soir après 17h et diminuer la consommation d'excitants (café, thé, tabac, alcool).

Enfin, pour diminuer l'impact désagréable des sueurs, il est préférable d'opter pour du linge de lit et un pyjama en matière naturelle telle que du coton. Il est possible de placer sous son corps une serviette éponge qui absorbera la sueur lors de l'épisode. (14,15)

4.2 LE SYNDROME GÉNITO-URINAIRE

Les divers symptômes concernant la sphère génitale ou urinaire peuvent se regrouper sous le terme de syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM).

Ce syndrome se compose de trois composantes : une composante vulvo-vaginale représentée par une sécheresse, une sensation de brûlure ou encore une irritation. Une composante urinaire représentée par des infections urinaires, une incontinence urinaire par urgenterie, une douleur mictionnelle, ou encore un besoin fréquent d'uriner de jour (pollakiurie) comme de nuit (nycturie). Enfin une composante sexuelle représentée par une douleur lors des rapports sexuels ou dyspareunie.

Des solutions simples existent néanmoins et peuvent représenter une réponse intéressante face à ces désagréments intimes. Maintenir une hydratation minimale en buvant beaucoup en journée afin d'éviter les infections urinaires sans pour autant favoriser les phénomènes de nycturie. Porter de la lingerie en coton. Avoir une hygiène intime adaptée ou encore utiliser des gels lubrifiants afin de limiter les sensations de brûlures, d'irritation ou la dyspareunie.

Enfin, les probiotiques par voie orale ou vaginale peuvent constituer une solution intéressante en cas de déséquilibre de la flore intime vaginale et/ou urinaire. (16)

4.3 LE VIEILLISSEMENT CUTANÉ

Ce phénomène progressif et continu est lié au vieillissement chronobiologique des cellules de la peau. On observe une sécheresse cutanée pouvant entraîner des tiraillements.

La peau devient également plus fine, plus sèche et le teint peut s'éclaircir. Au niveau du visage, les rides sont plus nombreuses et on observe un affaissement des reliefs.

Ces phénomènes sont dus à une atrophie cutanée de l'épiderme comme du derme liés à une diminution de la teneur en collagène et à une augmentation de la perte d'eau percutanée. On observe alors une plus grande extensibilité cutanée au détriment de l'élasticité cutanée. La couche cornée, elle, va alors au contraire s'épaissir et devenir plus compacte.

Contrairement à de nombreux autres phénomènes observés à la ménopause, la carence oestrogénique n'est donc pas ici la principale cause. (17)

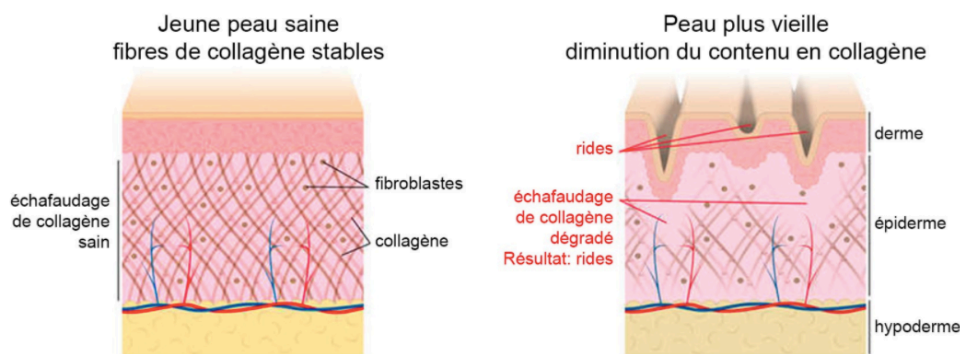


Figure 5 : Évolution de la peau à la ménopause (17)

4.4 LA VARIATION PONDÉRALE

Ici encore c'est le changement d'environnement hormonal qui est imputable. En effet, on observe avec ces modifications une augmentation de la graisse totale et en particulier une augmentation de la graisse abdominale.

Cette relation a pu être mise en évidence en raison d'une observation d'une diminution de la masse grasse globale en présence d'une substitution oestrogénique. Néanmoins, cette situation n'est pas inévitable. Sachant qu'un excès de graisse au niveau abdominal est en relation avec une augmentation du niveau de risque global de développer des maladies cardiovasculaires, il semble utile de préciser qu'un maintien de l'activité physique ainsi que la poursuite d'un régime alimentaire équilibré sont autant de moyens de prévention à mettre en œuvre pour minimiser cet effet.

Cette variation pondérale est accentuée par un profond remaniement du métabolisme lipidique et glucidique à la ménopause. En effet, on observe, en raison de la carence oestrogénique, une augmentation du cholestérol de l'ordre de 5 à 10 % : le taux de LDL cholestérol (le mauvais cholestérol) augmente, le taux de triglycérides augmente et le taux de HDL-cholestérol (le bon cholestérol) baisse. Le taux de cholestérol moyen qui était jusqu'alors bien inférieur à celui des hommes va devenir supérieur après la ménopause.

On observe également l'apparition d'une tendance à un excès de glucose au niveau sanguin. (18)

4.5 LE SYNDROME DÉPRESSIF ET LES TROUBLES ANXIEUX

En règle générale, les femmes sont plus concernées que les hommes par la dépression et les troubles anxieux.

Une hypothèse envisage l'apparition de ce syndrome comme la possible conséquence d'une incapacité du cerveau à créer un nouveau fonctionnement neuronal indépendamment des cycles hormonaux qui ont alors disparu. D'autres hypothèses penchent plutôt vers un concours de circonstances propices à un basculement dans la dépression ou l'anxiété. En effet, les symptômes associés au syndrome climatérique et les désagréments y étant liés, peuvent survenir ainsi qu'une difficulté à trouver sa place en tant que femme dans une société où la ménopause est synonyme de tabou. De plus, la femme ménopausée se retrouve à un âge où elle peut avoir à affronter certaines épreuves de la vie comme le décès de ses parents ou encore le départ des enfants de la maison.

Enfin, comme en règle générale, ce syndrome dépressif à la ménopause semblerait concerner d'avantage les femmes ayant des antécédents dépressifs ou encore des prédispositions (antécédents familiaux, fragilité psychologique par exemple).

Face à ces difficultés, il est primordial de ne pas s'isoler, de maintenir un lien social, de continuer la pratique d'activités de loisir, et de mettre des mots sur les difficultés rencontrées avec ses proches ou encore avoir recours à une psychothérapie si nécessaire. Enfin, le médecin traitant peut constituer un acteur essentiel de la prise en charge et saura orienter vers un psychiatre en cas de besoin. (19)

4.6 LES TROUBLES COGNITIFS : PERTE D'ATTENTION ET PERTE DE MÉMOIRE

Comme pour la majorité des symptômes abordés ici, l'absence de synthèse d'œstrogènes est là encore incriminable. En effet, les œstrogènes sont connus pour posséder un rôle trophique nécessaire pour entretenir et réparer l'endothélium des vaisseaux sanguins et les cellules du système nerveux central.

De cette absence d'imprégnation oestrogénique vont alors découler un vieillissement et de possibles troubles cognitifs tels qu'une diminution de l'attention ou une perte de mémoire. Ici encore, les propos sont à nuancer : un mode de vie alliant activité physique et régime méditerranéen peuvent permettre le maintien de bonnes performances cognitives. (19)

4.7 LA FATIGUE, L'INSOMNIE

Certaines études ont déjà démontré l'influence des œstrogènes et de la progestérone sur le sommeil et en particulier sur le sommeil paradoxal (phase de sommeil faisant suite au sommeil lent et pendant laquelle l'activité électrique du cerveau est proche de celle à l'état d'éveil). Un lien a déjà pu être mis en évidence entre diminution du taux d'oestradiol et insomnie chronique.

Cependant, les modifications du sommeil à la ménopause ne sont pas toutes directement liées aux modifications hormonales. Les symptômes que nous venons d'évoquer précédemment tels que les bouffées de chaleur peuvent aussi en être à l'origine. Les symptômes vasomoteurs et l'augmentation de la température interne découlent d'une dysfonction temporaire du processus de thermorégulation qui est étroitement liée au rythme circadien et induisent donc des réveils nocturnes. D'autres modifications du sommeil restent physiologiques et sont seulement dues à l'âge de la patiente dans le cadre d'une ménopause naturelle.

De plus, le syndrome génito-urinaire peut aussi venir provoquer de nombreux réveils nocturnes via la nycturie qu'il entraîne.

Enfin, certains symptômes associés comme les troubles anxieux ou la dépression sont autant de comorbidités pouvant arriver à une dégradation de la qualité du sommeil de la patiente.

Que ce soit par des difficultés d'endormissement ou encore des réveils nocturnes multiples, une asthénie peut ainsi apparaître et dégrader la qualité de vie de la femme ménopausée.

Afin de créer un environnement favorable à un sommeil de meilleure qualité, quelques gestes simples sont à mettre en place : maintenir la température de la chambre aux alentours de 18°C, préserver une bonne ventilation, préserver l'obscurité, maintenir des horaires de sommeil réguliers (heure de coucher fixe par exemple), éviter de faire une sieste la journée, faire un repas léger le soir, ne pas pratiquer d'activités physiques après 17 heures, éviter les substances excitantes la journée (café, thé, alcool, tabac). Éviter enfin l'exposition aux écrans 30 minutes avant le coucher et utiliser ce temps pour effectuer un retour au calme (lecture, méditation...). (20)

4.8 LES TROUBLES DE LA LIBIDO

Nous avons pu voir précédemment que l'effondrement du taux d'oestrogènes à la ménopause pouvait entraîner une sécheresse vaginale pouvant alors engendrer une dyspareunie. A cela peut s'ajouter une atrophie urogénitale : les tissus de la vulve et du vagin deviennent alors plus fins et fragiles. Une irritation peut alors très facilement être provoquée et se compliquer de petites déchirures ou fissures. De plus, les tissus sont moins irrigués : de cela découle une moins grande sensibilité et donc des sensations de plaisir ressenties avec moins d'intensité.

La sexualité d'une femme dépend de nombreux facteurs : des facteurs physiques certes mais également des facteurs psychologiques. Or, comme nous venons de le voir, la variation pondérale, les troubles anxieux ou encore la dépression entraînée par la ménopause sont autant de facteurs qui peuvent également faire que la femme se sente mal dans sa peau, moins désirable et ainsi détourner son esprit du désir sexuel et donc altérer sa libido.

Cependant, il n'y a pas de règle définie, et, pour certaines femmes, cette étape est au contraire perçue comme une période d'épanouissement. En effet, elles se sentent libérées de diverses contraintes que sont par exemple la contraception ou encore les menstruations.

Enfin, quelle que soit la position de la femme face à ces bouleversements, des solutions existent : une bonne communication au sein de couple ou avec ses partenaires, une

adaptation des rapports, l'utilisation de lubrifiants intimes ou encore, si nécessaire, l'aide de professionnels spécialisés dans ces problématiques : sexologue ou psychologue. (21)

4.9 L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

En temps normal, un équilibre existe entre la création d'os nouveau par les ostéoblastes et la résorption d'os ancien par les ostéoclastes. A la ménopause, l'âge mais surtout la carence hormonale en oestrogènes favorise le phénomène de résorption en dépit de celui de création. On assiste donc à une diminution de la densité osseuse et ainsi à la formation d'un os mince, fragile et spongieux. Cette fragilité osseuse est associée à un risque accru de fractures. Ce risque de fractures est alors possible à la suite d'un traumatisme minime tel qu'une chute de sa propre hauteur ou un faux mouvement.

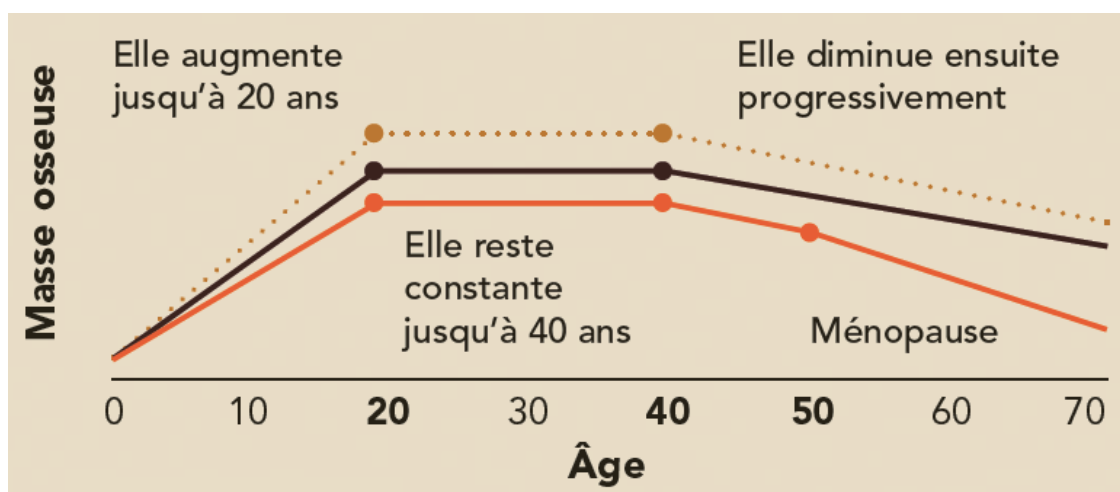


Figure 6 : Évolution de la densité minérale osseuse chez la femme en fonction de l'âge (22)

Pour maintenir un bon capital osseux, il est possible d'adopter quelques gestes simples : maintenir une activité physique, avoir une consommation de calcium et de vitamine D adaptée à ses besoins, avoir un niveau convenable d'exposition solaire, ne pas fumer et maintenir un poids avec un indice de masse corporelle (IMC) correct.

Enfin, pour minimiser le risque de chutes, il est parfois simple d'agir : améliorer l'éclairage du domicile, supprimer les tapis, ré-agencer les pièces trop chargées, ajouter des poignées de préhension dans la salle de bain par exemple ou encore porter des chaussures adaptées en extérieur comme en intérieur. (22,23)

5 LE DIAGNOSTIC DE LA MÉNopause

5.1 LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'âge est tout d'abord le premier critère du diagnostic clinique : en effet, une ménopause naturelle survient aux alentours de 50 ans.

Une période où la patiente aurait présenté des règles abondantes avec caillots peut aussi être évocatrice d'une chute du taux de progestérone et donc d'une période de péri-ménopause.

Enfin, la ménopause réellement installée se définit comme une période d'aménorrhée supérieure à un an ainsi qu'un test aux progestatifs négatif. Cette aménorrhée est-elle la résultante d'une chute du taux d'oestrogènes ?

On observe donc, dans le processus de la ménopause, de façon séquentielle, d'abord une diminution de la progestérone puis une diminution des oestrogènes.

Le test à la progestérone consiste au fait d'administrer des progestatifs pendant 10 jours et d'observer l'apparition ou non de règles à l'arrêt de cette administration. Si aucune menstruation n'est présente, alors la femme est considérée comme ménopausée.

De plus, les symptômes climateriques dont nous avons parlé précédemment sont également le signe d'une ménopause.

Néanmoins, il reste important de garder en tête le fait que certaines situations peuvent masquer ou apporter un doute vis-à-vis d'une ménopause installée : la prise d'une pilule ou encore le port d'un dispositif intra utérin à progestatifs. (24,35)

5.2 LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Il est important de notifier que le diagnostic biologique n'est ici pas indispensable et qu'il est le plus souvent inutile.

Lors de ce diagnostic, on observera alors une augmentation de la FSH, une LH normale, une diminution des oestrogènes et enfin une diminution des inhibines B.

Les dosages du taux de FSH ou du taux d'oestrogènes pourront alors éventuellement être envisagés. Ceux du taux de LH et de la progestérone seront sans intérêt.

Lors d'une situation de prise de pilule, ce dosage devra s'effectuer la veille de la prise d'une nouvelle plaquette ou encore au 7^e jour d'arrêt en cas de prise d'un progestatif. Dans

le cas précis du port d'un dispositif intra utérin, le dosage peut en effet s'avérer nécessaire car ce dispositif peut entraîner une aménorrhée par atrophie de l'endomètre. Il semble donc utile de réaliser ce dosage afin de trancher sur l'origine réelle de l'aménorrhée. (24,35)

6 LA RÉPONSE PHARMACOLOGIQUE : LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE (THM)

6.1 INDICATIONS DES THM

Les traitements hormonaux de la ménopause sont indiqués dans deux situations. Quoiqu'il en soit, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un traitement aux doses les plus ajustées possibles et sur la plus courte durée possible.

La première indication validée est le traitement hormonal substitutif du déficit en oestrogènes chez la femme ménopausée. En effet, le service médical rendu (SMR) est considéré comme important chez les patientes pour qui le retentissement des troubles du climatère est suffisamment important, au point d'altérer la qualité de vie.

En seconde indication nous retrouvons les traitements hormonaux substitutifs indiqués dans le cadre d'une prévention de l'ostéoporose post-ménopausique chez les femmes présentant un risque accru de fracture ostéoporotique et présentant une intolérance ou une contre-indication aux autres traitements indiqués dans la prévention de l'ostéoporose.

Dans tous les cas, une absence de contre-indication aux traitements hormonaux de la ménopause devra être recherchée.

Une surveillance annuelle devra être mise en place, celle-ci repose sur une palpation mammaire, éventuellement une ostéodensitométrie mais surtout et ceci de façon régulière, une réévaluation du ratio bénéfice/risque du traitement hormonal substitutif afin de s'assurer de la validité de l'indication.

Enfin, en complément du traitement hormonal substitutif, un dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire devra être mené et ces facteurs de risques devront être traités si besoin. (25,26)

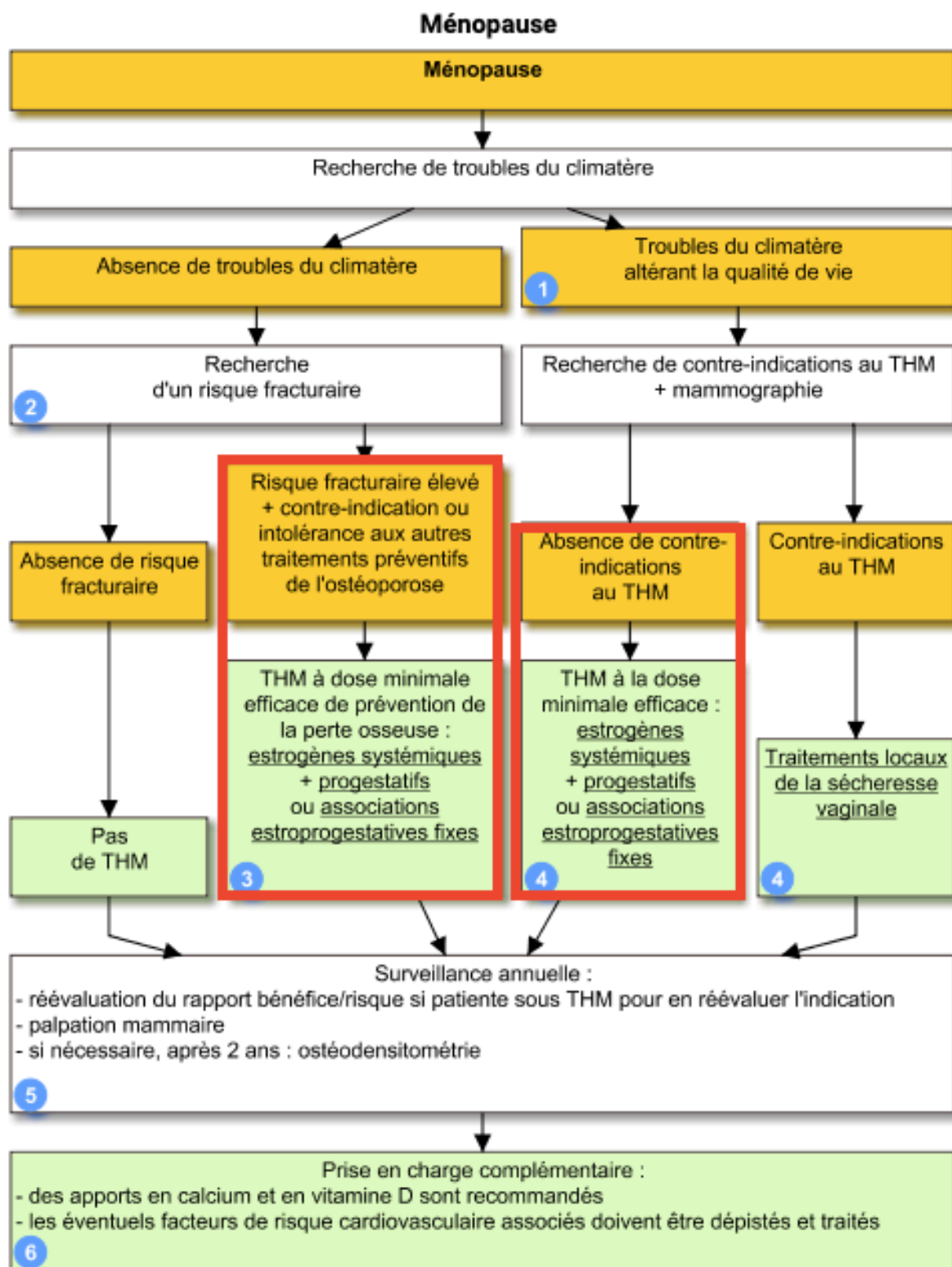


Figure 7 : Recommandations de prise en charge de la ménopause (26)

6.2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES

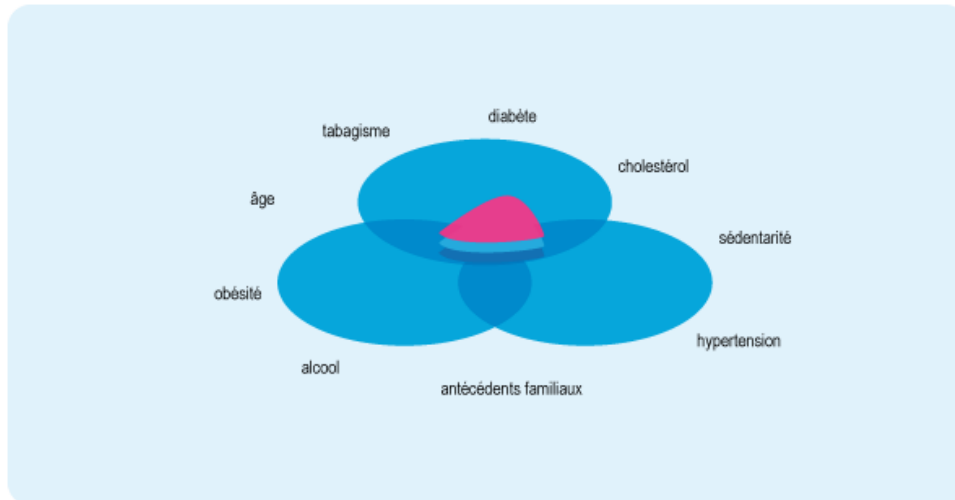


Figure 8 : Rappel des facteurs de risques cardiovasculaires (27)

Bien que nous ne puissions pas agir sur les antécédents familiaux ou encore l'âge de la patiente, il est en revanche possible de prendre en charge les autres facteurs de risques. Le tabagisme ou la consommation d'alcool nécessiteront une démarche de sevrage. Pour d'autres facteurs comme l'obésité ou la sédentarité, le traitement passera par une modification des habitudes de vie de la patiente. Enfin, pour les pathologies comme le diabète, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle, un équilibre de la pathologie devra être atteint. (27)

6.3 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DES THM

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) est mis en place lorsque les troubles liés à la ménopause sont sévères. Le traitement repose alors toujours sur la prescription d'hormones sexuelles : œstrogènes et progestérone. Cette prescription vise à compenser la chute de leur taux physiologique.

En règle générale, la prescription concerne toujours tout d'abord des œstrogènes par voie orale ou par voie cutanée à l'aide de patchs ou de crèmes. En complément, de la progestérone devra également être prescrite afin de protéger la patiente d'un éventuel cancer de l'endomètre. Cette prescription de progestérone peut également concerner différentes voies d'administration : orale, vaginale ou encore cutanée.

Néanmoins, il existe quelques cas particuliers. Dans le cadre d'une femme hystérectomisée, on peut s'affranchir du risque de cancer de l'endomètre et donc de la prescription de progestatifs. Il en est de même dans le cadre d'une femme non hystérectomisée mais portant un stérilet hormonal : on considère ici que le stérilet apporte déjà la quantité de progestatifs nécessaires.

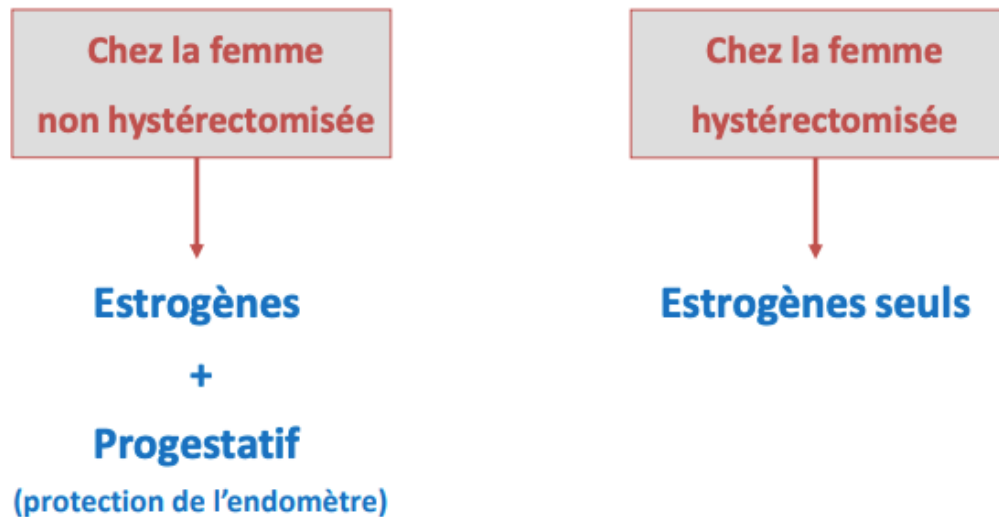


Figure 9 : Principe général de prescription des THM (38)

En plus du choix concernant la voie d'administration des hormones, un autre choix concerne le schéma de prescription.

En effet, deux options s'offrent à nous :

- Un schéma combiné continu, sans règles (on prend le traitement tous les jours ou bien pendant 25 jours en alternance avec une pause de 5 à 6 jours)
- Un schéma combiné séquentiel ou avec règles (on prend le traitement oestrogénique de façon continue ou non et la durée du traitement par progestatifs varie en fonction, ainsi que la période d'apparition des règles).

Le choix dépendra alors principalement des préférences de la patiente, de son choix.

Néanmoins, dans le cadre d'un schéma combiné continu, le médecin peut tout de même décider de provoquer des règles après plusieurs mois de traitement, afin d'éviter un épaissement de l'endomètre.

Dans les différentes situations, la période de pause remplit la même fonction : permettre une apoptose des cellules diminuant ainsi le risque de cancer du sein. (28,29,35,36,38)

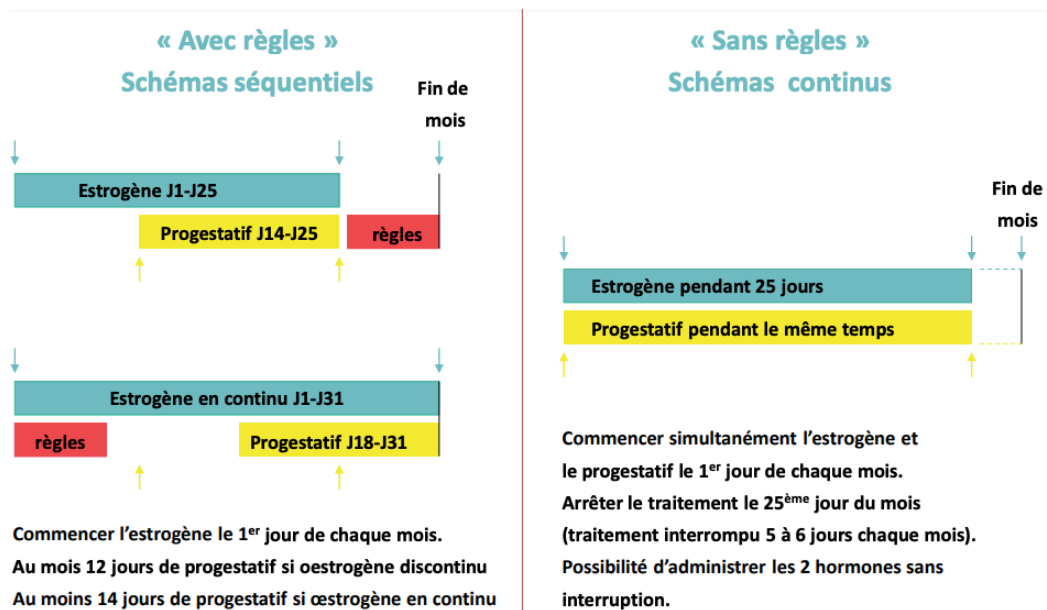


Figure 10 : Schémas de prescriptions possibles d'un THM (38)

6.4 CONTRE-INDICATIONS AU THM

Certaines situations particulières contre-indiquent formellement la mise en place du traitement hormonal substitutif de la ménopause. Parmi ces situations, nous comptons les antécédents de cancers hormonodépendants chez la patiente elle-même ou chez un membre de sa famille (cancer du sein, cancer de l'endomètre). Nous comptons également les antécédents thrombo-emboliques (ischémie, cardiopathie emboligène, phlébite, embolie pulmonaire). D'autres facteurs tels qu'une hémorragie génitale sans étiologie trouvée ou une affection hépatique peuvent contre-indiquer le traitement.

De plus, depuis quelques années, une relation a été mise en évidence entre l'administration d'hormones substitutives et le fait de pouvoir développer un méningiome (tumeur cérébrale bénigne). En effet, il a été prouvé que certains méningiomes sont particulièrement sensibles aux hormones dérivées de la progestérone, particulièrement la chlormadinone et le nomégestrol. De cette découverte découle donc une contre-indication

supplémentaire à la mise en place du traitement hormonal de la ménopause : les antécédents de méningiomes même anciens. (28,29,32,33,34)

6.5 PLACE DES OESTROGÈNES DANS LES THM

Les œstrogènes agissent sur de nombreux tissus de l'organisme de la femme. Ils agissent notamment sur le système uro-génital, la glande mammaire, le squelette, la peau, les muqueuses, le système cardiovasculaire, le cerveau ou encore le système digestif. La principale hormone féminine sécrétée avant la ménopause est l'oestradiol, c'est donc pour cette raison qu'il constitue également l'hormone la plus utilisée dans le cadre du traitement substitutif.

Il est important de préciser que les œstrogènes concernés dans le cadre de ce traitement peuvent être des œstrogènes naturels ou de synthèse.

L'œstrogène naturel majoritairement administré est le 17 bêta-œstradiol.

L'administration d'œstrogènes est possible per os, mais également par voie percutanée ou encore par voie transcutanée.

Les voies percutanée (gels) et transcutanée (patches) présentent un grand intérêt dans la mesure où elles permettent d'éviter le phénomène de premier passage hépatique. Ce phénomène correspond à la transformation du médicament lors de son premier passage par le foie avant d'atteindre la circulation sanguine à la suite d'une administration per os. Cet effet amène à une diminution importante de la biodisponibilité des divers principes actifs administrés.

Ce phénomène de premier passage hépatique est à éviter dans la mesure où il amène de nombreux effets indésirables dans le cadre du traitement hormonal substitutif de la ménopause : élévation de la sex hormone binding protein (SHBG), modification du métabolisme des lipoprotéines et des triglycérides (TG), augmentation de la sécrétion d'angiotensinogènes ou encore modification des facteurs de la coagulation.

L'application devra se faire sur des zones larges telles que les cuisses mais en aucun cas sur la poitrine ou au contact des muqueuses, notamment en raison de la présence d'alcool dans certaines spécialités.

En ce qui concerne les posologies, elles dépendent de la voie d'administration : entre 1mg et 2mg en une prise par jour lorsqu'il s'agit d'une voie per os, et entre 0,5 mg et 2mg

réparties en deux ou trois applications sur la journée lorsqu'il s'agit de la voie percutanée ou de 0,025 mg à 0,1mg/ 24h lorsqu'on parle de voie transcutanée.

Cependant, quoi qu'il arrive, cette posologie sera toujours à adapter en fonction des signes de sous-dosage (persistance des bouffées de chaleur ou de la sécheresse vaginale par exemple) ou de surdosage (tension douloureuse des seins par exemple).

Tableau n° 1 : Tableau des différentes spécialités oestrogéniques utilisées dans le THM (38)

Administration	Spécialité	Dosage(s)	Posologie	Présentation
Per os	Estreva®	1,5mg	1/jour	28 cp
Per os	Estrofem®	1ou 2 mg	1/jour	28 cp
Per os	Oromone®	1ou 2 mg	1/jour	28 cp
Per os	Progynova®	1ou 2 mg	1/jour	20 ou 60 cp
Per os	Provames®	1ou 2 mg	1/jour	30 ou 25 cp
Percutanée	Estreva® gel	0,5 mg / pression	1 à 3 pressions/jour	gel
Percutanée	Oestrodose®	0,75 mg / dose	1 à 2 pressions/jour	flacon
Percutanée	Oestrogel®	1,5 mg /dose	1 pression/jour	gel
Percutanée	Delidose®	0,5 ou 1 mg /sachet	1 à 2 pressions/jour	sachet
Transcutanée	Oesclim®	25/37,5/50/75/100 mg	2 patch /semaine	patch de 0,025 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Vivelledot®	25/37,5/50/75/100 mg	2 patch /semaine	patch de 0,025 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Thais®	25/50/100 mg	2 patch /semaine	patch de 0,025 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Estraderm®	25/50/100 mg	2 patch /semaine	patch de 0,025 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Dermestril®	25/50/100 mg	2 patch /semaine	patch de 0,025 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Climara®	50 mg	1 patch/semaine	patch de 0,05 mg/24h00
Transcutanée	Dermestril Septem®	25/50/75 mg	1 patch/semaine	patch de 0,025 à 0,075 mg/24h00
Transcutanée	Femsept®	50/75/100 mg	1 patch/semaine	patch de 0,5 à 0,1 mg/24h00
Transcutanée	Thais Sept®	25/50/75 mg	1 patch/semaine	patch de 0,025 à 0,075 mg/24h00
Transcutanée	Estrapatch®	40/60/80 mg	1 patch/semaine	patch de 0,04 à 0,08 mg/24h00

Cependant, pour protéger l'endomètre de l'apparition d'un éventuel cancer, la prescription de l'oestrogène ne suffit pas et un progestatif doit y être associé au moins 10 jours par cycle. (28,29,36,38)

6.6 PLACE DES PROGESTATIFS DANS LES THM

Les progestatifs administrés peuvent, là aussi, être de la progestérone naturelle micronisée comme des progestatifs de synthèse. Les progestatifs de synthèse peuvent être

des dérivés de la progestérone (dérivés prégnanes, dérivés 19-norprégnane) ou encore des dérivés de la testostérone.

Au niveau de la voie d'administration, on retrouve la voie orale et la voie vaginale.

Enfin, en fonction de l'hormone choisie et de son origine, la posologie se situera entre 0,125 et 200mg. (28,29,36,38)

Tableau n° II : Tableau des différentes spécialités progestatives utilisées dans le THM (38)

Administration	Classification	Spécialité	Dosage(s) en mg	Posologie	Présentation (cp)
Per os (+/-voie vaginale)	Progestérone	Estima Gé®	100 ou 200	1/jour	15/30/45/90
		Ménaelle®	100	1/jour	30
		Utrogestan® Progestan Gé®	100 ou 200	1/jour	30 ou 15
Per os	Dydrogestérone	Duphaston®	10	1 ou 2/j	10
Per os	Acétate de Chlormadinone	Lutéran®	2/5/10	1/jour	10 ou 12
Per os	Acétate de Cyprotérone	Androcur®	50	1/jour	20
Per os	Médrogestone	Colprone®	5	1/jour	20
Per os	Acétate de Médroxyprogestérone	Gestoral®	10	1/jour	14
Per os	Acétate de Nomégestrol	Lutényl®	3,75 ou 5	1/jour	14 ou 10
Per os	PromeGESTONE	Surgéstone®	0,125/0,25/ 0,5	1/jour	10 ou 12

6.7 PLACE DES ASSOCIATIONS FIXES DANS LES THM

Dans certains cas, plutôt que de mettre en place un schéma séquentiel ou continu, le prescripteur opte pour une association fixe contenant un œstrogène et un progestatif réunis. Cette solution permet de délivrer les deux types d'hormones en une seule prise.

Là aussi, nous retrouvons des spécialités disponibles par voie orale mais également par voie transdermique.

Ce choix peut apparaître judicieux notamment dans le cas où nous aurions une patiente présentant des faiblesses vis-à-vis de l'observance de son traitement ou encore chez une patiente se trompant souvent entre les deux types de spécialités sur les diverses périodes de son cycle. (28,29,36,38)

Tableau n° III : Tableau des différentes spécialités de type associations fixes utilisées dans le THM (36)

Estrogènes et progestatifs en association

ACTIVELLE

ANGELIQ



CLIMASTON 0,5 mg/2,5 mg

CLIMASTON 1 mg/5 mg, 1 mg/10 mg et 2 mg/10 mg

CLIMÈNE

DIVINA

DUOVA

KLIOGEST

NOVOFEMME

TRISEQUENS

Légende

Médicament référent

6.8 PLACE DES TRAITEMENTS LOCAUX DE LA SÉCHERESSE VAGINALE DANS LES THM

Certaines fois, un traitement local de la sécheresse vaginale est nécessaire afin de soulager la patiente. Le but de cette administration locale est de prévenir l'amincissement et l'assèchement des parois vaginales mais aussi de limiter la sensibilité aux infections ou encore la douleur pouvant être induite lors des rapports sexuels.

Lors de cette application par voie locale, les doses d'hormones administrées sont alors beaucoup plus faibles, et le passage sanguin extrêmement faible réduit ainsi fortement l'impact sur les autres organes tels que les seins ou l'utérus.

Ces œstrogènes sont disponibles sous plusieurs formes galéniques : crèmes vaginales, ovules ou encore anneau vaginal. (28,29,36,38,39)

Tableau n° IV : Tableau des différentes spécialités utilisées localement dans le traitement de la sécheresse vaginale (36)

Estrogènes par voie vaginale

BLISSEL
COLPOTROPHINE
ESTRING
FLORGYNAL
GYDRELLE
PHYSIOGINE ovule et crème
TROPHIGIL

6.9 PLACE DES AUTRES TRAITEMENTS HORMONAUX DANS LE THM



Enfin, dans certains cas, un dérivé purement synthétique est choisi en lieu et place d'un traitement hormonal de la ménopause : il s'agit de la tibolone. Ce médicament, à base de progestérone, est très vite métabolisé en composés oestrogéniques et fourni donc ainsi les deux types d'hormones. Néanmoins, l'innocuité de ce traitement est fortement discutée ces dernières années, remettant donc en cause son utilisation. (36)

Tableau n° V : Tableau des différentes spécialités à base de tibolone (36)

Autres traitements : tibolone

LIVIAL	Ré
TIBOLONE CCD	Gé
TIBOLONE MYLAN	Gé

Légende

-  Médicament référent
-  Médicament générique

6.10 LES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DES THM

L'effet secondaire le plus fréquent du traitement hormonal de la ménopause est la perte de sang au niveau vaginal. Il s'agit le plus souvent de spotting (pertes minimes et irrégulières) voire de métrorragies lorsque ces pertes sont plus abondantes.

De plus, tout comme les hormones naturellement sécrétées tout au long de la vie génitale de la femme, le traitement hormonal substitutif expose à un risque thromboembolique veineux, une légère augmentation du risque cardiovasculaire, une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Ce risque diminue néanmoins après une année de traitement. Sur le long terme, peu d'effets indésirables fréquents sont à déplorer, étant donné que le traitement vient « compenser » les taux d'hormones sécrétées auparavant.

Néanmoins, de nombreuses controverses gravitent autour du sujet du traitement hormonal de la ménopause : ce traitement favoriserait la survenue du cancer du sein ou encore du cancer de l'endomètre. Mais que dit réellement la recherche à ce sujet ? (28,29,32,36,38)

6.11 SURVEILLANCE CLINIQUE DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE

Afin de minimiser tous les risques liés à la mise en place de ce traitement, une surveillance étroite est à mettre en place.

Cette surveillance repose tout d'abord sur un examen clinique réalisé 3 à 6 mois après la mise en place du traitement. A cour de l'examen clinique, le médecin évaluera la tolérance (absence de mastodynies ou de métrorragies), l'amélioration des symptômes (qui aura dû débuter après 3 à 6 semaines de traitement). Le médecin adaptera ainsi les doses en fonction des observations faites si cela semble nécessaire.

Un examen clinique devra également être réalisé une fois par an. Il évaluera le poids de la patiente, sa taille, et également son état veineux. Un examen clinique plus général reposant sur la réalisation d'un frottis gynécologique ou encore un examen mammaire devra également être réalisé.

Tous les deux ans, et ce à partir de 50 ans, une mammographie devra être réalisée, de même qu'un bilan biologique recherchant notamment des anomalies au niveau hépatique.

Une ostéodensitométrie pourra éventuellement être réalisée si des signes laissent présager d'une ostéoporose post-ménopausique.

Enfin, en cas de signes particuliers, une échographie pelvienne pourra être envisagée. (24,37)

7 CONTROVERSE AUTOUR DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE

Les traitements hormonaux de la ménopause ont été largement prescrits jusqu'au début des années 2000. Dès 1998, de graves complications en lien avec la prescription de ce traitement ont été pointées du doigt. Nous allons donc ici faire le point sur les risques réellement liés au suivi de ce traitement, les conditions dans lesquelles les risques se développent, et les précautions prises pour les éviter.

Dans tous les cas, la voie d'administration, le type de molécules choisies, la durée d'utilisation, le délai de mise en place du traitement après la ménopause, mais également les antécédents de la patiente sont déterminants vis-à-vis de potentiels risques. (40)

Tableau n° VI : Risques cancérogènes induits par les traitements hormonaux de la ménopause (41)

TABLEAU 1. TRAITEMENTS HORMONAUX DE LA MÉNOPAUSE CLASSÉS CANCÉROGÈNES POUR L'HUMAIN		
TRAITEMENT	INDICATION	RISQUE AUGMENTÉ DE CANCER
Estrogène seul	Trouble du climatère, prévention ostéoporose : après hystérectomie	<ul style="list-style-type: none"> ● Endomètre ● ovaire ● Peut-être sein
Estrogène combiné à un progestatif	Trouble du climatère, prévention ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> ● Sein ● Endomètre (le risque diminuant avec le nombre de jours par mois d'administration de la composante progestative)

Source : Grosse Y et coll, 2009^[7].

7.1 CANCER DU SEIN

Au niveau français, l'étude E3N menée par l'Inserm, est une étude prospective de cohorte qui suit 98 995 femmes nées entre 1925 et 1950. Elle étudie l'impact du mode de vie, de l'alimentation, de l'environnement et des traitements médicamenteux sur la santé des femmes. Cette étude a voulu comparer le lien entre le type de traitement hormonal mis en place et le risque induit de cancer du sein. L'analyse portait alors sur l'étude des données de 80 377 femmes parmi lesquelles 2 354 ont présenté un cancer du sein. Les résultats de cette étude ont alors pu montrer des disparités entre les différents types de traitements hormonaux.

Tout d'abord, il semble qu'il n'y ait aucune augmentation significative du risque lorsque le traitement combine œstrogènes et progestérone ou encore lors d'un traitement par dydrogestérone. Néanmoins, les autres combinaisons oestroprogestatives sont associées à des augmentations sensibles du risque de cancer du sein. De plus, le principal résultat de cette étude met en évidence que la prise d'un œstrogène sans progestatif est associé à un risque augmenté de cancer du sein. Enfin, cette étude ne met en évidence aucune différence de risque en fonction de la voie d'administration de l'œstrogène : comprimés, gels ou patchs. (40,41,42)

Tableau n° VII : Risque de développer un cancer en fonction des choix de prescription du traitement hormonal de la ménopause (41)

TABLEAU 2. RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER DU SEIN INVASIF ASSOCIÉ AVEC LE TYPE DE THM, LA DURÉE DE PRESCRIPTION ET LE DÉLAI DEPUIS LA DERNIÈRE UTILISATION DU THM DANS LE CADRE DE LA COHORTE E3N						
Temps écoulé depuis la dernière utilisation	PRISE DE THM PENDANT 5 ANS OU MOINS			PRISE DE THM PENDANT PLUS DE 5 ANS		
	Durée moyenne d'utilisation ^a	Nombre de cas	RR [IC 95 %] ^b	Durée moyenne d'utilisation ^a	Nombre de cas	RR [IC 95 %] ^b
	ESTROGÈNES SEULS			ESTROGÈNES SEULS		
Utilisation présente	2,8	87	1,11 [0,89-1,38]	7,8	76	1,22 [0,96-1,54]
Arrêté depuis 3 mois à 5 ans	1,6	110	1,10 [0,91-1,33]	7,9	14	0,79 [0,46-1,34]
Arrêté depuis 5 à 10 ans	1,3	122	1,11 [0,92-1,33]	7,5	15	1,54 [0,92-2,57]
Arrêté depuis + de 10 ans	1,3	88	0,92 [0,74-1,15]	9,1	12	1,81 [1,02-3,22]
	ESTROGÈNES + PROGESTÉRONNE/ DYDROGESTÉRONNE			ESTROGÈNES + PROGESTÉRONNE/ DYDROGESTÉRONNE		
Utilisation présente	3,0	284	1,13 [0,99-1,29]	8,7	335	1,31 [1,15-1,48]
Arrêté depuis 3 mois à 5 ans	2,1	175	0,96 [0,82-1,12]	7,8	98	1,15 [0,93-1,42]
Arrêté depuis 5 à 10 ans	2,0	133	0,85 [0,71-1,01]	7,3	45	1,08 [0,80-1,46]
Arrêté depuis + de 10 ans	1,6	82	1,14 [0,91-1,44]	6,9	7	0,98 [0,46-2,06]
	ESTROGÈNES + AUTRES PROGESTATIFS			ESTROGÈNES + AUTRES PROGESTATIFS		
Utilisation présente	3,2	397	1,70 [1,50-1,91]	8,4	513	2,02 [1,81-2,26]
Arrêté depuis 3 mois à 5 ans	2,2	194	1,08 [0,92-1,25]	8,2	139	1,36 [1,13-1,64]
Arrêté depuis 5 à 10 ans	1,8	197	1,13 [0,97-1,31]	8,0	67	1,34 [1,04-1,73]
Arrêté depuis + de 10 ans	1,6	76	0,87 [0,68-1,10]	6,8	13	1,52 [0,87-2,63]

^a en années; moyenne d'utilisation du THM parmi les cas de cancer du sein; ^b ajusté sur l'âge et de nombreux facteurs de confusion potentiels. Catégorie de référence utilisée: n'aurait jamais utilisé de THM; IC: intervalle de confiance; RR = Risque relatif: est une mesure de probabilité qui permet d'estimer le risque de développer une maladie (ici le cancer du sein) par rapport à un facteur de risque (ici le THM).
Source Fournier et coll, 2014. [11]

Remarque: 78 353 femmes ont été incluses dans cette étude. 3 678 femmes ayant développé un cancer du sein primaire font partie de l'analyse.
Le tableau représente la stratification par nombre d'années de traitement et type de THM

Au niveau européen, des chercheurs britanniques ont réalisé la plus grande étude jamais menée sur le lien entre cancer du sein et traitement hormonal de la ménopause : la Million Woman Study (MWS). Cette étude repose sur le croisement et l'analyse de 24 études et porte sur les données de 108 647 femmes ménopausées présentant un cancer du sein.

Le principal résultat de cette étude montre qu'une femme de 50 ans qui a suivi un traitement hormonal de la ménopause durant 5 ans présente 8,3% de risque de développer un cancer du sein contre 6,3% chez une femme n'ayant jamais suivi ce type de traitement. Ce risque est diminué à 7,7% chez les femmes suivant un traitement par intermittence. Ce qui demeure toujours plus élevé que le risque en l'absence de traitement. De plus, l'étude met en évidence une corrélation importante entre l'augmentation du risque et la durée de traitement. En effet, le taux de risque peut ainsi doubler chez une patiente suivant le traitement sur une durée de 10 ans par rapport à une femme ayant suivi le même traitement pendant 5 ans.

Enfin, même si cela peut sembler logique à la vue des différences de dosages alors mises en jeu, l'étude indique que les traitements locaux à base d'oestrogènes ou les traitements hormonaux substitutifs suivis pendant moins d'une année n'entraînent aucune augmentation de risque.

Dernièrement, en 2002, alors que le traitement hormonal substitutif était en moyenne prescrit à 25% des femmes ménopausées, une étude américaine Women's Health Initiative (WHI) a profondément marqué les mentalités et est venue discréditer l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause créant ainsi une méfiance de la population et un rejet de cette option thérapeutique. Cette étude a statistiquement mis en évidence une augmentation du risque de développer un cancer du sein chez les femmes suivant un traitement hormonal de leur ménopause. Au cours de cette étude, les femmes tirées au sort pour recevoir une association hormonale à base d'oestrogènes d'origine équine et d'un analogue synthétique de la progestérone présentaient plus de cancers du sein et plus d'accidents cardiovasculaires que celles du groupe placebo.

En réaction, et malgré des études venant nuancer les propos, les prescriptions se sont vues profondément modifiées au sein du corps médical. Dès lors, le traitement hormonal substitutif

est depuis réservé aux troubles majeurs, ayant un fort impact sur la qualité de vie, à la dose minimale efficace et sur la plus courte période possible.

Suite à cette sélection de cas où la prescription semblait vraiment nécessaire au vu du rapport bénéfice/risque une baisse du taux de prescription de 62% fût alors observée et une diminution des cancers du sein de 6,6% en a résulté. (40,41,42,43)

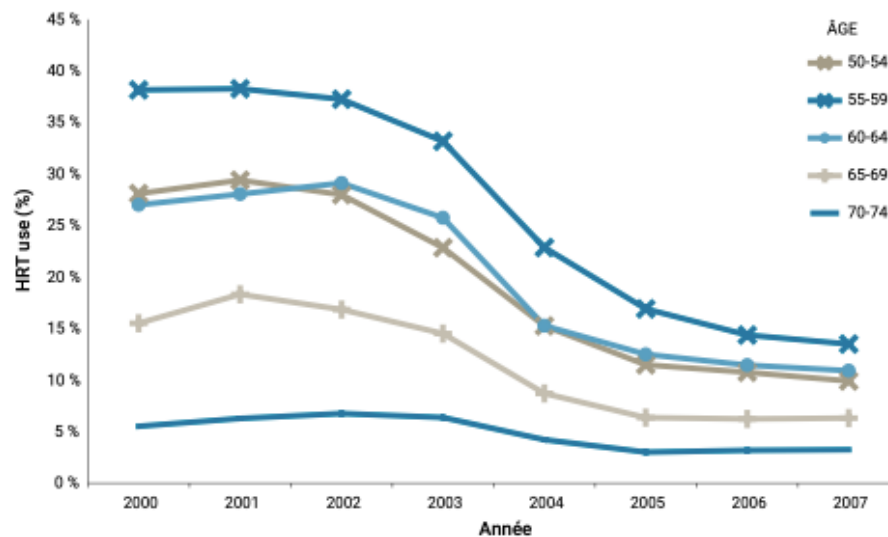


Figure 11 : Taux de prescription de THM en France, en fonction de l'année (41)

Il est important de mettre en évidence que toutes ces études demeurent purement statistiques. En effet, jusqu'à ce jour, aucune étude scientifique sur les mécanismes physiologiques à l'origine de ce phénomène n'a été réalisée. Néanmoins, étant donné l'ampleur des études, il semble évident de continuer d'aller vers la dynamique en place depuis 2002 et de maintenir une prescription raisonnée et raisonnable de ces traitements. (40,41,42,43)

7.2 CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Il est désormais clairement établi que la prise d'œstrogènes seuls augmente le risque de développer un cancer de l'endomètre. En réponse à cela, la prescription est donc

désormais systématiquement associée à celle d'un progestatif chez les femmes non hystérectomisées, de façon à limiter la prolifération de l'endomètre et donc le risque de développer un cancer.

Cependant, l'innocuité de cette association n'est pas démontrée et dépendrait de plusieurs facteurs tels que les molécules choisies ou encore la durée de prise du progestatif au cours du cycle. En effet, il semble qu'une prise du progestatif inférieure à 10 jours apporte un effet contraire à celui recherché et augmente le risque de développer un cancer de l'endomètre. En revanche, si le progestatif est pris pendant au minimum 12 jours par mois, le risque est diminué.

Au niveau français, l'étude E3N constitue une référence. Elle a mis en évidence le fait que la progestérone micronisée ou encore la dydrogestérone ne suffisent pas à prévenir le cancer de l'endomètre induit par les œstrogènes aux doses utilisées en France.

Cette étude démontre que l'association œstrogène / progestérone micronisée est particulièrement à risque. En effet, le risque de développer un cancer de l'endomètre est alors 1,8 fois plus important chez les femmes traitées par cette association en comparaison de celles ne recevant pas de traitement hormonal de la ménopause. Ce risque semble également s'amplifier avec la durée du traitement. Ainsi, le risque est 1,39 fois plus important avec une prise de l'association pendant moins de 5 ans et devient même 2,66 fois plus important lors d'une prise sur le long terme de plus de 5 ans.

En ce qui concerne les associations de type œstrogène/dydrogestérone, l'augmentation du risque serait de 1,7 en comparaison avec une femme non traitée pour les effets induits par la ménopause.

Cependant, il faut également retenir de cette étude que les autres dérivés de la progestérone associés aux œstrogènes n'entraînent eux aucune augmentation du risque de développer un cancer de l'endomètre. (40,41,43)

7.3 CANCER DE L'OVAIRE

En ce qui concerne le cancer de l'ovaire, l'association avec un progestatif, ne permet pas de diminuer le risque de développer ce cancer. Il semblerait que dans le cadre d'une prescription d'œstrogènes seuls comme d'une association, une augmentation modérée du risque de développer un cancer de l'ovaire soit présente.

Une méta-analyse regroupant les données de 52 études épidémiologiques et représentant au total 12 110 femmes ménopausées ayant présenté un cancer de l'ovaire. Parmi ces 12 110 femmes, 55% des femmes ont été traitées via un traitement hormonal de la ménopause. Cette étude révèle une augmentation du risque de développer ce type de cancer de 43% vis à vis d'une femme non traitée si le traitement a été pris pendant moins de 5 ans. Cet excès de risque passe à 41% lors d'une prise sur plus de 5 ans. Ces résultats laissent penser que le risque de développer un cancer de l'ovaire diminue progressivement au fil du temps après l'arrêt du traitement.

En France, cela représente donc un cas de cancer de l'ovaire pour mille femmes dans le cadre d'un traitement pris pendant 5 ans après l'âge de 50 ans et un décès de plus pour 1700 femmes traitées. (40,41,43)

7.4 RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Nous savons que la femme non ménopausée qui produit encore des œstrogènes et de la progestérone est protégée des maladies coronariennes.

Dans plusieurs études à visée observationnelle, une diminution du risque cardiovasculaire a été observée lors d'un traitement par œstrogènes et l'association d'un progestatif ne modifie pas la diminution du risque cardiovasculaire observé sous œstrogènes.

Cependant, dans une étude menée par des infirmières américaines, il est observé que l'effet préventif du traitement hormonal de la ménopause n'est valable que lorsque le traitement est débuté chez des femmes de moins de 60 ans.

Une étude britannique met quant à elle en évidence une distinction importante : une augmentation du risque d'AVC est présente uniquement chez les femmes prenant des œstrogènes par voie orale et non par voie locale.

En ce qui concerne les études plus cliniques, deux études randomisées versus placebo de prévention du risque vasculaire sous œstroprogestatifs ont été réalisées avec un traitement comprenant des œstrogènes conjugués équins à la dose de 0,625 mg/j associés à 2,5 mg/j de progestérone en combiné continu.

La première, l'étude HERS, ne montre aucun bénéfice cardio-vasculaire du traitement œstroprogestatif de la ménopause.

La seconde, l'étude WHI dont nous avons déjà parlé, met en évidence une augmentation significative des risques coronariens d'AVC et de thromboembolies veineuses dans le groupe traité.

Ces résultats ont été très discutés. Cet excès de risque pouvant notamment être à nuancer en fonction de la voie d'administration ou du type de progestatif utilisé.

De plus, dans la partie de l'étude WHI, où ont été utilisés des œstrogènes seuls car destinés à des femmes hystérectomisées, aucune augmentation des infarctus du myocarde n'a été mise en évidence. Lorsque le traitement a été institué chez des femmes jeunes, il a même été observé une diminution du risque.

Enfin, pour ce qui est des AVC, ceux-ci semblent augmenter surtout chez les sujets de plus de 70 ans peu importe la voie d'administration de l'œstrogène.

Ainsi, il semble que la prévention des pathologies coronariennes à l'aide du traitement hormonal de la ménopause reste possible sous certaines conditions assez strictes. En effet, une œstrogénothérapie peut prévenir l'apparition des plaques d'athérome si elle est débutée tôt après le début de la ménopause. Cependant, dans ce cas précis, l'utilisation par voie locale de l'œstrogène semble à privilégier afin d'éviter une augmentation du risque thromboembolique veineux voire d'AVC. Enfin, il semble nécessaire de porter une attention particulière au choix du progestatif. (44,45)

8 LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

8.1 DÉFINITION

L'ostéoporose post-ménopausique est une maladie du squelette qui touche environ 30% des femmes ménopausées dès les premières années de leur ménopause. Cette maladie, de par une diminution de la masse osseuse ainsi que d'une altération de l'architecture du tissu osseux, aboutit à une fragilisation des os et donc à une augmentation significative du risque

de fracture. En effet, l'os devient plus frêle et cassant. Un simple choc ou une chute de sa hauteur peut entraîner une fracture.

A terme, cette pathologie peut avoir une incidence sur la mortalité lorsque les fractures sont qualifiées de sévères et apportent un sur-risque de mortalité et un risque d'apparition de nouvelles fractures sur une période de plusieurs années : fractures du fémur, du bassin ou encore des vertèbres par exemple.

La responsabilité de cette maladie peut, comme nous l'avons vu plus tôt, être attribuée à l'insuffisance oestrogénique. Néanmoins, chez certains patients, une ostéoporose secondaire peut également être présente, en raison d'une autre cause, médicamenteuse ou encore endocrinienne. (46,47)

8.2 DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'ostéoporose peut être posé suite à l'apparition d'une fracture dite de fragilité, c'est-à-dire lors de l'apparition d'une fracture suite à un traumatisme minime qui témoigne d'une fragilité osseuse importante.

De plus, une mesure de la densité osseuse, à l'aide d'une ostéodensitométrie, permet de définir l'ostéoporose. Une diminution de cette densité osseuse constitue un facteur de risque fracturaire.

Cependant, il n'est recommandé de pratiquer une ostéodensitométrie que dans certaines situations bien définies :

- Découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans notion de traumatisme.
- Antécédents personnels de fracture périphérique sans notion de traumatisme.
- Antécédents de pathologies inductrices d'ostéoporose telle qu'une hyperthyroïdie ou un hypercorticisme.
- Prise d'un traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose tel qu'une corticothérapie ou un traitement par anti-aromatases.
- Antécédents de fracture du col du fémur chez un parent du 1^o degré.
- IMC < 19kg/m².
- Ménopause avant 40 ans.
- Antécédents de corticothérapie prolongée à une dose > à 7,5mg par jour équivalent prednisolone.

L'ostéodensitométrie doit être réalisée sur deux sites distincts : le rachis lombaire ainsi que l'extrémité supérieure du fémur. La densité minérale osseuse s'exprimera sous forme d'un T-score. Ce score reflète le rapport entre la densité osseuse mesurée et la densité osseuse théorique normale au même endroit, d'un adulte du même sexe.

On distingue alors 3 situations :

- Un T-score > -1 : densité osseuse normale.
- Un T-score $> -2,5$ et ≤ -1 : absence d'ostéoporose.
- Un T-score $\leq -2,5$: ostéoporose.

Si le résultat de cette première ostéodensitométrie est normal, une seconde pourra être recommandée dans un délai de 3 à 5 ans afin de réévaluer le risque.

En fin de traitement, une nouvelle ostéodensitométrie devra également être réalisée et le résultat permettra de mettre à jour l'évaluation du risque fracturaire.

En dehors de ces situations, la réalisation d'une ostéodensitométrie n'est pas recommandée et n'est donc pas prise en charge par la Sécurité Sociale. En effet, en cas de situation dite classique, un traitement hormonal substitutif bien mené apparaît comme suffisant pour prévenir l'ostéoporose.

Néanmoins, un indice de densité seul ne permet pas de prendre une décision de prise en charge thérapeutique. La recherche et l'évaluation des autres facteurs de risques fracturaires restent essentielles.

Pour faciliter cette recherche, des outils existent :

- Un questionnaire d'évaluation : le FRAX. Il donne une estimation de la probabilité de survenue à 10 ans d'une fracture du col du fémur et d'une fracture majeure. Cette estimation repose sur divers critères comme l'âge, le poids, la taille, le tabagisme, la consommation de corticoïdes, la présence d'arthrose, la présence d'une ostéoporose secondaire, la consommation d'alcool, la densité osseuse au niveau du fémur, les antécédents de fractures sévères ou encore les antécédents familiaux de fractures de la hanche. (48)

Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: **France** Name/ID: [About the risk factors](#)

Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth
 Age: Date of Birth: Y: M: D:

2. Sex Male Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture No Yes

6. Parent Fractured Hip No Yes

7. Current Smoking No Yes

8. Glucocorticoids No Yes

9. Rheumatoid arthritis No Yes

10. Secondary osteoporosis No Yes

11. Alcohol 3 or more units/day No Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
 Select BMD



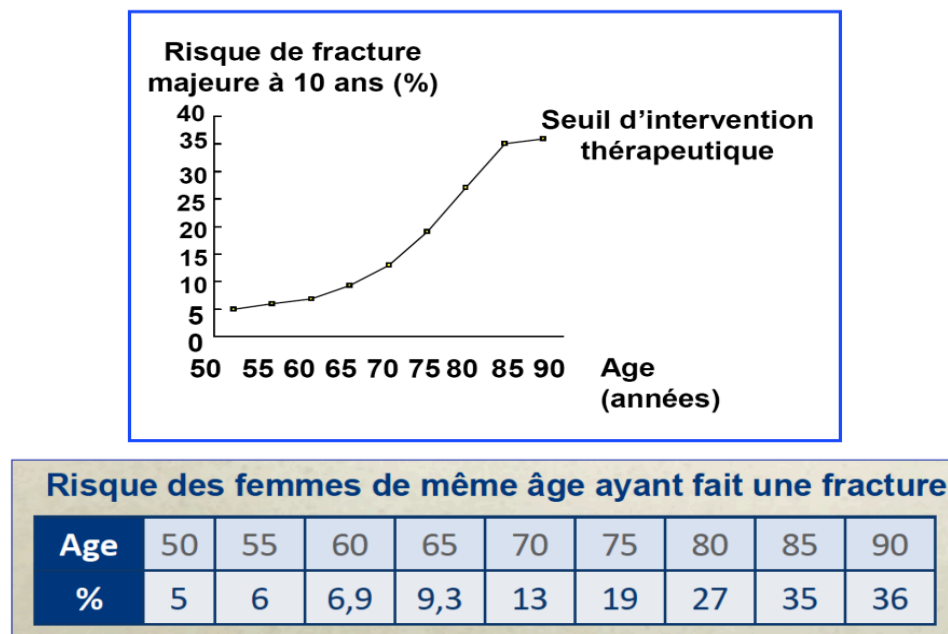
Weight Conversion
 Pounds kg

Height Conversion
 Inches cm

00491066
 Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

Figure 12 : Questionnaire d'aide à l'évaluation du risque fracturaire (48)

Une courbe d'aide à la décision thérapeutique qui prend en considération l'âge du patient et son risque de fracture à 10 ans a également été créée.



Briot K et al. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhumatisme 2012

Figure 13 : Courbe d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre de l'ostéoporose post-ménopausique (48)

8.3 PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

8.3.1 RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

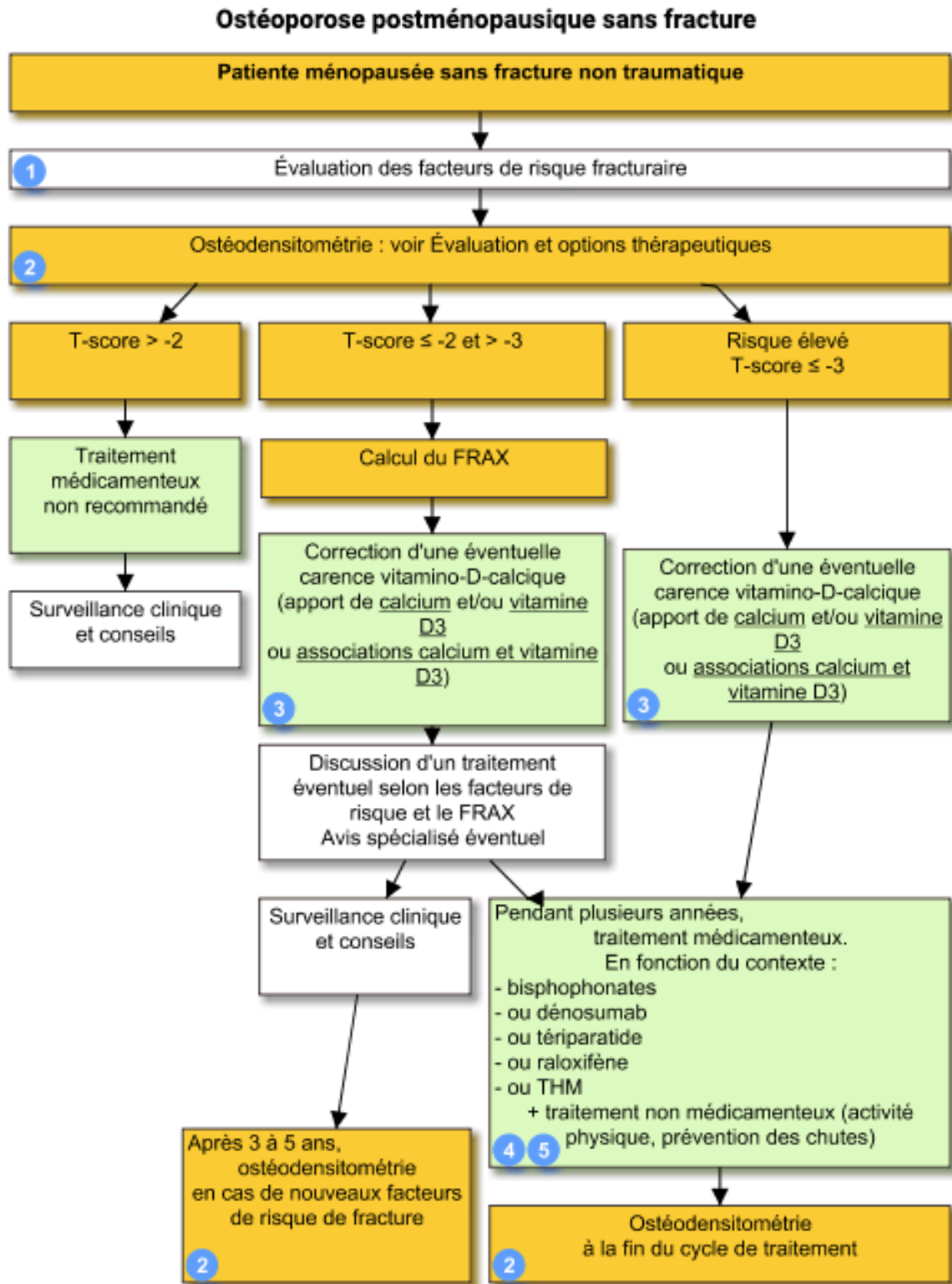


Figure 14 : Recommandations de prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique (47)

L'objectif du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique est toujours le même : prévenir la survenue de fractures. L'os est un tissu en perpétuel remaniement et dépend principalement de deux types cellulaires. Les ostéoclastes, issus de la lignée des macrophages, qui sont responsables de la résorption osseuse. Les ostéoblastes, issus de la lignée des fibroblastes, sont eux responsables de la synthèse de l'os. Certains traitements vont alors avoir pour objectif de diminuer la résorption osseuse quand d'autres viseront à stimuler sa formation.

Avant toute mise en place d'un traitement dans cette indication, il reste primordial de vérifier qu'aucune carence vitamino-D-calcique ne soit présente, et, le cas échéant, une substitution médicamenteuse doit y remédier. (47)

8.3.2 CORRECTION D'UNE CARENCE VITAMINO-D-CALCIQUE

Les besoins journaliers de calcium se situent entre 1000 à 1200mg de calcium par jour. En cas d'insuffisance des apports, on constate une augmentation du taux de parathormone et ainsi une accentuation de la perte osseuse. Il faut, de toute évidence, privilégier un apport alimentaire de cette quantité de calcium grâce à une consommation régulière de produits laitiers ou encore d'eaux minérales riches en calcium. L'apport médicamenteux ne doit représenter qu'une alternative en cas de carence due à un apport alimentaire ne parvenant pas à être suffisant.

La vitamine D3 est synthétisée par la peau sous l'effet des rayons UV du soleil, elle est peu présente dans l'alimentation. Les besoins journaliers se situent autour de 800 UI par jour. Son rôle principal est de favoriser l'absorption du calcium au niveau du tube digestif et ainsi de stimuler la construction des os et donc de diminuer leur résorption. L'apport médicamenteux peut se faire de façon journalière ou en dose plus importante, annuellement par exemple.

La supplémentation doit être associée à une supplémentation en calcium.

Des associations existent afin de favoriser l'observance vis-à-vis du traitement. Néanmoins, le bénéfice de cette supplémentation en association au traitement spécifique de l'ostéoporose n'a pu être montré qu'auprès de femmes âgées de plus de 80 ans, en institution et carencées.

Enfin, les principaux effets indésirables liés à ce traitement sont des réactions cutanées bénignes ou encore des troubles digestifs légers. (47)

8.3.3 BIPHOSPHONATES

Les biphosphonates vont venir se fixer sur les os afin d'empêcher leur destruction. Ces médicaments se caractérisent par une structure phosphore-calcium-phosphore (P-C-P). Ce sont des analogues des pyrophosphates inorganiques (liaison Phosphore – Oxygène – Phosphore P-O-P). La présence de l'atome de carbone rend la liaison résistante à la dégradation enzymatique. Les biphosphonates ont une très forte affinité pour le calcium et vont donc se fixer solidement à l'os.

Chaque biphosphonate comprend deux chaînes. Une chaîne comprenant la liaison P-C-P permet de se lier à la matrice osseuse. Une seconde chaîne responsable des propriétés biologiques, varie selon les éléments qui la composent.

En cas de résorption de l'os par les ostéoclastes, ces derniers endocytent les produits de l'os mais également les biphosphonates. Les ostéoclastes perdent alors leur fonction en raison de la présence de l'atome d'azote qui vient inhiber l'enzyme responsable de leur activité. Les ostéoblastes entrent alors en apoptose via un mécanisme de blocage de l'ATP.

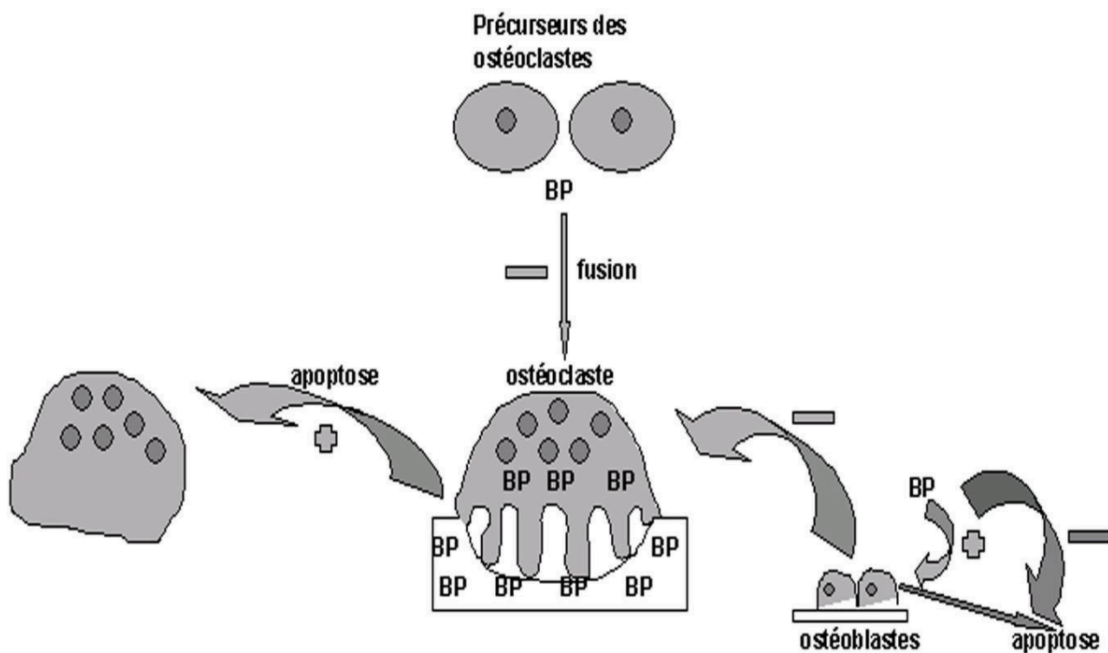


Figure 15 : Mécanisme d'action des biphosphonates (49)

Ces médicaments existent sous forme de comprimés ou de solutions injectables par voie intra-veineuse permettant leur administration à des intervalles prolongés (15 jours, 3 mois ou encore 1 an selon les spécialités).

Divers effets indésirables peuvent apparaître lors d'un traitement par biphosphonates. On rencontre tout d'abord des troubles digestifs : nausées, diarrhées, gastralgies. Afin de limiter le risque d'ulcération œsophagienne, il est recommandé de prendre son traitement debout, à jeun (en raison de leur très faible biodisponibilité), 30 minutes avant un repas, avec un grand verre d'eau peu minéralisée, telle que l'eau du robinet et de ne pas s'allonger dans la demi-heure qui suit. De plus, certains cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été rapportés. Les patients doivent donc être informés de ce risque en début de traitement. Il leur est conseillé de réaliser un bilan bucco-dentaire complet avant l'instauration du traitement. Une fois le traitement débuté, un suivi bucco-dentaire régulier devra également être mis en place, au minimum tous les ans.

Aucune surveillance biologique n'est nécessaire lors d'un traitement par biphosphonates. Cependant, une surveillance de l'efficacité thérapeutique est possible. Il doit être observé une régression de l'hypercalcémie, une réduction des marqueurs de résorption osseuse après trois mois de traitement ou encore une augmentation de la densité osseuse après 2 ans de traitement.

Il est important de noter que les biphosphonates sont contre-indiqués chez les insuffisants rénaux sévères.

Plusieurs biphosphonates existent : l'acide alendronique ou alendronate, l'acide risédronique ou risédronate, l'acide zolédronique. Ces médicaments peuvent être associés au calcium et/ou à la vitamine D3 dans certaines spécialités. (49)

8.3.4 AUTRES THÉRAPEUTIQUES

Dénosumab : C'est un anticorps monoclonal humain qui inhibe la fonction des ostéoclastes. Il possède l'AMM dans le cadre de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées à risque élevé de fractures. Son efficacité a été démontrée, tant au niveau des fractures vertébrales, non vertébrales que des fractures de la hanche. Les mêmes précautions vis-à-vis du risque d'ostéonécrose de la mâchoire sont à prendre avant l'instauration et pendant le traitement que lors d'un traitement par biphosphonates. Les patients doivent également être

informés d'un risque de fracture atypiques de la diaphyse du fémur. Les patients doivent donc apprendre à repérer toute douleur nouvelle ou inhabituelle au niveau de la cuisse, de la hanche ou de l'aîne et en informer immédiatement leur prescripteur. Enfin, des situations de fractures vertébrales multiples ont été observées à l'arrêt du traitement en raison d'un effet rebond de la résorption osseuse. Pour toutes ces raisons, ce traitement est à considérer comme étant de seconde intention, en relai d'un traitement par biphosphonates afin de limiter cet effet rebond. La posologie réside en une unique injection sous-cutanée tous les 6 mois. (46)

Tériparatide : Sa structure étant proche de celle de la parathormone humaine, il stimule l'activité ostéoblastique par rapport à l'activité ostéoclastique. Son AMM est spécifique des situations d'ostéoporose à risque élevé de fractures. L'efficacité est importante dans le cadre des fractures vertébrales et périphériques mais non démontrée dans le cadre des fractures de la hanche. Ce traitement est réservé, et donc pris en charge, seulement dans des situations d'ostéoporose sévère compliquées d'au moins deux fractures vertébrales. Ce médicament d'exception s'administre à raison d'une injection sous-cutanée par jour pendant vingt-quatre mois au maximum. (46)

Raloxifène : Il agit comme un agoniste des œstrogènes au niveau osseux et diminue ainsi la perte osseuse. L'AMM est spécifique de la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. L'efficacité a été particulièrement démontrée en ce qui concerne les fractures vertébrales mais pas vis-à-vis des fractures périphériques. La posologie est d'un comprimé par jour. Ce traitement est à réserver aux femmes ménopausées de moins de 70 ans ayant une ostéoporose rachidienne à faible risque de fracture du col du fémur et sans facteur de risque de survenue d'évènement thrombo-embolique veineux. En effet, en raison de l'effet agoniste des œstrogènes, son principal effet indésirable est le risque thromboembolique veineux, mais on compte aussi un risque de bouffées de chaleur ou encore de crampes des membres inférieurs. (46)

Ibandronate : Cette molécule dispose d'une AMM en cas de fracture si le risque de fracture périphérique est faible ou en l'absence de fracture chez les femmes ménopausées présentant une ostéoporose à prédominance rachidienne et un faible risque de fracture du

fémur. Son efficacité sur les fractures périphériques reste à établir. Ce médicament s'administre à raison d'une prise par mois par voie orale ou d'une injection tous les trois mois sous sa forme injectable. (46)

Calcitonine : Cette hormone hypocalcémiante bloque l'activité des ostéoclastes. Elle détient l'AMM dans la prévention de la perte osseuse aiguë liée à une immobilisation soudaine, suite à une fracture ostéoporotique. Cependant, son utilisation est recommandée sur de courtes durées et à la dose la plus faible possible en raison d'un sur-risque de survenue de cancer. Ces effets indésirables lors d'une utilisation au long cours, le manque de preuve de son efficacité ainsi que sa faible tolérance ne lui confèrent néanmoins pas une place de choix dans la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique. (46)

8.3.5 DURÉE, SUIVI, ET ADAPTATION DU TRAITEMENT

Il n'existe à ce jour aucun consensus quant à la durée optimale du traitement. La durée est à ajuster en fonction de l'âge de la patiente, de sa tolérance vis-à-vis du traitement, de l'évolution de sa pathologie mais aussi de la rémanence de son traitement après l'arrêt de ce dernier.

Le suivi du traitement s'effectue via bilan phosphocalcique (calcémie, phosphorémie, albuminémie, créatininémie, phosphatases alcalines). Les marqueurs de la résorption osseuse peuvent se montrer utiles dans le suivi de l'efficacité du traitement. Le suivi clinique via la taille est également important dans toutes les situations et peut se compléter de la réalisation de radiographies classiques.

L'évaluation de l'efficacité du traitement pourra se faire après deux à trois ans de thérapeutique bien menée. Elle repose sur un examen clinique mais également sur une ostéodensitométrie.

La poursuite du traitement dépendra alors de cette réévaluation mais également du risque fracturaire initial. La décision de l'arrêt ou non du traitement se prendra donc au cas par cas. Cet arrêt pourra être envisagé chez une patiente qui n'a pas connu de nouvel épisode de fracture, qui n'a pas de facteur de risque supplémentaire, qui n'a pas de diminution de la densité minérale osseuse et qui a, en cas d'antécédent de fracture sévère, un T-score fémoral en fin de traitement supérieur à 2,5. (46)

8.3.6 RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES ET PRÉVENTION DES CHUTES

Les principales règles hygiéno-diététiques à mettre en œuvre chez les patientes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique sont simples : pratiquer une activité physique adaptée quotidienne (trente minutes de marche par jour ou une heure d'activité physique trois fois par semaine), s'exposer suffisamment au soleil, avoir une alimentation qui permet l'apport de quantités suffisantes de calcium ou encore arrêter la consommation d'alcool et de tabac.

Dans le cadre de la pathologie ostéoporotique, la prévention des chutes est un élément clé de la prévention de l'apparition des fractures. Cette prévention passe par l'éviction des sols mouillés ou glissants, la mise en place de protections antidérapantes sous les tapis, le port de chaussures adaptées, la mise en place de rampes ou de barres d'appui au sein du domicile, la mise en place d'un éclairage optimal de jour comme de nuit ou encore la réorganisation des espaces à parcourir la nuit lors des levers nocturnes par exemple.

Jusqu'à présent, nous avons abordé les divers traitements purement pharmacologiques de la ménopause. Notons tout de même, bien qu'ils ne soient pas évoqués ici, qu'il en existe d'autres, moins spécifiques, tels que les antidépresseurs ou encore les anxiolytiques, qui permettent de prendre en charge la part des symptômes non traités par un traitement hormonal ou un traitement anti-ostéoporotique.

Cependant, de nos jours, la crainte vis-à-vis des pathologies cancéreuses étant grandissante, tout comme les questions environnementales, nous observons une forte volonté de la part des patientes de revenir à des thérapies plus « naturelles » passant davantage par les plantes ou les éléments directement prélevés dans la nature. De plus, nous avons vu que l'accès au traitement hormonal de la ménopause doit être réservé aux situations dans lesquelles le ratio bénéfice/risque reste favorable pour la patiente. Pour ces raisons, la suite de mon propos portera sur les solutions qu'il est possible d'apporter à l'officine, pour répondre de façon symptomatique, aux désagréments de la patiente ménopausée. (46)

9 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA MÉNOPAUSE : CONSEILS À L'OFFICINE

9.1 MÉNOPAUSE ET PHYTOTHÉRAPIE

9.1.1 PHYTOTHÉRAPIE : DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION

Le terme « phyto » viens du grec ancien, plus précisément du terme « phyton » qui signifie végétal. On peut donc parler d'une thérapie par le végétal. Il s'agit d'une méthode thérapeutique qui utilise les plantes médicinales dans le traitement de maladies.

Selon l'OMS, la phytothérapie est le traitement médical le plus utilisé au monde. Néanmoins, si nous pouvons considérer qu'il existe environ 370 000 espèces végétales dans le monde, seulement 33 000 espèces seraient utilisées pour leurs propriétés médicinales et seulement 2000 à 3000 plantes ont déjà fait l'objet d'études scientifiques rigoureuses.

En phytothérapie, les plantes qui nous intéressent sont les plantes dites médicinales. Une plante peut être qualifiée de médicinale si elle respecte deux conditions :

- Contenir, au niveau de ses organes, un ou plusieurs principes actifs utilisables à des fins thérapeutiques, que ce soit via une action préventive ou curative. Un principe actif est une substance chimique se trouvant dans la plante et étant à l'origine d'une action thérapeutique.
- Être inscrite, sous forme de monographie, à la pharmacopée française ou européenne.

En France, le spécialiste de la phytothérapie est le pharmacien. Pour cette raison, et selon l'article L-4211-1 du code de la santé publique, les plantes médicinales sont placées sous le monopole pharmaceutique. Le 22 août 2008, le décret 2008-241 est venu dresser une liste de 148 plantes médicinales pouvant être vendues hors des pharmacies. Ce décret précise cependant parfois, quelles parties de la plante restent ou non soumises au monopole.

Il est important de souligner une distinction importante entre les plantes en nature utilisées par exemple sous forme de tisane, les médicaments à base de plantes, les compléments alimentaires à base de plantes ou encore les dispositifs médicaux à base de plantes.

En premier lieu, en ce qui concerne les plantes en nature, elles engagent pleinement la responsabilité du pharmacien. En effet, il lui revient de s'assurer de la conformité des plantes qu'il vend avec la pharmacopée et d'effectuer le contrôle des matières premières selon les monographies de la pharmacopée. Il peut s'affranchir de cette étape de contrôle s'il passe par un fournisseur ayant un statut pharmaceutique et lui délivrant donc des bulletins d'analyse. Néanmoins, si le fournisseur ou producteur ne possède pas le statut pharmaceutique, cette étape restera à sa charge. Ces contrôles permettent au pharmacien de garantir l'identité des plantes médicinales délivrées. Cependant, le pharmacien doit aussi pouvoir garantir la qualité de ces plantes. Pour ce faire, il doit respecter des conditions strictes de stockage. Enfin, la vente de ces plantes en nature est également réglementée. Par exemple, le pharmacien doit obligatoirement se référer à la monographie de la pharmacopée « Mélanges pour tisanes pour préparations officinales » lors de la réalisation de mélanges pour tisanes pour ses patients.

En second lieu, il semble logique que de ces plantes médicinales, découlent très logiquement des médicaments à base de plantes. Ces médicaments ne contiennent pas de substance active pure, c'est le totum de la plante qui est utilisé afin d'obtenir une action synergique.

Au sein de l'EMA (Agence européenne pour l'évaluation des médicaments), existe un comité des médicaments à base de plantes : l'Herbal Medicinal Product Committee (HMPC). Ce comité établit des monographies communautaires des plantes médicinales.

En France, le médicament doit répondre à la réglementation générale des médicaments et répondre à la définition présente dans l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. Le médicament à base de plantes est fabriqué industriellement, il est inscrit en tant que spécialité pharmaceutique et doit, selon l'article L.601 faire l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Cette AMM est obtenue sur la base d'un dossier qui répond à diverses dispositions inscrites au sein des articles R.5128 à R.5136 du code de la santé publique.

Cette AMM est un gage de qualité, de sécurité mais également d'efficacité du médicament.

Ces médicaments à base de plantes peuvent renfermer :

- Une ou plusieurs substances végétales sous forme de poudre.
- Une ou plusieurs préparations à base de plantes sous forme d'extraits.
- Une association d'une ou plusieurs substances végétales ou préparation à base de plantes.

On distingue alors 2 types de médicaments à base de plantes :

- Les médicaments à base de plantes à « usage médical bien établi » : les substances actives sont connues, leur niveau de sécurité est acceptable, l'efficacité est reconnue et l'usage passe le plus souvent par une prescription médicale. On sera ici face à une procédure d'AMM allégée.

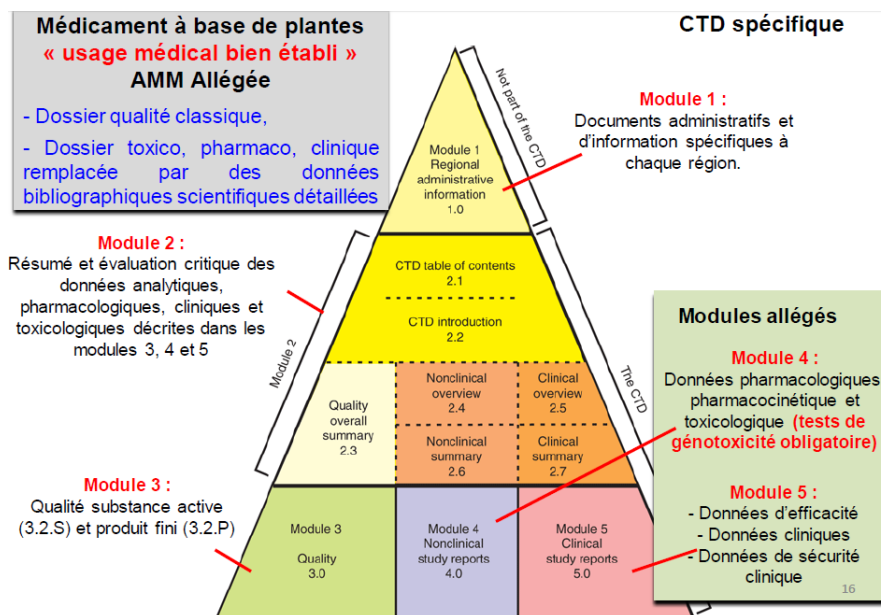


Figure 16 : Composition du dossier d'AMM d'un médicament à base de plantes à « usage médical bien établi » (51)

- Les médicaments à base de plantes à « usage traditionnel » : les substances actives ne sont pas forcément connues, l'usage est reconnu traditionnel depuis au moins 30 ans dont 15 dans l'Union Européenne (UE). L'encadrement de l'usage par un médecin n'est pas toujours nécessaire ici. On sera dans ce cas face à une procédure d'enregistrement simplifiée.

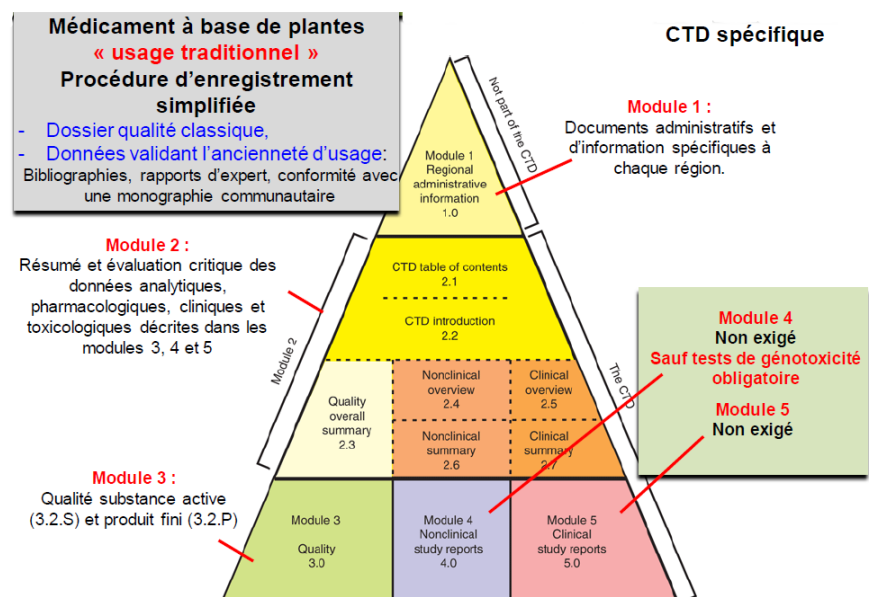


Figure 17 : Composition du dossier d'AMM d'un médicament à base de plantes à « usage traditionnel » (51)

En troisième lieu, la phytothérapie comprend également les compléments alimentaires à base de plantes. Ce sont « des denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés, commercialisés sous formes de doses, telles que les gélules, les pastilles, les comprimés, les pilules et autres formes similaires, ainsi que les sachets de poudre, les ampoules de liquide, les flacons munis d'un compte-gouttes et les autres formes analogues de préparations liquides ou en poudre destinées à être prises en unités mesurées de faible quantité ».

Les compléments alimentaires dits « à base de plantes » sont ceux renfermant des plantes ou parties de plantes médicinales. Ils peuvent renfermer ces plantes sous forme de poudres, d'extraits, d'huiles essentielles ou encore d'huiles végétales. L'Arrêté Plantes du 24 juin 2014 vient fixer les conditions d'utilisation de ces plantes au sein des compléments alimentaires selon 3 annexes :

- L'annexe I fixe la liste des plantes pouvant entrer dans la composition des compléments alimentaires (nom scientifique, famille, nom vernaculaire, parties utilisées, substances à surveiller, restrictions).
- L'annexe II donne des informations quant à la traçabilité et la qualité des plantes.

- L'annexe III donne des informations relatives à la sécurité.
- Dans cet arrêté plantes apparaissent 541 espèces et environ 1000 parties de plantes.

Cependant, cet arrêté présente des limites :

- Aucune dose limite n'est fixée pour les substances à surveiller.
- Certaines plantes sont autorisées malgré une introduction récente en Europe et donc un recul insuffisant.
- Certaines plantes à la base sous le monopole pharmaceutique sont aujourd'hui autorisées.

La qualité de ces compléments alimentaires à base de plantes dépend donc d'une volonté du fabricant de présenter une vraie démarche qualité. Par exemple, le fournisseur peut juger utile, malgré le fait qu'aucune obligation ne l'impose, de présenter des extraits titrés ou quantifiés afin d'informer le consommateur de la teneur en certains composés présents dans le complément alimentaire.

Si ni la teneur en principe actif, ni le mode d'extraction ne sont réglementés, les allégations présentes sur l'emballage, elles, le sont.

En effet, ces allégations, ou « tout message ou toute représentation, non obligatoire, [...], qui affirme ou implique qu'une denrée alimentaire possède des caractéristiques particulières » doivent être validées par des données scientifiques pour ne pas induire le consommateur en erreur. Les informations inexactes, trompeuses ou peu compréhensibles sont interdites.

On distingue ainsi 3 types d'allégations :

- Les allégations de santé qui sont interdites car on ne parle pas ici de médicaments.
- Les allégations nutritionnelles, listées sur une liste positive, sont autorisées si le fabricant peut prouver que la substance à l'origine de cette allégation est présente en quantité suffisante.

- Les allégations de santé, évaluées par l’Autorité Européenne de la Sécurité des Aliments (EFSA) et listées sur une liste positive par la Communauté Européenne avec possiblement certaines conditions ou restrictions d’utilisation.

En ce qui concerne l’étiquetage, il doit afficher clairement que nous sommes face à un complément alimentaire et non face à un médicament.

Concernant la mise sur le marché, elle se fait après une simple déclaration à la DGCCRF (Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes).

Deux situations sont alors possibles :

- Si les plantes contenues dans le complément alimentaire sont autorisées par l’Arrêté Plantes, le dossier de déclaration doit alors s’accompagner d’un dossier technique et d’un modèle d’étiquetage.
- Si les plantes contenues dans le complément alimentaire ne sont pas autorisées par l’arrêté plantes, on applique alors le principe de reconnaissance mutuelle entre les états membres : le dossier doit en plus comporter des documents attestant de la commercialisation légale dans les pays membres de l’Union Européenne (UE). Après un délai maximal de 2 mois, l’absence de réponse vaut autorisation de mise sur le marché. Puis, dans un délai maximal de 12 mois, le nouvel ingrédient est autorisé à l’échelle nationale ou bien le produit est retiré du marché.

Enfin, nous devons aborder le cas des dispositifs médicaux à base de plantes. Ils sont utilisés, selon la directive 93/42/CEE de l’article L. 5211-1 du Code de la Santé Publique, lorsque « [...] l’action principale voulue n’est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, [...] ». Les allégations thérapeutiques sont ici autorisées. Le marché est surveillé par l’Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) qui s’assure de la conformité aux exigences de santé et de sécurité et par la DGCCRF qui inspecte la distribution et réalise des contrôles au sein des laboratoires. Enfin, la présence du marquage CE est obligatoire pour la mise sur le marché. (50,51,52)

	Phytomédicaments	CA à base de plantes	DM à base de plantes
Plantes	Plantes médicinales	Plantes alimentaires, 540 plantes médicinales autorisées, CA à base de plantes médicinales autorisées dans l'UE	Plantes pouvant être médicinales exerçant un effet thérapeutique par un moyen mécanique
Indications	Thérapeutiques	Nutritionnelles et physiologiques	Thérapeutiques
Autorités compétentes	ANSM/EMA	Anses/Efsa	ANSM
Mise sur le marché	AMM simplifiée : reconnaissance de l'usage traditionnel	Déclaration à la DGCCRF	Marquage CE sous la responsabilité du fabricant Classe I : autocertification Autres classes : organisme notifié choisi par le fabricant
Monopole pharmaceutique	Oui	Non	Non ¹
Efficacité	Selon la forme, la dose ; revendication sur la base de l'usage traditionnel, voire d'études cliniques	Selon la forme, la dose ; allégations (si présentes) prouvées par des études cliniques	Selon la forme, la dose ; évaluation clinique nécessaire au marquage CE
Sécurité	Plantes traditionnellement utilisées depuis plus de 30 ans dont 15 dans un pays de l'UE ; contrôle selon les normes des pharmacopées	Dossier sur la sécurité à déposer ; en lien avec la qualité des CA ²	Rapport bénéfice-risque favorable ; responsabilité du fabricant
Qualité	Pharmaceutique	Dossier qualité à déposer : données sur la plante, le procédé de transformation et la préparation	Système d'assurance qualité (conception/fabrication/contrôle) fortement recommandé à partir de la classe II

Tableau n° VIII : Principales différences entre médicaments à base de plantes, compléments alimentaires à base de plantes et dispositifs médicaux à base de plantes (51)

9.1.2 PHYTOTHÉRAPIE : PLANTES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

Nous allons ici traiter, des plantes pouvant présenter un intérêt dans la prise en charge des troubles liés à la ménopause, selon la sphère sur laquelle elles agissent. A noter que certaines de ces plantes peuvent présenter bien d'autres vertus qui ne seront pas abordées ici si ces dernières ne présentent pas de lien avec la prise en charge des symptômes de la ménopause. (53)

9.1.2.1 Les plantes prenant en charge la ménopause dans sa globalité = phytoestrogènes

Les phytoestrogènes constituent un groupe de composés produits naturellement par les plantes. Ce sont des composés non stéroïdiens mais présentant une analogie de structure avec l'œstradiol de par la présence d'un noyau phénol et d'un hydroxyle séparés par la même distance. Ces composés, en se fixant, grâce à cette analogie de structure, sur les récepteurs

oestrogéniques, ont donc la capacité d'induire des effets oestrogéniques sur l'organisme. Nous savons que les symptômes climateriques sont en grande partie dus à une carence oestrogénique et étant donnée la controverse qui subsiste autour du traitement hormonal de la ménopause, l'accès à ces phytohormones pourrait sembler être une alternative de choix dans la prise en charge des désagréments liés à la ménopause. Si plus de 600 plantes à activité oestrogénique ont été recensées dans le monde végétal, seulement quelques dizaines possèdent la propriété d'être assimilables via l'alimentation. Ces molécules regroupées dans la famille des polyphénols, peuvent se diviser en cinq groupes : les isoflavonoïdes (isoflavones et isoflavanes), les flavanones, les coumestanes, les stilbènes et les entérolignanes.

Cependant, si l'utilisation de ces composés semble représenter une solution de choix, certains risques restent à mesurer. En effet, une controverse est également présente autour de ce groupe de molécules. Ces phytohormones, qualifiées de perturbateurs endocriniens potentiels, peuvent, au même titre que les œstrogènes d'origine humaine, favoriser l'apparition ou le développement de cancers sensibles aux œstrogènes. De ce fait, ces molécules ne doivent pas être utilisées sans un suivi médical et sont contre-indiquées chez les femmes enceintes, allaitantes, ou chez les femmes présentant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants. Enfin, ces composés interagissent avec de nombreux traitements.

Il est donc recommandé de ne pas utiliser les phytoestrogènes sans avis médical, et de ne pas en multiplier les sources. Par exemple, L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), recommande une dose limite admissible à 1mg d'isoflavones par kilogramme de poids corporel par jour. (51,53,54,55,56)

9.1.2.1.1 Soja, *Glycine soja*, *G.max*, Fabaceae

Le soja, plante non médicinale, est une plante herbacée classée parmi les légumineuses. Elle est entièrement hérissée de petits poils roux. Elle présente des feuilles trilobées et de petites fleurs bleues ou violettes regroupées en grappes. Les fruits sont des gousses velues et allongées renfermant des graines de la taille et de la forme d'un pois. La partie utilisée est constituée par les graines.

Cette plante contient des isoflavones. Ces isoflavones sont issus des glycosides de génistéine, de daidzéine et de glycytéine. Cependant, la biodisponibilité de ces isoflavones est

variable en fonction des individus, la quantité d'équol formé, après métabolisation des isoflavones au sein de la flore intestinale est donc différente selon les individus.

Le soja est utilisé principalement pour lutter contre les bouffées de chaleur sous forme de cure de trois mois. De plus, certaines études montrent également l'intérêt du soja dans le maintien d'un bon capital osseux après 50 ans, de par la présence de protéines végétales dans ce végétal.

Enfin, une réduction du risque cardiovasculaire via une réduction du cholestérol serait entraînée par la consommation du soja, particulièrement sous forme de lait de soja.

Les protéines extraites des graines de soja se retrouvent sous forme de poudre ou d'extrait. (51,53,55)

9.1.2.1.2 Trèfle rouge, *Trifolium pratense*, Fabaceae

Le trèfle rouge, plante non médicinale, est une plante herbacée à tige dressée et à feuilles trimères alternes. On retrouve des fleurs au sommet de la tige. Ces fleurs sont rouge-violacé au sommet et blanchâtres à leur base. Les sommités fleuries sont utilisées pour cette plante. Cette plante est également riche en isoflavones, là aussi issus de glycosides variés. Les isoflavones du trèfle rouge sont différentes de celles contenues dans le soja. Cependant, le trèfle rouge contient de la formononétine et de la biochanine, qui sont deux précurseurs de la daidzéine et de la génistéine contenus dans le soja.

Cette plante est donc également utilisée pour tenter de lutter contre le phénomène de bouffées de chaleur mais aucune étude n'a montré son efficacité. Cependant, il a été prouvé que l'efficacité du traitement diminue avec le temps. De plus, l'utilisation du trèfle rouge est parfois évoquée en vue d'une diminution du risque cardiovasculaire ou encore d'une prévention de l'ostéoporose, mais là aussi les résultats des études restent contradictoires.

Enfin, ce traitement présente d'importantes contre-indications. En effet, on déconseillera l'utilisation de ce traitement chez une patiente anticoagulée par anti-vitamines K (AVK), puisque cette plante contient des composés semblables aux coumarines.

L'utilisation du trèfle rouge se fait via des infusions ou des extraits. (51,53,55)

9.1.2.1.3 Houblon, *Humulus lupulus*, Canabaceae

Le houblon est une grande herbe grimpante dioïque. On utilise les inflorescences femelles ou cônes, encore appelés strobiles. Cette plante contient des flavanones, ce qui explique son utilisation pour lutter contre les bouffées de chaleur liées à la ménopause.

Cette plante jouerait également un rôle dans la nervosité, l'agitation ou encore l'insomnie de la femme ménopausée mais ces aspects découlent plus particulièrement des huiles essentielles contenues dans le houblon et traitent donc plus de l'aromathérapie que de la phytothérapie.

Bien que ces différentes propriétés aient été mises en évidence chez l'animal, l'utilisation chez l'homme relève surtout d'un usage traditionnel. Les études cliniques se sont révélées peu significatives et l'EMA, tout comme l'OMS sont d'accord pour reconnaître cet usage « traditionnel ».

L'utilisation du houblon peut se faire sous forme de tisane ou bien sous forme de poudre. (51,53,54,57)

9.1.2.1.4 Lin, *Linum usitatissimum*, Linaceae

Le lin est une plante herbacée pouvant atteindre 1m de hauteur. Sa tige est frêle et porte des feuilles étroites. Les fleurs comptent cinq pétales bleu pâle et les fruits sont des capsules globuleuse contenant des graines.

On utilise ces graines qui contiennent en particulier des lignanes. Là encore, si les études ne permettent pas de se prononcer vis-à-vis de leur efficacité, elles demeurent utilisées dans la prise en charge des bouffées de chaleur à la ménopause.

En ce qui concerne la prévention du risque cardiovasculaire, il semble trop tôt selon les études pour prouver un réel impact de la consommation de graines de lin sur une diminution du taux de LDL-cholestérol (le mauvais cholestérol).

Il faut être vigilant vis-à-vis de la consommation de ces graines de lin. En effet, la présence de mucilages dans leur composition en fait un laxatif de lest reconnu. Des cas de diarrhées, ou d'inconfort intestinal à travers de nombreux ballonnements sont probables en cas de consommation répétée ou en trop grande quantité.

Les graines de lin peuvent s'utiliser telles quelles, ou encore sous forme de poudre de graines ou d'extrait. (51,53,55,58)

9.1.2.1.5 Luzerne, *Medicago sativa*, Fabaceae

La luzerne est une plante non médicinale fourragère de 30 à 80 cm de haut, présentant une tige ramifiée. Les feuilles sont alternes, dentées et pubescentes, composées de trois folioles. Les fleurs violettes sont regroupées en grappes. Les fruits sont des gousses contenant des graines.

On utilise les sommités fleuries qui contiennent des isoflavones et des coumestanes. Cette plante est également utilisée dans la lutte contre les bouffées de chaleur.

Néanmoins, l'utilisation doit rester prudente. Cette plante est contre-indiquée en cas d'antécédents de lupus érythémateux systémique de par la présence de L-canavanine ou de traitement par AVK étant donné la présence de substances présentant des similitudes avec la coumarine.

On utilise cette plante sous forme de tisane ou via la consommation directe des graines. (51,53,54)

9.1.2.1.6 Igname, *Dioscorea alata*, Dioscoreaceae

Cette plante, également appelée Yam, est une plante grimpante pouvant posséder des feuilles alternes ou opposées selon l'espèce. Les feuilles sont pétiolées et cordiformes. Les inflorescences, sous forme de grappes ou d'épis, donnent des fruits ou samares à trois ailes. Les tubercules qui sont les parties utilisées, sont ovoïdes, de forme plus ou moins aplatie et plus ou moins allongée. Leur chair est généralement de blanchâtre à jaunâtre.

Ces tubercules contiennent deux substances particulièrement intéressantes : la diosgénine et la dioscorine. Elles entrent dans la composition des œstrogènes et des progestatifs utilisés dans le traitement hormonal de la ménopause.

Cependant, même si l'igname est réputée pour apaiser certains troubles de la ménopause, comme les bouffées de chaleur, les troubles de la libido ou l'ostéoporose, les études ont montré que notre corps ne possède pas les enzymes capables de transformer ces composés intéressants en œstrogène ou en progestérone. La réalité des effets supposés de l'igname est, selon la science, peu probable.

L'igname se consomme sous forme de poudre ou d'extrait. (51,53,55,59)

9.1.2.1.7 Actée à grappes, *Actea Racemosa*, Ranunculaceae

L'actée à grappes est une plante herbacée de grande taille pouvant atteindre 2 m de haut, les feuilles sont bi ou tri-ternées et l'inflorescence de couleur blanche est odorante.

Nous utilisons les parties souterraines, le rhizome. La présence d'isoflavones au sein de cette plante est encore discutée, ce qui n'en fait pas un phytoestrogène à proprement parler.

Néanmoins, un usage médical bien établi, cliniquement prouvé, de cette plante en fait une référence dans la prise en charge des bouffées de chaleur et des symptômes gênants de la ménopause. L'origine de cet effet serait, selon les études, plus psychologique qu'hormonal.

L'usage de cette plante doit se faire prudemment, un traitement de trois mois maximum est recommandé en raison de la toxicité hépatique qu'elle induit.

Cette plante est disponible sous forme de poudre contenue, par exemple, dans des gélules, ou sous forme d'extrait. (51,53,60)

9.1.2.1.8 Sauge officinale, *Salvia officinalis*, Lamiaceae

La sauge officinale est un sous-abrisseau buissonnant. C'est une plante très ramifiée, dont la tige est carrée. Les feuilles sont pétiolées, vert pâle, veloutées et oblongues. Les fleurs sont quant à elles regroupées en glomérules sur des hampes.

On utilise la feuille de cette plante. Sa teneur en flavonoïdes lui confère une activité oestrogénique mais surtout une activité antisudorale efficace dans les phénomènes de sueurs excessive ou de sueurs nocturnes présents dans le cadre de la ménopause.

Aujourd'hui rien n'est prouvé scientifiquement, l'effet oestrogénique reste mal expliqué, l'usage demeure « traditionnel ».

La durée maximale de traitement recommandée est de deux semaines.

Une autre variété de sauge, la **sauge sclarée, *Salvia Sclarea*, Lamiaceae** posséderait également des propriétés antisudorales et serait également réputée oestrogénique, mais rien n'a encore été prouvé.

Ces deux variétés de sauge s'emploient sous forme de tisane au dosage de 10 g/L, ou sous forme d'extrait. (51,53,61)

9.1.2.2 Plantes et sommeil

Nous allons aborder maintenant les plantes aux vertus sédatives pouvant aider la femme ménopausée à retrouver un endormissement rapide, un sommeil construit et de qualité.

9.1.2.2.1 Valériane, *Valeriana officinalis*, Valerianaceae

La valériane est une plante herbacée dont nous utilisons le rhizome et les racines. La tige de cette plante peut atteindre de 40 cm à 2 m de haut elle est cylindrique, creuse, cannelée, pubescente et ramifiée et elle présente des nœuds. Les feuilles sont opposées, elles possèdent un long pétiole, et sont divisées et dentées. Les petites fleurs sont irrégulières et de couleur blanc-rosé. Le fruit est un akène.

Elle constitue l'unique plante reconnue « à usage médical bien établi » selon l'EMA. L'OMS quant à elle, reconnaît la valériane comme un « sédatif léger capable de favoriser le sommeil ». Elle contient des iridoïdes et des esters sesquiterpéniques tels que l'acide valérénique. Lors des études menées, aucun composé de la valériane, n'a à lui seul pu expliquer les effets produits. Ceci laisse à penser que l'effet engendré par la plante, repose sur une synergie entraînée par ses différents composés. Elle agit en effet sur les troubles mineurs du sommeil, l'agitation et l'anxiété.

L'utilisation de cette plante est contre-indiquée chez les enfants de moins de 12 ans ou encore les femmes enceintes ou allaitantes.

L'utilisation de la valériane se fait principalement sous forme de poudre étant donné que son mauvais goût, tout comme sa mauvaise odeur, rendent difficile l'utilisation sous forme de tisane.

Néanmoins, 2 à 3 g de poudre sont recommandés pour une tasse, à raison de deux à trois tasses par jour.

Comme pour toutes les plantes sédatives, l'effet n'est pas immédiat et il est nécessaire de patienter deux à quatre semaines afin de pouvoir se prononcer sur l'efficacité du traitement. La durée maximale de traitement recommandée est de l'ordre de six semaines.

L'usage est contre-indiqué dans le cadre de pathologies hépatiques. (62,63)

9.1.2.2.2 Passiflore, *Passiflora incarnata*, Passifloraceae

La passiflore est une plante vivace grimpante ressemblant à une liane. Les feuilles sont trilobées et les fleurs sont constituées de pétales blancs disposés en couronne. Au centre, on trouve des filaments de couleur pourpre. Les fruits sont ovales et orangés et renferment des graines.

Au sein de ses parties aériennes, flavones, acides phénols, coumarines et alcaloïdes agissent en synergie pour un effet sédatif et tranquillisant actif sur les troubles mineurs du sommeil. Un composé très minoritaire, le maltol, pourrait, selon les études, être à l'origine de l'effet sédatif de la passiflore. Les autres composants amplifieraient l'effet par synergie.

L'EMA reconnaît un usage « traditionnellement établi » de la passiflore pour « soulager les symptômes modérés de stress et les troubles du sommeil qui en découlent » et l'OMS souligne un sédatif léger efficace sur l'agitation nerveuse, les insomnies et l'anxiété.

Cette plante s'utilise en tisanes dosées à 20 g/L, en poudre et également en extrait à raison de deux à quatre prises par jour, avec idéalement une prise trente minutes avant le coucher. (60,64)

9.1.2.2.3 Eschscholtzia, *Eschscholtzia californica*, Papaveraceae

Autrement appelé Pavot de Californie, l'eschscholtzia est une plante herbacée vivace ou annuelle. Elle peut atteindre une hauteur de 40 cm, présente des feuilles découpées vert glauque. Les fleurs, jaune vif ou jaune orangé sont composées de quatre pétales. Le bouton floral est oblong, à extrémité pointue. Le fruit est une capsule contenant des graines.

On en utilise les parties aériennes qui contiennent des alcaloïdes. Cette plante est utilisée pour ses vertus sédatives agissant sur le stress, l'anxiété ou encore sur les troubles mineurs du sommeil.

Les alcaloïdes présents dans les parties aériennes n'étant pas solubles dans l'eau, une utilisation sous forme de tisane ne sera pas optimale. On privilégiera donc une prise sous forme d'extrait ou de teinture mère à raison de 100 à 150 gouttes dans un verre d'eau. (60)

9.1.2.2.4 Aubépine, *Crataegus monogyna*, Rosaceae

L'aubépine est un arbrisseau buissonnant aux rameaux épineux. Les feuilles sont vert brillant et peuvent présenter cinq lobes. Les fleurs, regroupées en corymbes, sont blanches ou rosées. Le fruit est rouge vif, à chair jaune et contient un noyau.

On utilise les sommités fleuries. Elle contient des polyphénols, flavonoïdes et proanthocyanidines qui lui confèrent des propriétés hypotensives et de régulation du rythme cardiaque ce qui nous permettra de venir agir sur les phénomènes de nervosité se manifestant par des palpitations cardiaques.

De par sa saveur agréable, l'aubépine s'utilise sous forme d'infusions dosées à 10 g/L, de poudre ou d'extrait. Les études ont d'ailleurs bien montré le lien entre les composantes de cette plante et les effets observés. L'OMS considère comme « cliniquement établi » le rôle de l'aubépine dans la régulation du rythme cardiaque et l'EMA reconnaît comme « traditionnellement établi » l'usage de l'aubépine « pour soulager, chez les adultes, les symptômes des troubles du rythme cardiaque temporaires dus à la nervosité ».

En tisane, on recommande 1 à 2 g de fleurs séchées d'aubépine par tasse, à raison de quatre tasses par jour. L'effet peut mettre plusieurs mois avant de se faire ressentir. Dans tous les cas, un traitement doit se faire sur une plutôt longue durée. (60,65)

9.1.2.2.5 Tilleul, *Tilia platyphyllos*, Tiliaceae

Le tilleul est un grand arbre floral et ornemental pouvant atteindre 15 à 30m. Le tronc est court et très ramifié à la cime. Les feuilles sont caduques, vert clair, dentées et en forme de cœur et présentent un duvet sur leur face intérieure. Les fleurs sont de couleur jaune clair. Les fruits sont de petites capsules.

On utilise les inflorescences. On retrouve dans la composition de nombreux flavonoïdes, mais également des acides phénols, des mucilages et des tanins. On utilise fréquemment cette plante sous forme d'infusion, c'est d'ailleurs l'infusion la plus vendue en France. La vertu recherchée est avant tout sédative pour traiter les troubles mineurs du sommeil.

Cette plante présente l'avantage de pouvoir être utilisée « facilement » chez tout le monde et sans craindre d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses notables. (60)

9.1.2.2.6 Oranger amer, *Citrus aurantium*, Rutaceae

L'oranger amer est un arbre pouvant atteindre 10 m de haut, cultivé sur le pourtour méditerranéen. Ses feuilles sont pétiolées, ovales et luisantes. Les fruits ont une peau rugueuse de couleur jaune-vert et les fleurs sont blanches ou roses.

On en utilise les feuilles et les boutons floraux principalement en infusion pour ses vertus sédatives dues notamment à la présence de flavonoïdes dans sa composition. On reparlera plus spécifiquement de cette espèce pour l'intérêt de son huile essentielle (HE).

Sa saveur agréable en fait un élément de choix dans les mélanges pour tisane à visée sédative.

En plus de leurs vertus sédatives, les trois plantes suivantes présentent également un intérêt en tant que plantes antispasmodiques. Les spasmes digestifs pouvant être des manifestations du stress ou de l'anxiété, il semble utile de les aborder dans le cadre de la prise en charge de l'anxiété chez la femme ménopausée. (60,66)

9.1.2.2.7 Ballote, *Ballota nigra*, Lamiaceae

La ballote est une plante herbacée, vivace d'environ 1 m de haut, présentant de petites fleurs pourpres, une tige carrée portant des feuilles ovales, dentées et velues et présentant des nervures saillantes sur la face inférieure. A l'état frais, la plante dégage une odeur désagréable.

On en utilise les sommités fleuries. Ils contiennent des acides phénoliques, des lactones et des flavonoïdes. Cette plante est traditionnellement utilisée dans la prise en charge de la nervosité et des troubles mineurs du sommeil.

On peut consommer la ballote sous forme d'infusions au dosage de 10 g/L, mais également sous forme de poudre ou d'extrait. Néanmoins, il peut être intéressant d'associer la ballote à d'autres plantes dans la composition de la tisane pour masquer son odeur.

La présence de lactones laisse supposer une certaine toxicité hépatique. Il faut donc être prudent et réserver, par principe de précaution, son utilisation aux personnes ne présentant pas de pathologies hépatiques. (60)

9.1.2.2.8 Lavande, *Lavandula angustifolia*, Lamiaceae

La lavande est un petit arbrisseau de 30 à 60 cm de haut. Ses branches sont fines et ligneuses et présentent des feuilles étroites et pointues seulement à leur base. Les fleurs bleu-violacé, sont en forme de petites corolles regroupés en épis terminaux qui dégagent une odeur agréable.

On utilise les fleurs qui contiennent des polyphénols. Cette plante possède de nombreuses vertus dont celle d'être sédative et d'agir sur la nervosité ou encore une fois sur les troubles mineurs du sommeil.

On l'utilise sous forme d'infusion, de poudre, d'alcoolat, ou encore d'huile essentielle (forme que nous détaillerons plus tard).

Sous forme d'infusion, une posologie de 1,5 g de fleurs séchées pour 150 mL d'eau est recommandée, jusqu'à trois fois par jour.

Son innocuité en fait une plante de choix pour une utilisation au quotidien. (60,67)

9.1.2.2.9 Mélisse, *Melissa officinalis*, Lamiaceae

La mélisse est une plante herbacée vivace. Elle possède une tige ramifiée, velue pouvant atteindre 70cm de haut. Les feuilles sont opposées et ovales. De petites fleurs blanches sont regroupées à la base des feuilles et une odeur citronnée se dégage de la plante. On utilise les feuilles de cette plante. Cette plante renferme des flavonoïdes. Elle est utilisée dans le but de traiter des phénomènes de nervosité ou de troubles mineurs du sommeil. Là encore, on attribue l'action de la plante à une synergie de l'ensemble des composants.

On utilise la mélisse sous forme d'infusion dosée à 10 g/L, de poudre, d'extrait ou encore de teinture mère. L'usage est reconnu comme « traditionnellement établi » par l'EMA et l'OMS dans le but de « soulager la tension nerveuse légère et aider à l'endormissement ».

On recommande de ne pas utiliser cette plante chez les enfants de moins de 12 ans. (60,68)

9.1.2.3 Plantes et santé psychique

Nous allons évoquer ici, les plantes pouvant influencer sur la santé psychique de la femme ménopausée, en agissant aussi bien sur la dépression, l'asthénie intellectuelle, ou le surmenage. (60,69)

9.1.2.3.1 Millepertuis, *Hypericum perforatum*, Hypericaceae

Le millepertuis est une plante herbacée vivace pouvant atteindre 60 cm de haut. La tige est dressée et porte des feuilles opposées, de forme ovale ou lancéolée. Les fleurs sont jaunes et comportent cinq pétales et de nombreuses étamines. Les fruits quant à eux sont de petites capsules qui contiennent des graines.

On utilise les sommités fleuries. Le totum de la plante est ici intéressant, il est constitué de flavonoïdes ou encore de dérivés du phloroglucinol tels que l'hyperforine. C'est d'ailleurs à cette substance, selon les dernières études, que l'on devrait l'impact du millepertuis sur la dépression. Néanmoins, le mécanisme reste inconnu. Cependant, l'OMS reconnaît comme cliniquement établi l'usage du millepertuis par voie orale dans le traitement « des dépressions légères à modérées », étant donné qu'une trentaine d'études versus placebo ont montré une efficacité sur les symptômes dépressifs. Une des hypothèses vis-à-vis du mécanisme d'action tend cependant vers une inhibition de l'action de la monoamine oxydase.

In fine, le millepertuis est indiqué sous forme d'extrait dans des situations de dépressions légères et transitoires. (60,69,70)

9.1.2.3.2 Griffonia, *Griffonia simplicifolia*, Fabaceae

Le griffonia est une plante non médicinale, grimpante et ligneuse pouvant atteindre 3 m de haut. Les feuilles sont simples et alternes, les fleurs de couleur verte et les fruits sont des gousses contenant des graines.

Ce sont justement ces graines que l'on utilise. L'effet anti déprimeur de cette plante repose sur sa composition à base de L-5-hydroxytryptophane (5-htp), précurseur de la sérotonine.

On utilise donc cette plante en cas de dépression légère ou dans des situations d'anxiété sous forme d'extrait. La posologie recommandée se situe entre 150 et 600 mg par

jour et l'utilisation conjointement à tout autre traitement antidépresseur est contre-indiqué en l'absence d'un avis médical. (60,69)

9.1.2.3.3 Safran, *Crocus sativus*, Iridaceae

Le safran est une plante vivace bulbeuse, les feuilles sont longues et fines, la fleur est de couleur paille et s'organise en forme de coupe. Chaque fleur renferme trois stigmates longs et développés, très odorants.

Ce sont ces stigmates qui sont utilisés.

Le composant principal de cette plante est un aldéhyde terpénique appelé safranal. On utilise donc des extraits titrés à 2% de safranal afin de traiter la dépression légère à modérée. (60,69)

9.1.2.3.4 Ginseng, *Panax ginseng*, Araliaceae

Le ginseng est une plante médicinale, vivace, de petite taille. Les feuilles sont plurilobées, à disposition palmée. Les fleurs sont blanchâtres, groupées en ombelle. Les fruits sont de petites baies rouges et les racines sont tubérisées.

On utilise les racines de ginseng en phytothérapie. Ces racines contiennent des peptides, des saponosides tels que des ginsénosides et des polysaccharides lui conférant des propriétés adaptogènes tout comme la rhodiola.

Le ginseng est donc également utilisé dans des situations de surmenage, de stress, d'asthénie physique ou intellectuelle ou de convalescence.

A ce jour, les biais méthodologiques rendent les résultats d'études chez l'homme controversés. S'il reste compliqué de prouver objectivement ses effets chez l'homme, des études ont permis de démontrer son efficacité chez l'animal.

L'OMS désigne tout de même l'effet du ginseng comme cliniquement établi pour « améliorer les capacités physiques et mentales lors de fatigue, d'épuisement, de troubles de la concentration et chez les personnes convalescentes ».

Sous forme de poudre de racines séchées ou sous forme d'infusion ou encore d'extrait, on utilise donc le ginseng à raison de 0,5 à 2 g de racines séchées par jour. Sous forme de spécialités, qui doivent contenir 7 % de ginsénosides, on recommande trois prises par jour

dosées à 200 mg. Le délai d'action du ginseng est de 8 jours. Là aussi, la prise le soir est non recommandée et l'utilisation ne doit pas excéder 3 mois.

La prise sera contre-indiquée dans le cadre de traitements à base d'anticoagulants ou anti-inflammatoires mais également dans le cadre de pathologies induisant des psychoses. (60,69,71)

9.1.2.3.5 Rhodiola, *Rhodiola rosca*, Crassulaceae

La rhodiola est une plante vivace qui présente des feuilles glabres, charnues et dentées. La partie souterraine constitue un rhizome épais de plusieurs kilogrammes et possédant une odeur semblable à celle de la rose.

Pour cette plante nous utilisons la racine.

Cette plante contient notamment des flavonoïdes qui lui confère des propriétés « adaptogènes » permettant de gérer des situations de stress, d'anxiété ou encore de dépression légère de fatigue, ou de nécessité de s'adapter à un effort intense ou inhabituel.

En effet, la rhodiola comprend de puissantes propriétés anti-oxydantes, et des capacités à activer la production de norépinéphrine, dopamine, sérotonine mais aussi d'acétylcholine de façon à augmenter l'attention, la mémoire et les capacités intellectuelles et de renforcer la résistance au stress, la mémoire et la concentration.

Afin d'éviter toute insomnie, une prise en journée est à favoriser, sous forme de poudre ou de tisane à raison de 350 à 550mg par jour, et sous forme de cures de quelques jours, réalisées de façon répétée.

Une prudence reste néanmoins à adopter avec cette plante, en effet, il est contre-indiqué d'en consommer dans le cadre d'un traitement par anti inflammatoires non stéroïdiens, ou d'anticoagulants étant donné son effet anticoagulant.

Enfin, tout comme l'onagre, cette plante présente également des intérêts antioxydants dans le cadre du vieillissement de la peau. (60,69)

9.1.2.3.6 Eleuthérocoque, *Eleutherococcus senticosus*, Araliaceae

L'éleuthérocoque est un arbuste épineux de 2 à 3 m de haut. Les feuilles sont alternes, composées et palmées et les épines sont lacérées. Les fleurs mâles sont violettes et les fleurs femelles jaunes. Les fruits, quant à eux, sont des baies noires et charnues.

En phytothérapie, on utilise la racine de cette plante médicinale. Elle contient des eleuthérosides qui sont des saponosides.

Cette plante possède également des propriétés adaptogènes, elle permet d'améliorer les performances physiques et intellectuelles. L'EMA qualifie de traditionnellement établi « l'usage de l'éleuthérocoque dans « les asthénies, l'état de fatigue et de faiblesse » et l'OMS reconnaît la racine d'éleuthérocoque comme « un tonique capable d'augmenter les capacités mentales et physiques lors de fatigue et au cours des convalescences ».

L'usage de cette plante est contre-indiqué dans le cadre de pathologies auto-immunes, d'hypertension artérielle sévère ou encore de diabète. On recommande de réserver l'usage de cette plante aux adultes et enfants de plus de 12 ans.

Sous forme de tisane, une dose de 2 à 4 g de racine séchée pour 150 mL d'eau est recommandée, plutôt le matin, et sur une durée n'excédant pas 3 mois. (60,69,72)

9.1.2.4 Plantes et troubles cognitifs : Ginkgo, *Ginkgo biloba*, Ginkgoaceae

La plante suivante jouera un rôle important dans les modifications cognitives pouvant être observées à la ménopause.

Le Ginkgo, autrement appelé « arbre aux milles écus », est un conifère pouvant atteindre 40 m de haut. Ses feuilles sont semblables à de petits éventails et sont nervurées. Leur couleur passe du vert clair au jaune doré selon les saisons. Les fruits sont de petites baies jaunes possédant un noyau comestible. Ils sont portés par les individus femelles.

L'arbre est utilisé pour ses feuilles. De nombreuses études ont montré un impact de son utilisation sur le vieillissement cérébral : altérations de la mémoire, du raisonnement, ou difficultés d'attention grâce à sa composition riche en polyphénols et en flavonoïdes anti-oxydants.

A noter que l'efficacité sur la démence sénile tient au fait que celle-ci ne soit provoquée que par le vieillissement cérébral et non par une pathologie sous-jacente.

L'OMS reconnaît l'efficacité du Ginkgo dans «le traitement symptomatique des déficits cérébraux légers à modérés liés à la démence sénile : pertes de mémoire, troubles de la concentration, dépression, vertiges, acouphènes ou maux de tête sans autre cause connue que le vieillissement ».

La posologie recommandée est de 120 à 240 mg d'extrait standardisé par jour et l'on retrouve le ginkgo sous forme de gélules ou de solution buvable. La posologie doit être faible en début de traitement pour éviter l'apparition de maux de tête et le traitement doit se poursuivre pour une durée de 3 à 6 mois. (60,69,73)

9.1.2.5 Plantes et ostéoporose

Les plantes abordées ici, présentent des intérêts dans la prise en charge de l'ostéoporose de par leur fort apport minéral à l'organisme.

9.1.2.5.1 Prêle, *Equisetum arvense*, Equisetaceae

La prêle est une plante vivace d'une hauteur d'environ 30 cm. Ses tiges sont successivement fertiles puis stériles, vertes et ramifiées, elles peuvent atteindre 80 cm de haut. Ce végétal ne présente aucune fleur ni aucun fruit et la reproduction est assurée par des spores.

On utilise donc les tiges stériles. Cette plante comprend non seulement des flavonoïdes, mais également des matières minérales telles que la silice ou les cendres.

La présence de ces matières minérales lui confère la propriété de reminéraliser les tissus conjonctifs. Cette propriété est utile notamment dans la prise en charge de l'ostéoporose post ménopausique étant donné que la silice facilite la fixation du calcium sur les os. De plus, la silice permettrait également le renfort de divers éléments articulaires : cartilage, tendons et ligaments.

Cette plante, de par son fort pouvoir diurétique, est contre-indiquée chez les patientes souffrant d'insuffisance rénale.

La prêle est utilisée sous forme de poudre ou d'extrait. (53)

9.1.2.5.2 Ortie dioïque, *Urtica dioica*, Urticaceae

L'ortie dioïque est une plante vivace, mesurant de 60 à 150 cm de haut. Cette plante pousse en colonies. Elle est recouverte de long poils urticants ou de petits poils souples. Les tiges sont dressées et les feuilles vert foncé sont bordées de dents triangulaires. Les fleurs sont réunies en grappe et les fruits sont des akènes ovoïdes.

Nous utilisons ici les feuilles. On retrouve dans la composition des flavonoïdes mais également des matières minérales : calcium, potassium, fer, magnésium et silice.

Nous pouvons observer un impact de l'utilisation de cette plante sur le maintien d'une bonne structure osseuse en cas d'ostéoporose et sur le confort articulaire.

L'EMA et l'OMS s'accordent pour reconnaître comme « cliniquement et traditionnellement établi » l'emploi de cette plante dans le soulagement des douleurs articulaires.

L'ortie dioïque s'utilise sous forme d'infusion, de poudre ou encore d'extrait. (53,74)

9.1.2.6 Plantes et variation pondérale

De nombreuses plantes aux vertus diurétiques présentent un intérêt dans la lutte contre le phénomène de variation pondérale qui peut apparaître à la ménopause, notamment en permettant d'agir contre le phénomène de rétention d'eau. Ces plantes ne doivent jamais être utilisées en cas de signes d'atteinte des voies urinaires tels que la présence de sang dans les urines ou de la fièvre. Ces plantes sont également contre-indiquées chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale ou des personnes en période de crise de calculs rénaux. (75)

9.1.2.6.1 Bouleau, *Betula pendula*, Betulaceae

Le bouleau est un arbre à écorce couleur blanc-argenté, se détachant en larges plaques. Les feuilles sont caduques, alternes, glabres, dentées sur le bord et avec un limbe effilé. Les fruits sont des cônes allongés.

On en utilise les feuilles pour ses vertus diurétiques de par leur forte teneur en potassium.

L'EMA reconnaît un usage traditionnellement établi des feuilles de bouleau pour « augmenter le volume des urines émises afin d'effectuer un lavage des voies urinaires ».

Cette plante s'emploie sous forme de tisanes à la concentration de 10 g/L, sous forme de poudre ou sous forme d'extrait. Il est recommandé de ne pas utiliser cette plante en dessous de l'âge de 12 ans, ni chez les femmes enceintes ou allaitantes. (75,76)

9.1.2.6.2 Cerisier, *Prunus cerasus*, Rosaceae

Le cerisier, plante non médicinale, est un arbre à écorce lisse, de couleur brun-rouge. Les feuilles sont caduques et ovales, dentées et de couleur vert foncé. Les fleurs, blanches, sont regroupées en petit bouquet. Les fruits sont rouges et charnus.

On utilise les pédoncules de fruits ou queues de cerises, possédant également, de par leur teneur en potassium, des vertus diurétiques.

On recommande une utilisation de ces plantes via une décoction dosée à 10 g/L. (75)

9.1.2.6.3 Chiendent, *Elymus repens*, Poaceae

Le chiendent est une plante vivace. Sa tige est de couleur vert-beige et peut mesurer jusqu'à 120 cm. Cette tige est creuse, cylindrique et possède plusieurs nœuds. Le système racinaire est composé de rhizomes.

Ce sont justement ces rhizomes qui sont utilisés pour leurs vertus diurétiques là encore dues à la teneur en potassium.

Un usage traditionnel est reconnu pour « favoriser l'élimination rénale d'eau » via, notamment, un usage sous forme de décoction dosée à 20 g/L. On contre-indique l'usage de cette plante chez les femmes enceintes et allaitantes mais également chez les personnes allergiques aux poacées. (75)

9.1.2.6.4 Prêle des champs, *Equisetum arvense*, Equisetaceae

La prêle des champs, est une plante présentant une longue tige fertile, laissant ensuite place à des tiges stériles portant de petites feuilles vertes triangulaires.

Ce sont les parties aériennes de ces tiges stériles qui sont utilisées en phytothérapie. Elles renferment des quantités importantes de potassium, à l'action diurétique, et de silice, à l'effet reminéralisant, qui permet de mieux fixer le calcium sur les os.

L'EMA reconnaît comme traditionnellement établi l'usage de la prêle dans le « traitement adjuvant des problèmes urinaires mineurs ».

L'usage, via des infusions dosées à 20 g/L, des poudres ou des extraits, est contre-indiqué chez les enfants de moins de 12 ans ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitantes. (75,77)

9.1.2.6.5 Pissenlit, *Taraxacum officinale*, Asteraceae

Le pissenlit est une plante herbacée, vivace, à tige creuse, portant un capitule plat de couleur jaune : la fleur. Les racines peuvent, elles, descendre jusqu'à 50 cm de profondeur.

Les feuilles de pissenlit sont utilisées pour leur vertu diurétiques, dues à une forte teneur en sels de potassium.

L'EMA reconnaît comme traditionnellement établi l'usage des feuilles de pissenlit pour « augmenter le volume des urines lors de problèmes urinaires » et l'OMS reconnaît que le pissenlit est traditionnellement utilisé pour « stimuler la production d'urine ».

Sous forme de tisanes contenant 4 à 10 g de feuilles séchées pour une tasse, de poudre ou d'extrait, l'usage de pissenlit est contre-indiqué chez les enfants de moins de 12 ans, les femmes enceintes et allaitantes. Des précautions sont à prendre vis-à-vis des personnes souffrant de troubles du foie car le pissenlit possède également une action cholérétique et cholagogue. (75,78)

9.1.2.6.6 Frêne élevé, *Fraxinus excelsor*, Oleaceae

Le frêne élevé est un grand arbre pouvant atteindre 30 m de haut, de forme allongée. L'écorce est gris-verdâtre, fissurée. Les feuilles sont composées et comportent jusqu'à 15 folioles ovales, lancéolés, et dentées. Les bourgeons sont noirs et opposés sur des rameaux plats. Les fleurs sont regroupées en bouquet aux extrémités des rameaux et produisent des graines plates, ailées appelées samares.

On utilise les feuilles de cet arbres, riches en potassium, pour leurs vertus diurétiques. Ces feuilles s'utilisent sous forme d'infusions dosées de 10 à 20 g/L ou sous forme de poudre ou d'extrait.

Néanmoins, l'utilisation de cette plante reste contre-indiquée en cas d'allergie au frêne. (75)

9.1.2.6.7 Reine des prés, *Filipendula ulmaria*, Rosaceae

La reine des prés est une plante herbacée vivace, feuillue et velue. Cette plante peut mesurer jusqu'à 1,50 m de haut. La tige est rougeâtre. La feuille vert sombre, est feutrée en-dessous. Les fleurs sont blanches, à odeur d'amande. Les fruits sont disposés en grappe, et sont en forme de spirale.

On utilise les sommités fleuries pour leurs vertus diurétiques dues à la présence de polyphénols. Ils contiennent également des dérivés salicylés aux propriétés antalgiques et anti-inflammatoires.

On utilise ces sommités fleuries sous forme d'infusions dosées à 20 g/L, de poudre ou d'extrait.

Cet usage traditionnel n'est tout de même pas indiqué chez les personnes allergiques à l'aspirine, les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants de moins de 12 ans mais également les personnes sous anticoagulants. (75)

9.1.2.6.8 Cassissier, *Ribes nigrum*, Ribesiaceae

Le cassissier est un arbrisseau d'environ 1,5 m de haut. Les feuilles possèdent cinq lobes et présentent des bords dentés. Les fleurs sont disposées en corolle et les fruits s'organisent en grappes.

On utilise les feuilles du cassissier riches en flavonoïdes pour leur effet diurétique. La présence de tanins confère également un aspect anti-inflammatoires.

L'EMA reconnaît l'usage traditionnel des feuilles de cassis pour « augmenter la quantité d'urines ».

L'emploi se fait via des tisanes dosées à 20 g/L, des extraits, des poudres ou des EPS. Cependant, l'usage reste contre-indiqué chez les femmes enceintes ou allaitantes ou encore chez les enfants de moins de 18 ans. (75,79)

9.1.2.6.9 Sureau noir, *Sambucus nigra*, Caprifoliaceae

Le sureau noir est un arbuste résistant. Cette plante herbacée mesurant jusqu'à 2 m de haut, présente une tige peu ramifiée. Les feuilles sont caduques et comptent environ sept folioles. Les fleurs sont blanches, odorantes et les fruits sont de petites baies noires.

On utilise les fleurs de sureau pour leur teneur en flavonoïdes diurétiques, sous forme de tisanes dosées à 10 g/L, de poudre ou encore d'extraits.

L'usage du sureau est contre-indiqué chez les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 12 ans et également chez les personnes sous insuline car cette plante déséquilibre les traitements par insuline. (75,80)

9.1.2.6.10 Thé de java, *Orthosiphon stamineus*, Lamiaceae

Le thé de java, ou orthosiphon, est un arbuste pouvant atteindre 90cm de hauteur. C'est une plante vivace, à tige carrée. Les feuilles sont en forme de losange, à bords dentés, nervurées et sont tenues par un court pétiole. Les fleurs sont blanches, lilas ou bleues et sont disposées en verticilles. Les étamines sont très longues et dépassent des pétales.

On utilise les feuilles qui contiennent des flavones lipophiles ainsi que du potassium, deux éléments diurétiques.

La CE reconnaît l'usage de l'ortosiphon « pour drainer les voies urinaires ».

L'usage se fait via des tisanes dosées à 20g/L, des poudres ou des extraits. Là encore, on contre-indique l'utilisation chez les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 12 ans. (75,81)

9.1.2.6.11 Verge d'or, *Solidago virgaurea*, Asteraceae

La verge d'or est une herbe vivace pouvant atteindre 1 m de haut. La tige est rouge violacée. Les feuilles sont dentées et les hampes portent des fleurs jaune or. Les fruits présentent des aigrettes qui facilitent leur envol.

On utilise les parties aériennes fleuries pour leurs vertus diurétiques. L'usage sous forme de tisane se fait via 3 à 4 g de plante séchée par tasse.

L'EMA considère comme traditionnellement établi l'usage de cette plante comme « traitement diurétique » et la CE reconnaît son usage pour « augmenter le volume des urines ».

L'usage de cette plante est contre-indiqué chez les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 12 ans et chez les personnes allergiques aux astéracées. (75,82)

9.1.2.7 Plantes et vieillissement cutané : Onagre, *Oenothera biennis*, Onagraceae

L'intérêt antioxydant de la plante présentée ici en fait son principal intérêt dans la prise en charge du vieillissement cutané.

L'onagre est une plante non médicinale, à tige dressée pouvant atteindre 1,20 m de haut et portant de grandes fleurs jaunes à corolle régulière de quatre pétales. La feuille est simple, longue, avec des nervures et de poils fins. Le fruit mesure quant à lui 2 à 3 cm et contient des graines.

On utilise ses graines qui fournissent une huile riche en acides gras (AG) polyinsaturés tels que l'acide linoléique et l'acide gamma linoléique (8% de sa composition).

L'utilisation de cette huile présenterait un intérêt dans le processus de vieillissement cutané apparaissant à l'âge de la ménopause de par son apport en acides gras nécessaires au bon fonctionnement du tissu cutané. En effet, ces acides gras participent au renouvellement cellulaire. Après utilisation, la peau retrouve alors une certaine souplesse et une certaine fermeté.

La plupart des compléments alimentaires à base de plantes renferment également des micronutriments. Les exemples de solutions disponibles à l'officine sont donc souvent communs à ces deux catégories et seront donc abordés, dans la partie suivante traitant de la micronutrition. (53)

9.2 MÉNopause, MICRONUTRITION ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

9.2.1 DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION

La micronutrition correspond à la branche de la nutrition qui s'intéresse aux micronutriments : vitamines et minéraux.

Ces éléments n'étant en majorité pas synthétisés par l'organisme, il convient de les apporter à notre organisme via l'alimentation. Une très faible quantité de ces nutriments est souvent suffisante mais leur impact est primordial vis-à-vis du fonctionnement des grandes fonctions de notre organisme.

D'un point de vue réglementaire, ces nutriments sont présents dans des spécialités possédant le statut de compléments alimentaires. Ces spécialités bénéficient donc, comme nous avons pu le voir dans le cadre des compléments alimentaires à base de plantes, d'une mise sur le marché suite à une simple déclaration à la DGCCRF. (82,83,84)

9.2.2 MICRONUTRIMENTS ET MÉNOPAUSE

Certains nutriments présentent un intérêt particulier dans le cadre de l'accompagnement de la femme ménopausée.

9.2.2.1 Le cuivre et le zinc

Cette association présente un impact positif sur les troubles fonctionnels de la ménopause tels que les bouffées de chaleur, la fatigue ou les troubles du sommeil. En effet, ces nutriments favorisent l'absorption de la sérotonine et de la noradrénaline, ce qui optimise le phénomène de thermorégulation. (85)

9.2.2.2 Le lithium et le magnésium

Souvent associés, ces deux nutriments permettent de limiter les sautes d'humeur, les états nerveux et d'angoisse mais favorisent également une bonne qualité de sommeil. (85)

9.2.2.3 Le chrome

Impliqué dans la régulation de la glycémie et de l'appétit, le chrome tient une place de choix dans le contrôle du poids. Il permet également de calmer les pulsions sucrées, et évite la prise de poids lors de cette période charnière qu'est la ménopause. (85)

9.2.2.4 Le sélénium

Ce nutriment antioxydant, permet une lutte contre le vieillissement cellulaire en empêchant la formation de radicaux libres. (85)

9.2.2.5 Le calcium

Ce nutriment, constituant essentiel de notre squelette, nécessite un apport conséquent en période de ménopause, afin de diminuer les risques d'ostéoporose et de fractures. (85)

9.2.2.6 La vitamine D

Cette vitamine joue tout son rôle en association avec le calcium dans le sens où elle favorise la bonne fixation du calcium au niveau osseux. (85)

9.2.2.7 La vitamine B (B6, B9, B12)

Dans l'ensemble, ce groupe de vitamines impacte le confort intime de la femme. En favorisant la production de collagène et d'élastine, il joue un rôle sur le maintien du tonus et de l'élasticité de la peau et des muqueuses. La vitamine B9 est particulièrement importante pour la production du matériel génétique et des acides-aminés et permet donc une bonne croissance cellulaire. La vitamine B6 joue également un rôle dans les manifestations psychiques en lien avec les bouleversements hormonaux. (85)

9.2.2.8 La vitamine E

Cette vitamine possède des vertus anti-oxydantes et permet donc de limiter le vieillissement de la peau comme du système cardio-vasculaire. (85)

9.2.2.9 La vitamine C

Cette vitamine anti-oxydante et immunostimulante va jouer un rôle contre la fatigue souvent associée à ce chamboulement hormonal et aux troubles du sommeil y étant liés. (85)

9.2.3 ACIDES AMINÉS ET MÉNOPAUSE

En plus des micronutriments, certains acides aminés sont également souvent retrouvés dans les compléments alimentaires à visée ménopause.

9.2.3.1 Béta-alanine

Cette substance non hormonale agit sur les phénomènes de vasodilatation et permet d'atténuer significativement des phénomènes de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes. (86,87)

9.2.3.2 L-Tryptophane

Cet acide aminé précurseur de la sérotonine, est un neurotransmetteur qui est impliqué dans la gestion de l'humeur, du sommeil et de l'énergie mais également de la mélatonine, hormone du sommeil. La consommation de L-tryptophane est donc intéressante pour tous les troubles de l'humeur et du sommeil pouvant être associés à la période de la ménopause. (86,87)

9.2.4 POLLEN ET MÉNOPAUSE

De nombreux compléments alimentaires renferment du pollen. En effet, après traitement visant à supprimer la partie allergisante du grain de pollen, des études scientifiques validées ont permis de montrer son intérêt vis-à-vis divers symptômes de la ménopause tels que les bouffées de chaleur, la fatigue ou encore les troubles du sommeil. (87)

9.2.5 DHEA ET MÉNOPAUSE

La DHEA (DéHydroÉpiAndrostérone) est une hormone stéroïdienne fabriquée par les glandes surrénales. Elle possède la propriété d'être transformable en œstrogènes. La production de cette hormone diminue avec l'âge et est donc impliquée dans le phénomène de vieillissement. Des études ont montré que la DHEA peut améliorer l'aspect de la peau, la libido et limiter la perte osseuse. Cependant, ces études ont également démontré que ces effets ne sont observés que chez les femmes âgées de plus de 70 ans ce qui nous permet de dire que ce complément alimentaire ne possède en théorie pas une place de choix dans la prise en charge des femmes en période de ménopause.

Cette hormone ne doit pas être utilisée en association au traitement hormonal de la ménopause en raison du risque de surdosage en œstrogènes qu'il peut entraîner. (88)

9.2.6 MÉLATONINE ET MÉNOPAUSE

La mélatonine est une hormone produite naturellement par la glande pinéale. De façon physiologique, la sécrétion de cette hormone augmente après la tombée de la nuit jusqu'à atteindre un seuil de sécrétion maximal entre 2 et 4 heures du matin.

Cette hormone participe à la régulation du rythme circadien, du rythme jour/nuit. Elle possède des propriétés hypnotiques et aide à ressentir la sensation de sommeil. L'utilisation de cette hormone au sein de compléments alimentaires est donc utile dans la prise en charge des troubles du sommeil durant la ménopause et particulièrement dans les difficultés d'endormissement. (89)

9.2.7 EXEMPLE DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES À BASE DE PLANTES, MICRONUTRIMENTS, ACIDES AMINÉS OU POLLENS DISPONIBLES À L'OFFICINE

9.2.7.1 Feminabiane Méno'Confort®, Laboratoires Pileje

Ce complément alimentaire renferme de l'actée à grappe et de la rhodiola qui contribuent à une ménopause plus sereine, à un meilleur état d'esprit. Il contient également de la vitamine B6 afin de réguler l'activité hormonale. La complémentation se fait par une prise d'un à deux comprimés par jour, sur une durée de 15 jours à 1 mois. (90)

9.2.7.2 Ergyflavone®, Laboratoire Nutergia

A base de soja, de sauge et de houblon, et donc contre-indiqué chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants, ce complément contient également du zinc, du sélénium, du chrome et du calcium afin d'apporter un soutien complet en cas de ménopause, autant au niveau des désagréments de type bouffées de chaleur qu'au niveau osseux, cutané et métabolique. Le schéma de prise est d'une prise unique de 2 gélules par jour. (91)

9.2.7.3 Ergyonagre®, Laboratoire Nutergia

A base d'huile d'onagre et de vitamine E, ce complément source d'acides gras polyinsaturés, est bénéfique pour la femme. Chez la femme ménopausée, on recherche

surtout son action anti-oxydante permettant un ralentissement du vieillissement cutané. La prise de deux à trois capsules par jour est recommandée. (92)

9.2.7.4 Ergyfemina®, Laboratoire Nutergia

Ce complément alimentaire sous forme buvable, contient notamment de l'alchémille, de l'hysope et du gattilier qui permettent d'atténuer les désagréments de la ménopause. De plus, il apporte magnésium et zinc pour soutenir le système immunitaire et contribuer à réduire la fatigue. La prise se fait par dilution de 10 à 20 mL dans un verre d'eau, à boire. En raison de la présence de gattilier, la prise est là-aussi contre-indiquée chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants. (93)

9.2.7.5 Climax®, Laboratoire NHCO nutrition

Ce complexe contient des vitamines B visant à réguler les fluctuations hormonales, du calcium et de la vitamine D pour soutenir le système osseux, de l'aubépine pour atténuer la nervosité, de la feuille de cassis pour favoriser l'élimination et lutter contre la rétention d'eau, de la bêta-alanine pour lutter contre les bouffées de chaleur et la fatigue et du L-tryptophane pour réguler l'humeur dans la gélule à prendre le matin. En ce qui concerne la capsule à prendre le soir, elle contient de l'huile d'onagre, de l'huile de poisson et de la vitamine E pour lutter contre le phénomène de vieillissement cellulaire. Le premier mois, on conseille de prendre 2 gélules le matin et 2 capsules le soir puis de passer à une de chaque pour la poursuite de la complémentation. (94)

9.2.7.6 Méno-actifs® bio, Laboratoire Aragan

A base de pollen et de coquelicot qui contribue à l'apaisement et à la relaxation dans le but d'obtenir un sommeil de qualité, ce complément contient également de la vitamine D et permet ainsi de pallier certains troubles liés à la ménopause mais également de soutenir le système osseux. La prise d'une gélule par jour est recommandée. (95)

9.2.7.7 Feminae 24®, Laboratoires Fortépharma

Ce complément alimentaire fonctionne sur un principe de 2 comprimés : un comprimé jour et un comprimé nuit. Le comprimé jour contient du pollen, de la bêta-alanine et des

vitamines B6, B9 et B12 pour limiter les bouffées de chaleur et l'irritabilité, de la vitamine C pour apporter de la vitalité et de la lavande pour diminuer le stress et apaiser. Le comprimé nuit contient également de la béta-alanine et du pollen pour limiter les sueurs nocturnes, de la vitamine B12 et du pavot de Californie pour améliorer le sommeil et de la vitamine D pour soutenir le capital osseux. (96)

9.2.7.8 Granions® ménopause bien être féminin, Laboratoires Granions

Grâce à des composés issus du sésame et du houblon, ce complément alimentaire permet de lutter contre les bouffées de chaleur mais agit également sur les sueurs nocturnes et la qualité de sommeil de la femme ménopausée. Il est recommandé de prendre une gélule le matin, par cure de six semaines à renouveler aussi souvent que nécessaire. Néanmoins, ce complément alimentaire est contre-indiqué chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants de par la présence en phyto-oestrogènes. (97)

9.2.7.9 Ménophytea®équilibre-bouffés de chaleur, Labotoire Nutreov

Cette gamme se décline en de nombreuses formes : une spécialité sans hormone, des sticks à effet frais immédiat... La composition repose toujours sur des plantes telles que le lin, la sauge ou le houblon visant à atténuer les effets gênants de la ménopause, de la vitamine D pour soutenir le capital osseux, de la vitamine B pour réguler le système nerveux et les fluctuations hormonales. Le nénuphar est également utilisé pour ses propriétés anti-rougeurs. La gamme Ménophytea® comprend également des spécialités plus ciblées à visée sommeil, rétention d'eau ou ventre plat. Bien entendu, les spécialités contenant des phyto-œstrogènes sont contre-indiquées chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants. (98)

9.2.7.10 Ménophytea intimité® hydratation intime, Laboratoire Nutreov

A base d'huiles de bourrache, d'onagre, de raisin, de vitamine E et de vitamine B, ce complément vient réhydrater les muqueuses et limiter l'oxydation cellulaire chez les patientes souffrant de sécheresse vaginale. La prise se fait via 2 capsules en prise unique, le matin. (99)

9.2.7.11 Taïdo ménoa®, Laboratoire Élerté

Grâce à l'actée à grappes et à la vitamine B6, ainsi qu'au magnésium, à raison d'une gélule matin et soir, ce complément permet de pallier les bouffées de chaleur, la nervosité, l'irritabilité et à limiter la fatigue et le stress liés à la ménopause. La vitamine B6 permet également d'équilibrer les fluctuations hormonales. (100)

9.2.7.12 Manhaé®ménopause pré-ménopause, Laboratoire Vitavea

Grace à 1 capsule par jour contenant des flavonoïdes, de l'huile de bourrache, de l'huile de poisson, du zinc, de la vitamine E et de la vitamine B permet, grâce à une formule sans hormone d'accompagner la femme ménopausée dans les symptômes tels que les bouffées de chaleur, le vieillissement cellulaire, les déséquilibres hormonaux et permet de renforcer le système immunitaire. Une version « expert » de cette spécialité contenant du pollen est également disponible. (101)

9.2.7.13 Sérélys®méno, Laboratoire sérélys pharma

Ce complément alimentaire contient un mélange d'extraits de pollens purifiés qui permettent de prendre en charge les bouffées de chaleur et la fatigue induits par la ménopause. La spécialité contient également de la vitamine E pour lutter contre le vieillissement oxydatif. La prise d'une gélule par jour est recommandée. (102)

9.2.7.14 Gamme Ymea®, Expert de la ménopause

Que ce soit à base de plantes telle que la sauge, la valériane, la mélisse, le théier, ou à base de minéraux comme la vitamine B ou le chrome, Ymea offre une gamme complète permettant de répondre aux désagréments pouvant être rencontrés par la femme ménopausée, que ce soit pour lutter contre les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les

sautes d'humeur, le manque de vitalité ou encore la prise de poids, Ymea propose une solution adaptée. (103,104)

9.3 MÉNopause ET AROMATHÉRAPIE

9.3.1 AROMATHÉRAPIE : PRINCIPES GÉNÉRAUX

La pharmacopée européenne définit une huile essentielle comme : « un produit odorant, généralement de composition complexe, obtenu à partir d'une matière première végétale botaniquement définie, soit par entraînement à la vapeur d'eau, soit par distillation sèche, soit par un procédé mécanique approprié sans chauffage. L'huile essentielle est le plus souvent séparée de la phase aqueuse par un procédé physique n'entraînant pas de changement significatif de sa composition. »

L'aromathérapie fait partie intégrante de la phytothérapie. Elle consiste à utiliser des plantes aromatiques dans un but thérapeutique. Ces plantes aromatiques représentent environ 10 % du monde végétal. Elles possèdent toutes des particularités anatomiques permettant la production d'essence comme notamment des poils glandulaires épidermiques, des poches à essence ou encore canaux glandulaires. Ces essences présentent de nombreux intérêts pour la plante. Elles représentent une forme de réserve d'énergie, constituent un moyen de communication avec l'environnement, jouent un rôle d'attraction ou de dissuasion envers les prédateurs et peuvent même servir de protection solaire. En plus de présenter un intérêt pour la plante, les huiles essentielles sont pourvues de propriétés thérapeutiques. L'huile essentielle ne représente qu'une infime partie de la composition globale de la plante et il est donc important de comprendre qu'on ne peut pas attribuer les mêmes propriétés d'un extrait de plante aux propriétés de l'huile essentielle issue de cette même plante. Enfin, les huiles essentielles sont des concentrés très puissants d'actifs aromatiques, dont certains peuvent être toxiques dans certaines circonstances et avec certains profils de patients. Il faut donc veiller à utiliser ces composés avec des connaissances adaptées afin de pouvoir garantir une réelle sécurité. Enfin, de par la médiatisation et la vulgarisation dues à un réel engouement pour les médecines alternatives, le pharmacien doit se montrer garant d'un bon usage des huiles essentielles de par ses conseils et son expérience. (6,105,106,107,108,109,110,111)

Voici un tableau qui regroupe les principales différences entre aromathérapie et phytothérapie.

	PHYTOTHÉRAPIE	AROMATHÉRAPIE
<i>Principes volatils</i>	Faible teneur en principes volatils	Concentration de principes volatils
<i>Solubilité</i>	Richesse en principes actifs hydrosolubles	Quasi nulle sauf pour les hydrolats Liposoluble
<i>Autres substances</i>	Présence de tanins, sels minéraux, principes amers, alcaloïdes et hétérosides	Aucune
<i>Lieux d'action</i>	Thérapeutique de drainage Reminéralisation Équilibration du terrain organique et des fonctions physiologiques surtout par VI	Effets énergétiques au niveau cellulaire Action anti-infectieuse Équilibration au niveau neuroendocrinien
<i>Sens utilisé</i>	Goût	Odorat

Tableau N° IX: Tableau regroupant les principales différences entre aromathérapie et phytothérapie (106)

9.3.2 AROMATHÉRAPIE : PROCÉDÉS D'OBTENTION ET RÉGLEMENTATION

Il est possible d'obtenir des huiles essentielles de diverses manières :

- La technique d'hydrodistillation (ou entraînement par la vapeur d'eau) est la plus courante. Les substances volatiles que sont les huiles essentielles sont libérées de la plante sous l'action de l'humidité et de la chaleur au sein d'un alambic puis sont entraînées par un courant de vapeur d'eau. Une condensation de la vapeur d'eau suivra ce qui conduira ensuite à une séparation de l'hydrolat (ou eau florale) et de l'huile essentielle en fonction d'une différence de densité.

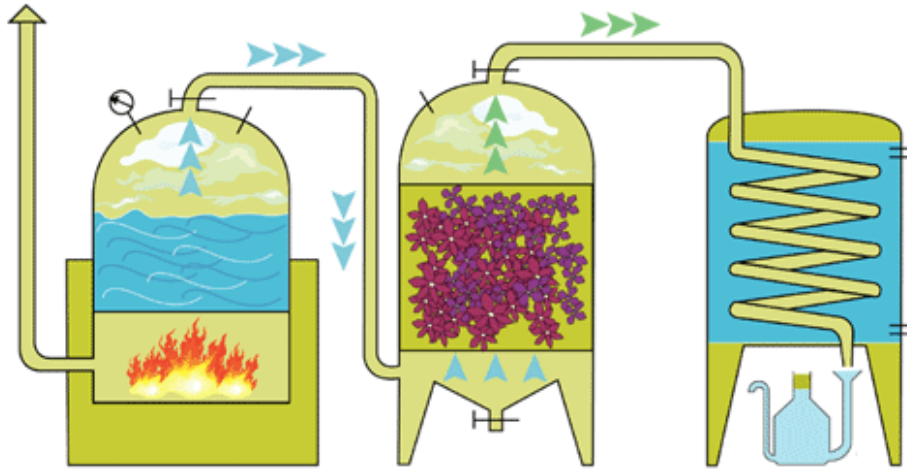


Figure 18 : Illustration du principe d'hydrodistillation (106)

- L'expression par extraction à froid est une technique plutôt réservée aux zestes des plantes possédant des poches à essence tels que les agrumes. Cette méthode consiste à appliquer une forte pression jusqu'à éclatement des poches à essences.
- L'enfleurage est utilisé pour les composés ne résistant pas à la chaleur et se base sur le principe d'affinité des huiles essentielles avec les corps gras.
- Enfin, l'extraction par CO₂ supercritique permet d'obtenir des extraits végétaux très concentrés, très purs et sans aucun additif chimique. L'extraction est réalisée à température modérée ce qui permet de préserver les composés thermosensibles. La composition finale sera différente de celle d'une huile essentielle classique.

Quelle que soit la méthode d'extraction utilisée, le rendement en huile essentielle est variable, bien qu'il reste cependant très faible, ce qui explique le coût élevé de nombreuses huiles essentielles mais aussi les différences de prix possible entre chacune des huiles.

Par exemple, pour obtenir 1 Kg d'huile essentielle, il faudra utiliser 7 Kg de clous de girofle mais 12000 Kg de feuilles de mélisse.

Une fois l'huile essentielle obtenue, il convient de vérifier qu'elle correspond aux critères de qualité.

Pour cela, elle doit tout d'abord être définie par une identification botanique exacte de la plante dans le respect de la règle de nomenclature botanique internationale : famille, genre, espèce, sous-espèce ...

L'organe producteur de l'huile essentielle doit aussi être connu, de même que l'origine géographique de la plante concernée et son procédé d'extraction.

La notion de chémotype, propre à l'aromathérapie est également primordiale. En effet, selon l'environnement dans lequel elle évolue, une espèce botanique n'élaborera pas forcément le même type d'essence. Selon la composition de cette essence, les propriétés thérapeutiques pourront donc varier, de même que la toxicité. Les acronymes HECT (Huile Essentielle Chémotypée) ou HEBBD (Huile Essentielle Biochimiquement et Biologiquement Définie). Il reste important de souligner que le composé permettant de préciser le chémotype d'une huile essentielle n'est pas le composant majoritaire de cette huile mais lui confère une propriété particulière. Cependant, ces acronymes ne constituent en rien de véritables labels de qualité. Seul le label AB (Agriculture Biologique), contrôlé par des organismes indépendants, garantit la qualité de l'huile. En effet, l'intérêt de la non-utilisation de pesticides dans la culture des plantes à essences prend ici tout son sens. En effet, tout comme les huiles essentielles, les pesticides sont des composés volatils et lipophiles et se retrouveraient donc en quantité non négligeable au sein des huiles essentielles.

Une huile essentielle se veut également pure et naturelle, elle ne doit être coupée avec aucun solvant et elle doit être exempte de tout produit de synthèse.

Pour être de qualité pharmaceutique, une huile essentielle doit correspondre aux normes fixées par les pharmacopées européennes et françaises. Il convient donc de se procurer ces huiles auprès de laboratoires reconnus et d'exiger un bulletin d'analyse de lot qui regroupera un examen organoleptique de l'huile essentielle ainsi que des contrôles analytiques tels qu'une chromatographie en phase gazeuse.

Enfin, toutes les huiles essentielles présentes sur le marché en France doivent répondre aux normes AFNOR (Association Française de Normalisation).

Pour préserver la qualité d'une huile essentielle, qui est un composé volatil et fortement oxydable, il est nécessaire de la conserver à l'abri de la lumière et de l'air dans un

flacon teinté, bouché hermétiquement, à température ambiante, et pendant une durée maximale de 5 ans.

Ses qualités organoleptiques, en particulier son odeur, doivent être inchangées. Toute modification suppose une détérioration de l'huile essentielle qu'il ne faudra donc plus utiliser pour ses propriétés et ses principes actifs. (6,105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3 AROMATHÉRAPIE : COMPOSITION, CHAMP D'APPLICATION, MODES D'UTILISATION ET PRECAUTIONS D'EMPLOI DES HUILES ESSENTIELLES

Il convient tout d'abord de connaître les principaux éléments pouvant entrer dans la composition d'une huile essentielle et de savoir à quelle(s) propriété(s) ils peuvent être rattachés.

Dans une huile essentielle, nous pouvons donc trouver :

- Des phénols (tels que le thymol), composés anti-infectieux majeurs, mais également des hypertenseurs et des hyperthermisants.
- Des oxydes (tels que le 1,8 cinéole), composés agissant particulièrement au niveau de la sphère ORL en tant que mucolytiques, expectorants ou encore asséchants.
- Des alcools, composés anti-infectieux doux, mais également immunostimulants :
 - Monoterpénols.
 - Sesquiterpénols.
- Des terpènes (assemblage de plusieurs unités isopréniques) :
 - Monoterpènes aux propriétés anti-infectieuses, expectorantes et stimulantes.
 - Sesquiterpènes aux propriétés anti-inflammatoires et spasmolytiques.
- Des aldéhydes aux propriétés calmantes et anti-inflammatoires.
- Des cétones aux propriétés mucolytiques, cicatrisantes et anti-inflammatoires.
- Des esters terpéniques aux propriétés calmantes, décontracturantes et anti-inflammatoires.
- Des éthers aux propriétés antispasmodiques puissantes.
- Mais également des phtalides ou encore des composés azotés ou soufrés.

Il est ensuite primordial de connaître les principales toxicités attribuables aux huiles essentielles ainsi que les composés en étant à l'origine.

Les principales toxicités retrouvées sont donc :

- Un risque allergique, principalement présent avec les terpènes, les phénols et les aldéhydes.
- Une dermocausticité principalement retrouvée avec les phénols.
- Une photosensibilité principalement retrouvée avec les furocoumarines présents dans les huiles essentielles d'agrumes.
- Une toxicité gastro-intestinale principalement liée aux phénols.
- Une hépatotoxicité principalement liée aux phénols et au camphre.
- Une neurotoxicité liée aux cétones.
- Un risque hémorragique, là encore lié aux phénols.
- Un risque de dérèglement hormonal pouvant être lié à certains alcools.

Cette toxicité dépendra également de divers facteurs : quantité du composé responsable de la toxicité dans l'huile essentielle, voie d'administration de l'huile essentielle, dosage et durée d'utilisation de l'huile essentielle et enfin sensibilités et comorbidités propres à l'individu.

Afin de s'affranchir de ces risques de toxicité, quelques précautions d'emploi sont à mettre en œuvre :

- Pas d'utilisation chez la femme enceinte et allaitante en raison d'un fort passage transplacentaire des divers composés présents dans les huiles essentielles.
- Pas d'utilisation chez les enfants de moins de 3 ans en raison du risque convulsif et de leur immaturité hépatique.
- Prudence d'utilisation chez les personnes épileptiques, asthmatiques (pas de phénols, pas de cétones).

- Prudence d'utilisation chez les personnes insuffisantes rénales (pas de monoterpènes) et insuffisantes hépatiques (pas de phénols). L'utilisation d'une huile essentielle hépatoprotectrice telle que l'huile essentielle de carotte est d'ailleurs conseillée chez tout un chacun lors de l'utilisation d'une huile essentielle hépatotoxique.
- Prudence d'utilisation chez les personnes traitées par anticoagulants (pas de salicylate de méthyle).
- Pas d'exposition solaire dans les 12 heures suivant l'application d'une huile essentielle photosensibilisante.
- Dilution des huiles essentielles dermocaustiques.

Un principe de base reste primordial et toujours valable : ne pas utiliser d'aromathérapie au long cours et toujours réaliser des fenêtres thérapeutiques entre plusieurs phases de traitement.

Il faut éviter de mélanger de trop nombreuses huiles essentielles. On privilégiera des mélanges de cinq huiles essentielles au maximum.

De plus, nous devons savoir qu'en moyenne qu'1 mL d'huile essentielle correspond à 30 à 35 gouttes et qu'une goutte provenant d'un compte-goutte officinal contient environ 20mg.

Une fois toutes ces précautions prises, et tous ces grands principes acquis, chaque mode d'administration possèdera également ses spécificités. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.1 Voie orale

La voie orale concerne uniquement les adultes et les enfants de plus de sept ans, le traitement doit être de courte durée.

Cette voie est contre-indiquée chez les personnes souffrant d'ulcère gastro-duodéal, de gastrite, de colite ou de reflux gastro-oesophagien. La posologie recommandée est d'une goutte quatre fois par jour chez l'enfant et de deux à trois gouttes, trois à quatre fois par jour chez l'adulte.

On peut également utiliser la voie sublinguale, et profiter de la rapidité d'action liée à l'hypermétabolisation de la langue avec des huiles non irritantes et bien tolérées.

Dans tous les cas, on pourra placer les gouttes dans du miel puis disperser le tout dans un peu d'eau ou l'on choisira comme support un comprimé neutre, un sucre, du miel, du yaourt, de l'huile végétale ou encore de la mie de pain.

Des capsules et gélules spécifiques ont été pensées pour l'administration par voie orale d'huiles essentielles plus irritantes. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.2 Diffusion (passive et atmosphérique)

On distinguera la diffusion passive de la diffusion avec un diffuseur spécifique.

La diffusion présente l'avantage de rester simple d'utilisation. Un usage quotidien est possible à raison de deux à trois séquences de vingt minutes par jour. Cependant, il faut veiller à ne pas utiliser par cette voie de composés neurotoxiques (cétones et phénols).

Cette voie est contre-indiquée chez les personnes épileptiques, asthmatiques ou allergiques et il faudra vérifier l'absence de jeunes enfants ou de femmes enceintes lors de la diffusion.

Il faudra veiller à ce que l'appareil soit adapté et ne chauffe pas les huiles essentielles à une température supérieure à 55°C ce qui risquerait de les dénaturer.

La diffusion ultrasonique est à conseiller en priorité car elle nécessite une faible quantité d'huiles et sature peu l'atmosphère. La diffusion par microdiffusion quant à elle assure une diffusion plus rapide mais présente plus de risques en raison d'une saturation rapide de l'atmosphère. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.3 Inhalation

9.3.3.3.1 Inhalation sèche

Ce principe consiste à déposer quelques gouttes d'huiles essentielles sur un mouchoir qui sera placé à proximité de l'individu afin de venir stimuler ses récepteurs olfactifs dans le but d'une transmission du message au système nerveux. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.3.2 Inhalation humide

On utilise ici le principe d'entraînement des huiles essentielles par la vapeur d'eau. On provoque ainsi un effet puissant du point de vue local mais un effet systémique assez faible.

On utilise principalement cette voie dans le cadre de pathologies bronchiques, ORL ou en vue de réalisation d'un sauna facial.

Cette voie est là encore contre-indiquée chez les patients asthmatiques ou épileptiques.

L'emploi d'huiles essentielles irritantes, dermocaustiques et neurotoxiques est bien évidemment inadapté. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.4 Voie cutanée

Cette voie reste la plus utilisée en aromathérapie car elle repose sur les bonnes capacités de pénétration cutanée des huiles essentielles liées à leur lipophilie ainsi qu'à leur bas poids moléculaire. Après avoir traversé le tissu cutané, les principes actifs rejoindront facilement la circulation générale.

En situation d'urgence, une utilisation d'une unique goutte pure de l'huile essentielle sera possible. On parlera alors de friction aromatique.

Cependant, dans la majorité des cas, on parlera plutôt de massage aromatique dans le sens où les huiles essentielles seront diluées à l'aide d'une huile végétale qu'il conviendra de bien choisir en fonction de l'action recherchée. D'autres supports sont également envisageables tels qu'un gel, une crème, de l'argile ou encore un shampooing.

Chez un adulte, on recommandera une concentration allant de 5 à 30 % d'huiles essentielles en fonction de l'action recherchée.

Chez l'enfant, on conseillera une concentration de 1 à 3 % de sept à dix ans puis on pourra aller jusqu'à 5 % chez l'enfant de 10 à 15 ans. En règle générale, et pour faciliter le conseil officinal, on pourra parler d'une goutte par mL pour l'adulte et d'une goutte pour 2 mL chez l'enfant.

Tableau n° X : Facteur de dilution de l'huile essentielle en fonction de l'action recherchée (106)

Dilution en % d'HE	Exemples d'application
<3%	Dermocosmétique Muqueuses sensibles et fragiles (nez, oreille)
Entre 2 à 5%	Action sur SN : bien être et stress Action sur système neuroendocrinien
7%	Action sur système veineux et lymphatique
10%	Action musculaire, tendineuse, articulaire Action systémique pour peaux sensibles
15%	Domaine sportif
20%	Dilution pour HE dermocaustiques
30%	Action locale non systémique puissante Action antiparasitaire, soins des verrues
30 à 50%	HE non agressives, emploi sécurisé

Il est également possible d'utiliser la voie cutanée par le biais d'un bain. Il conviendra de diluer les huiles essentielles dans 10-15 mL de base dispersante pour bain. On parlera alors de deux gouttes par mL de base dispersante pour l'adulte et d'une goutte seulement pour l'enfant. Il faudra également veiller à ce que la température du bain ne soit pas trop élevée et n'altère par les huiles essentielles.

Avant d'utiliser une nouvelle huile essentielle par voie cutanée, il convient de toujours réaliser un test préalable de tolérance au pli du coude. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.5 Voie rectale

Cette voie est particulièrement adaptée chez les enfants dans le cadre de nausées et vomissements. Elle est principalement utilisée dans le cadre de pathologies broncho-pulmonaires et ORL.

La dose recommandée chez l'enfant est de 10 mg par kilo de poids corporel chez l'enfant tandis qu'elle passe à 50-100 mg d'huiles essentielles deux à trois fois par jour chez l'adulte. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.3.6 Voie vaginale

Cette voie est recommandée dans le cadre d'affections gynécologiques. Elle utilise la perméabilité de la muqueuse. Les huiles essentielles irritantes sont à proscrire et une concentration maximale à 10 % en huiles essentielles est recommandée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4 AROMATHÉRAPIE : HUILES ESSENTIELLES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

Les huiles essentielles permettent notamment la prise en charge des symptômes invalidants que sont les bouffées de chaleur mais permettent aussi de gérer des symptômes d'origine neurologique tels que le stress, l'anxiété, les troubles du sommeil ou encore les troubles de l'humeur.

Toutes les huiles essentielles qui seront citées ici possèdent bien d'autres propriétés que celles qui seront détaillées. Néanmoins, la description sera ici limitée aux vertus présentant un intérêt dans la prise en charge de la ménopause et de ses désagréments.

Enfin, dans tous les cas, les indications sont données selon des habitudes de pratiques mais aucune étude clinique n'est à l'appui, ce qui ne permet donc pas de prouver scientifiquement la véracité des propriétés mises en avant. (6,105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1 Aromathérapie et bouffées de chaleur

Certaines huiles essentielles possèdent des propriétés dites « oestrogen-like » et miment l'action des œstrogènes, dont le déficit est à l'origine des troubles de la ménopause, et particulièrement des bouffées de chaleur. Ces huiles essentielles sont contre-indiquées chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormonodépendants tels que le cancer du sein.

Parmi ces huiles essentielles, on retrouve :

9.3.4.1.1 L'huile essentielle de sauge sclarée (*Salvia Sclarea L.*)

Cette huile essentielle contient notamment du sclaréol, composé auquel on attribue la vertu de régulation hormonale de cette huile.

Cette huile est utilisable par voie orale ou par application cutanée au niveau du plexus solaire ou des poignets.

Par voie orale, on recommande une à deux gouttes pendant cinq à sept jours. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1.2 L'huile essentielle de cyprès de Provence (*Cupressus sempervirens* L.)

La voie cutanée est à privilégier, pour cette huile essentielle particulièrement au niveau du bas ventre. Cependant, elle ne s'utilise pas pure et doit être diluée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1.3 L'huile essentielle d'anis vert (*Pimpinella anisum*)

Cette huile s'utilise également par voie cutanée, au niveau du bas ventre. (105,106,107,108,109,110,111)

Certaines autres huiles essentielles, non « oestrogen-like » présentent également leur intérêt dans le cadre des bouffées de chaleur. C'est notamment le cas des deux huiles essentielles suivantes :

9.3.4.1.4 L'huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha-X-Piperita*)

Cette huile aux vertus purifiantes permet de transférer une sensation de fraîcheur à tout l'organisme et de calmer les bouffées de chaleur. Elle permet également de soulager la transpiration excessive et donc les phénomènes de sueurs nocturnes. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1.5 L'huile essentielle d'hélichryse italienne (ou immortelle) (*Helichrysum italicum*)

Cette huile possède des propriétés anti-inflammatoires et permet de soulager les rougeurs au niveau du visage. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1.6 L'huile essentielle de citron (*citrus limonum*)

Cette huile possède notamment des propriétés assainissantes. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.1.7 L'huile essentielle de palmarosa (*Cymbopogon martinii*)

Cette huile possède des propriétés purifiantes et assainissantes. (105,106,107,108,109,110,111)

Exemples de mélanges :

- **Voie orale**

Mélanger 90 gouttes d'HE de sauge sclarée et 60 gouttes d'HE d'anis vert, puis prendre 2 gouttes de ce mélange 2-3 fois par jour, 10 jours par mois.

- **Voie cutanée**

Dans 50 mL d'huile végétale de calophylle, mettre 90 gouttes d'hélichryse italienne, 90 gouttes d'HE de citron, et 30 gouttes d'HE de palmarosa puis masser le bas du dos avec ce mélange 3 semaines par mois.

9.3.4.2 Aromathérapie et sommeil

Les huiles essentielles suivantes peuvent être utilisées en cas de troubles du sommeil, de situations de stress et d'anxiété ou encore d'angoisse. Ces plantes contiennent notamment des esters et aldéhydes, calmants du système nerveux central. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.1 Huile essentielle de lavande (*Lavandula angustifolia*)

Cette huile aux propriétés sédatives et calmantes est indiquée en cas de troubles de sommeil, d'angoisse et de nervosité par voie cutanée ou encore par inhalation sèche. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.2 Huile essentielle de verveine odorante (*Aloysia triphylla*)

Cette huile essentielle aux propriétés sédatives, est indiquée en cas d'insomnie, et d'anxiété par voie orale ou cutanée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.3 Huile essentielle de camomille (*chamaemelum nobile*)

Cette huile aux propriétés antispasmodiques et sédatives est indiquée en cas de troubles de l'endormissement et d'anxiété notamment par voie orale ou cutanée, pure ou diluée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.4 Huile essentielle d'orange amer (*Citrus aurantium*)

Cette huile essentielle aux vertus antispasmodiques est indiquée en cas d'insomnies ou encore d'angoisse. Là encore, on peut utiliser l'huile par voie orale, cutanée ou en diffusion. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.5 Huile essentielle de néroli (*Citrus aurantium*)

Cette huile essentielle calmante, relaxante et sédative est utilisée en cas de troubles du sommeil, d'angoisse et de nervosité et s'utilise aussi bien par voie cutanée, qu'orale ou que par diffusion. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.6 Huile essentielle d'orange douce (*Citrus sinensis L.*)

Cette huile essentielle, également calmante et sédative, est utilisée en cas d'insomnie, d'angoisse et de nervosité par voie orale, cutanée ou par diffusion, en tenant compte de la photosensibilité induite. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.7 Huile essentielle de mandarinier (*Citrus reticulata blanco*)

Cette huile essentielle aux propriétés relaxantes, calmantes et sédatives est indiquée en cas d'insomnies et d'angoisse par voie orale et cutanée en tenant compte de la photosensibilité induite. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.2.8 Huile essentielle d'Ylang ylang (*Cananga odorata*)

Cette huile essentielle aux propriétés calmantes et sédatives est indiquée en cas de stress et de difficultés d'endormissement grâce à une utilisation par voie cutanée ou par diffusion. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.3 Aromathérapie et santé psychique

Les huiles essentielles suivantes ont des propriétés stimulantes aidant à lutter contre la fatigue et agissant comme régulateur nerveux. Ces huiles contiennent principalement des esters et des aldéhydes, calmants du système nerveux central. (105,106,107,108,109,110)

9.3.4.3.1 Huile essentielle de cannelle (*Cinnamomum verum*)

Cette huile essentielle présente des propriétés stimulantes physiques et psychiques et joue un rôle en cas de fatigue physique et intellectuelle. L'utilisation de cette huile par voie cutanée est contre-indiquée. Une consommation par voie orale est recommandée, en association à une huile essentielle hépato protectrice. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.3.2 Huile essentielle de marjolaine à coquilles (*Origanum majorana*)

Cette huile essentielle présente des propriétés neurotoniques et de rééquilibration nerveuse et joue un rôle en cas de déprime, de fatigue, d'anxiété et d'insomnie. L'utilisation est possible par voie orale ou par voie cutanée diluée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.3.3 Huile essentielle de Ravintsara (*Cinnamomum camphora*)

Cette huile essentielle possède également une propriété de régulation nerveuse et joue son rôle dans le cadre de fatigue morale et physique, de déprime et d'insomnie. Là aussi, la voie orale et la voie cutanée sont possibles. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.3.4 Huile essentielle de litsée citronnée (*Litsea citrata*)

Cette huile présente des propriétés antidépressives utilisées en cas de dépression (mais également en cas d'insomnies et d'anxiété). Une application par voie cutanée diluée au niveau du plexus solaire est recommandée. (105,106,107,108,109,110,111)

9.3.4.4 Aromathérapie et vieillissement cutané

Les huiles essentielles suivantes ont des vertus régénérantes et anti-oxydantes qui permettent d'atténuer les rides et ridules et d'atténuer les effets du vieillissement cutané notamment en les diluant dans une crème de soin ou une huile végétale de noyau d'abricot. (105,106,107,108,109,110,111)

- Huile essentielle de bois de Hô (*Cinnamomum camphora*)
- Huile essentielle d'hélichryse italienne (*Helichrysum italicum*)

- Huile essentielle de bois de rose (*Aniba rosaeodora car. Amazonica*)
- Huile essentielle de ciste (*Cistus ladaniferus*)
- Huile essentielle de pamplemousse (*Citrus paradisi*)
- Huile essentielle de carotte (*Daucus carota*)
- Huile essentielle de patchouli (*Pogostemon cablin*)
- Huile essentielle d'Ylang ylang (*Cananga odorata*)

9.3.4.5 Aromathérapie et troubles de la libido

Les huiles essentielles suivantes ont des propriétés aphrodisiaques et permettent ainsi de stimuler la libido et le désir sexuel. Certaines possèdent également des propriétés vasodilatatrices. L'utilisation, dans cette indication, est recommandée par voie orale ou par voie cutanée, dans un bain. (105,106,107,108,109,110,111)

- Huile essentielle de santal (*Santalum album*)
- Huile essentielle de gingembre (*Zingiber officinale*)
- Huile essentielle d'Ylang ylang (*Cananga odorata*)
- Huile essentielle de poivre noir (*Piper nigrum*)
- Huile essentielle de sariette des montagnes (*Satureja montana*)

9.4 MÉNopause ET HOMÉOPATHIE

9.4.1 HOMÉOPATHIE : PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'homéopathie est aujourd'hui reconnue par l'OMS comme l'une des cinq médecines officielles et traditionnelles et son efficacité est reconnue par la CE.

Elle fut fondée par Samuel Hahnemann qui introduit en 1796, via un article publié dans le journal de pharmacologie pratique et de chirurgie, une théorie selon laquelle pour connaître l'action d'un médicament il faut l'utiliser chez l'homme sain. De cette idée découle le principe de similitude, principe selon lequel « les substances médicamenteuses sont susceptibles de guérir des symptômes analogues à ceux qu'elles produisent. »

La France est un des pays parmi ceux utilisant le plus l'homéopathie, 77% de la population a déjà pris de l'homéopathie au cours de sa vie. Les Français ont une grande

confiance en l'homéopathie : 76% des Français ont une bonne image de l'homéopathie et 74% pensent que les médicaments homéopathiques sont efficaces.

Les domaines privilégiés d'utilisation de l'homéopathie par les Français sont le stress, les troubles du sommeil, les états grippaux, les allergies ou encore les rhumatismes.

Le terme homéopathie vient du grec homéo (semblable) et du grec pathos (souffrance). Il s'agit d'une thérapeutique réactionnelle et individualisée qui vise à stimuler, moduler ou initier une réaction individuelle et adaptée. La prescription d'un médicament homéopathique repose sur une observation ainsi qu'un questionnement très rigoureux et centré sur la symptomatologie propre à chaque individu.

L'homéopathie repose donc sur 3 principes fondamentaux : le principe de similitude mais également le principe d'infinitésimalité ou encore celui de l'individualisation.

Le principe de similitude suppose que toute substance qui est capable, à dose pondérale, de provoquer des symptômes chez un individu sain, peut à dose infinitésimale, guérir ces mêmes symptômes. Le recueil des symptômes observés lors d'une administration d'une substance chez l'homme sain à dose pondérale définissent la pathogénésie de cette substance. L'ensemble des pathogénésies sont regroupées dans les ouvrages appelés « Matière médicale homéopathique ». (112,113,114,115)

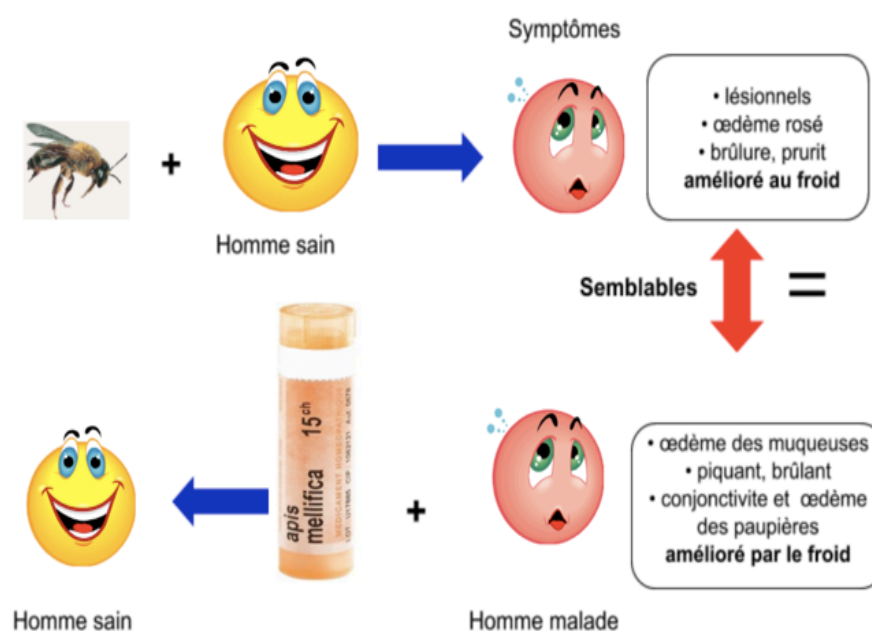


Figure 19 : Illustration du principe de similitude (113)

Le principe d'infinésimalité repose sur la présence de doses infinitésimales dans les médicaments homéopathiques obtenus par déconcentration. Ces dilutions (préparations liquides) ou triturations (préparations solides) sont réalisées selon un procédé de fabrication homéopathique.

Généralement, au cours des opérations de déconcentrations, la substance de base, qu'elle soit d'origine animale, végétale, chimique ou encore minérale, appelée souche, va subir des dilution décimales (1/10) ou centésimales (1/100). On parlera alors de DH (décimale hahnemannienne) ou de CH (centésimale hahnemannienne). Entre chaque dilution, le médicament homéopathique va subir une dynamisation ou agitation standardisée spécifique à la préparation homéopathique.

Cette méthode de déconcentration hahnemannienne également appelée méthode des flacons multiples, est définie par une monographie de la pharmacopée française depuis 1965, monographie ensuite reprise par la pharmacopée européenne.

La première dilution doit être réalisée selon un rapport masse/volume, les suivantes selon un rapport volume/ volume. Le solvant de dilution est variable selon la souche : alcool de titre divers ou encore eau purifiée.

En France, la déconcentration maximale autorisée est de 30CH.

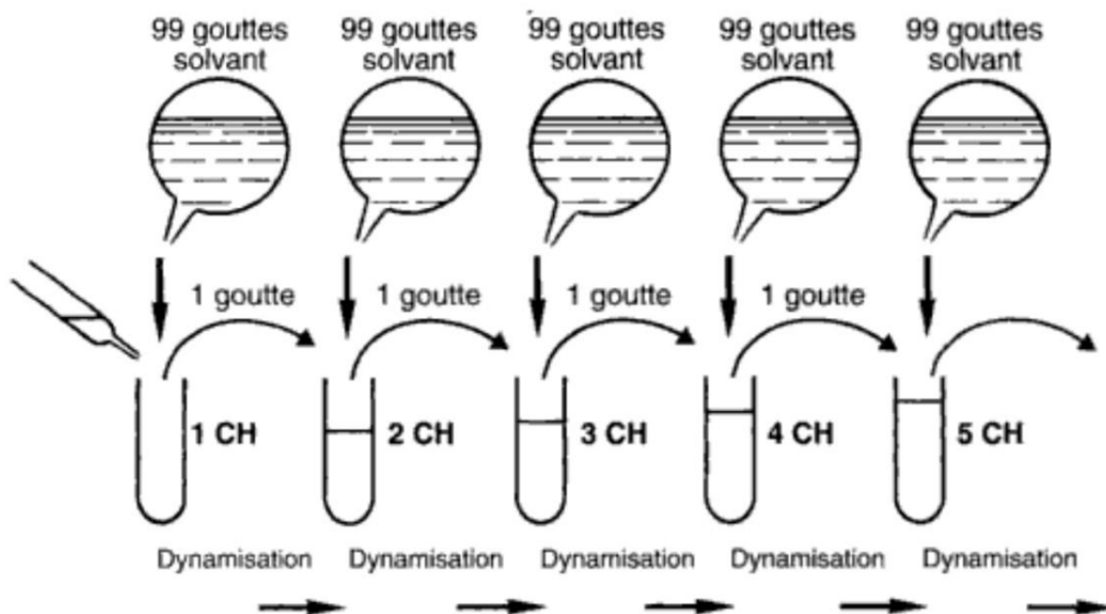


Figure 20 : Illustration du procédé de déconcentration centésimale hahnemannienne (115)

Une autre méthode de déconcentration, dite déconcentration korsakovienne ou méthode en flacon unique existe également. Elle a été mise en place par Sergueï Kersakov.

On place dans un flacon de taille définie 99 parties de solvant et on y ajoute une partie de la souche à diluer. On réalise ensuite une dynamisation puis on vide le flacon tout en agitant de façon à éliminer un maximum de contenu. On considère alors qu'une quantité égale à une partie de la dilution précédente reste sur les parois du flacon. On ajoute alors de nouveau 99 parties de solvant afin de réaliser une dilution au centième et ainsi de suite.

Néanmoins, les médicaments réalisés via cette méthode ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

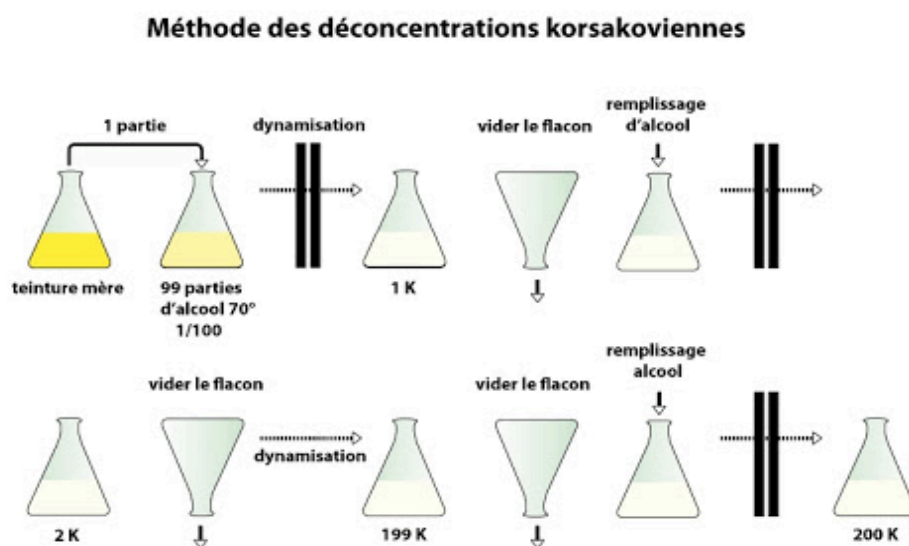


Figure 21 : Illustration du procédé de déconcentration korsakovienne (115)

Enfin, pour les déconcentrations de substances solides insolubles, le procédé de trituration est utilisé.

On ajoute 9 parties de lactose pour une partie de produit dans le cadre d'une trituration décimale ou encore 99 parties de lactose pour une partie de produit dans le cadre d'une trituration centésimale. Les souches solides insolubles sont ensuite mises en solution à partir d'une dilution 3 CH ou 4 CH dans le cadre des métaux.

Cette méthode est également utilisée pour incorporer un liquide dans un mélange de poudres.

On distingue trois types de dilutions, à choisir selon la nature des symptômes :

- Les basses dilutions : 4 ou 5 CH. Elles sont adaptées aux symptômes locaux. L'action est rapide mais courte, ce qui nécessite de répéter les prises toutes les 1 à 2 heures puis de les espacer en fonction de l'amélioration.
- Les dilutions moyennes : 7 ou 9 CH. Elles sont adaptées aux symptômes généraux et nécessitent 3 à 4 prises par jour.
- Les hautes dilutions 15 ou 30 CH. Elles sont adaptées aux symptômes comportementaux. Leur action est lente mais durable. 1 à 2 prises quotidiennes sont nécessaires mais la prise d'une dose unique hebdomadaire est également possible.

Quelques cas particuliers sont aussi à noter : en règle générale, les dilutions basses stimulent, les dilutions hautes freinent et les souches de venins ou d'abeilles doivent toujours être utilisées à dilutions 15 ou 30 CH pour s'affranchir du risque d'hypersensibilité à basse dilution.

Le schéma de Hering permet d'orienter vers le choix de la dilution adaptée :

I Localisation: où ? 4CH ou 5CH	II Sensations: comment ? 7CH
IV Signes concomitants: autres symptômes 15CH à 30CH	III Modalités: aggravé ou amélioré par... 9CH

Figure 22 : Schéma de Hering (115)

En ce qui concerne l'individualisation du traitement, elle repose sur une approche de l'individu dans sa globalité. En effet, si aucune contre-indication ni posologie définie n'est présente en homéopathie, ni en fonction du poids, ni en fonction de l'âge, ni en fonction des comorbidités du patient, il convient de prendre en compte de nombreux critères afin de choisir la souche et la dilution la plus adaptée au patient dans une situation précise. (107)(108)(109)

Le choix reposera donc sur :

- La sensibilité du patient, qui définit les capacités de réponse du patient à un certain traitement.
- Son terrain, ensemble de facteurs héréditaires ou acquis, physiologiques ou tissulaires et qui conditionnent l'apparition ou encore l'évolution d'un symptôme.
- Ses sensations : type de douleur ressentie ou encore hypersensibilité sensorielle.
- Ses modalités : circonstances d'aggravation ou d'amélioration de la pathologie en fonction du contexte.
- Ses signes concomitants ou symptômes associés.
- Ou encore son étiologie ou facteurs en relation avec l'apparition des symptômes.
(112,113,114,115)

9.4.2 HOMÉOPATHIE : LE MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE – RÉGLEMENTATION

Le médicament homéopathique se définit comme « *tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre état membre de la Communauté Européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes* ». (Art. L. 5121-1, alinéa 11, L. 5121-13 du CSP)

Le médicament homéopathique peut se présenter sous toutes formes pharmaceutiques mais certaines lui sont spécifiques. Il s'agit notamment des granules et globules qui sont de petites sphères solides composées de saccharose et de lactose via la méthode de l'enrobage.

Ces granules sont imprégnés ensuite de dilutions de souches homéopathiques et sont destinés à une utilisation par voie sublinguale ou orale. La dilution de ces granules reste toutefois possible notamment dans le cadre d'une administration à des bébés. Les granules sont caractérisés par un poids d'environ 50 mg, on en compte donc environ 20 au gramme tandis que les globules pèsent entre 3 et 5 mg et on en compte donc aux alentours de 200 au gramme.

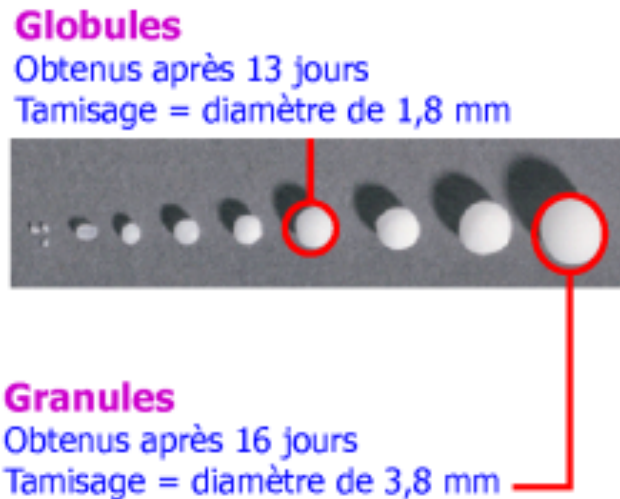


Figure 23 : Différences de fabrication entre granules et globules. (113)

On retrouve également de nombreux médicaments homéopathiques sous forme de gouttes buvables, de pommades, de crèmes, de suppositoires, de triturations ou encore de comprimés réalisés à partir de comprimés neutres imprégnés de dilutions par la suite.

Les excipients utilisés pour la fabrication de ces médicaments sont multiples : eau purifiée, alcool de titre adapté, saccharose ou encore lactose.

Le médicament homéopathique doit également satisfaire à plusieurs conditions : être administré par voie orale ou externe, présenter un degré de dilution qui garantit l'innocuité du médicament et ne présenter aucune indication thérapeutique particulière sur l'emballage.

Cette dernière condition permet au médicament homéopathique de bénéficier d'une procédure d'enregistrement simplifiée depuis 1998. Ce dossier comporte des données portant sur la qualité pharmaceutique du médicament ou encore sur la justification d'un usage conforme aux principes homéopathiques.

Il existe également des médicaments homéopathiques dits « à nom de marque » qui sont soumis à AMM et peuvent ainsi présenter une indication thérapeutique précise ainsi qu'une posologie. Ces médicaments-là ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

En ce qui concerne le remboursement de ces médicaments, la HAS a émis un avis défavorable au maintien de la prise en charge des médicaments et préparations

homéopathiques hahnemanniennes car elle estime que l'efficacité de ces médicaments n'est pas supérieure à celle de l'utilisation d'un placebo. De plus, elle considère que l'utilisation des médicaments homéopathiques ne permet pas de diminuer la consommation des autres catégories de médicaments. Suite à cet avis, le déremboursement s'est effectué en deux phases. Une diminution de la prise en charge par la Sécurité Sociale de 30 % à 15 % au 1^{er} janvier 2020 puis un déremboursement total au 1^{er} janvier 2021.

Enfin, une idée reçue est toujours présente avec l'homéopathie, celle de l'importante teneur en sucre dans ces médicaments. Cependant, le saccharose ne représente que 15 % des granules et globules. A une posologie assez fréquente en homéopathie de 5 granules 4 fois par jour, on arrive donc à une quantité de saccharose égale à 1g soit 1/5 de morceau de sucre. De plus, il a été prouvé que la prise de granules ou globules homéopathiques ne modifiait pas l'équilibre glycémique. (112,113,114,115)

9.4.3 HOMÉOPATHIE : MÉDICAMENTS HOMÉOPATIQUES PRÉSENTANT UN INTÉRÊT DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

9.4.3.1 Homéopathie et bouffées de chaleur

Les souches suivantes présentent toutes un intérêt dans la prise en charge des bouffées de chaleur liées à la ménopause, le choix de telle ou telle souche dépendra de la symptomatologie propre à chaque patiente ainsi que des circonstances de survenue ou encore d'amélioration de ces bouffées. (116,118,119)

9.4.3.1.1 Folliculinum

Une basse dilution à 5CH est primordiale car elle engendre une stimulation. En effet, le but ici est de venir stimuler les sécrétions oestrogéniques dont la carence entraîne les bouffées de chaleur.

La posologie ici recommandée sera de cinq granules tous les matins. On cessera le traitement lorsque les bouffées de chaleur s'estomperont. (116,118,119)

9.4.3.1.2 FSH

On cherche ici encore à booster les sécrétions hormonales à l'aide d'une dose de dilution 15CH par semaine jusqu'à amélioration des symptômes. (116,118,119)

Pour les souches suivantes, à choisir en fonction des modalités des bouffées de chaleur, on conseille une posologie de cinq granules de dilution 5 CH à la demande, dès les premiers symptômes de la bouffée de chaleur ou encore cinq granules de dilution 9CH matin et soir.

9.4.3.1.3 Lachesis mutus

Lorsqu'une importante modification de l'humeur sera décelable à l'approche des bouffées de chaleur et que l'on pourra observer une alternance de dépression puis d'excitation, cette souche sera la plus adaptée. On observe une angoisse, des palpitations, une sensation d'oppression ainsi qu'une thermophobie. (116,118,119)

9.4.3.1.4 Belladonna

On utilisera cette souche lors de bouffées de chaleur à début et fin brusques entraînant une congestion céphalique. On observe une sensation importante de chaleur, et des sueurs. (116,118,119)

9.4.3.1.5 Glonoinum

Cette souche sera à conseiller en cas de bouffées de chaleur entraînant d'importantes sueurs, d'importantes palpitations ainsi que des céphalées. (116,118,119)

9.4.3.1.6 Sepia officinalis

On conseille cette souche dans le cadre de bouffées de chaleur suivies d'une importante sensation de faiblesse, d'une importante fatigue, particulièrement le matin ou lorsqu'il fait très froid. (116,118,119)

9.4.3.1.7 Sanguinaria canadensis

On conseillera cette souche en cas de bouffées de chaleur localisées au niveau de la face, entraînant une rougeur au niveau des joues et des oreilles mais sans présence de sueurs. On observe une chaleur au niveau des extrémités : mains, pieds, oreilles... (116,118,119)

9.4.3.1.8 Amylium nitrosum

Dans les cas où une sensation de froid envahit la femme ménopausée après la bouffée de chaleur, c'est vers cette souche qu'il faudra se tourner. (116,118,119)

9.4.3.1.9 Sulfur

Cette souche est utilisée en cas de bouffées de chaleur nocturnes accompagnées d'importantes sueurs ainsi qu'une importante thermophobie. (116,118,119)

9.4.3.1.10 Pilocarpus jaborandi

Cette souche est adaptée en cas de bouffées de chaleur avec terrain anxieux, amenant à de fortes sueurs et à une forte hypersalivation nocturne. (116,118,119)

9.4.3.1.11 Asteria rubens

On utilisera cette souche en cas de bouffées de chaleur accompagnées d'une sensation de tension mammaire. (116,118,119)

9.4.3.1.12 Nux vomica

Cette souche sera celle de choix dans le cadre de bouffées de chaleur aggravées après un repas. (116,118,119)

9.4.3.1.13 Acthéane® (Boiron)

Acthéane est un médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans les bouffées de chaleur et les troubles fonctionnels de la ménopause. Ce médicament est

composé de cinq souches : *Actaea racemosa* 4 CH, *Arnica montana* 4 CH, *Glonoinum* 4 CH, *Lachesis mutus* 5 CH et *Sanguinaria canadensis* 4 CH.

La posologie recommandée pour ce traitement est d'un comprimé à sucer deux à quatre fois par jour, à distance des repas, en fonction de l'intensité des symptômes. La posologie sera ensuite à adapter au fil du temps en fonction de l'évolution des symptômes. Des prises pendant la nuit sont également possibles, selon les besoins. (116,117,120)

9.4.3.1.14 Lachesis complexe n°122® (Lehning)

Ce médicament homéopathique est traditionnellement utilisé dans les troubles fonctionnels de la ménopause.

Il est composé de plusieurs souches que sont *Lachesis mutus* 10 DH, *Kalium carbonicum* 6 DH, *Bryonia* 4 DH, *Cactus grandiflorus* 3 DH et *Gonoinum* 8 DH.

La posologie recommandée est de vingt gouttes, trois fois par jour. (116,120,122)

9.4.3.2 Homéopathie et sommeil

Les souches citées ici vont tenter de diminuer l'impact des bouffées de chaleur sur le sommeil de la patiente souffrant de ce type de troubles particulièrement invalidants la nuit et entraînant une véritable situation d'inconfort pouvant persister à la suite de la bouffée notamment en présence de sueurs pouvant nécessiter un changement du linge de lit.

9.4.3.2.1 Lachesis mutus

On conseillera ici cinq granules trois fois par jour de dilution 9CH pour soulager des bouffées de chaleur à prédominance nocturne avec présence de palpitations, d'hypersudation et d'angoisse. (116,118,119,123)

9.4.2.2.2 Actaea racemosa

Cette souche en dilution 9CH sera adaptée dans le cadre d'une anxiété importante et de troubles de l'humeur provoquant une insomnie. La posologie adaptée sera de cinq granules trois fois par jour. (116,118,119,123)

Il est également possible que la femme ménopausée présente des troubles du sommeil non liés à la survenue de bouffées de chaleur, la prise en charge homéopathique dépendra alors du contexte de survenue des troubles du sommeil.

Il est tout d'abord important de différencier les difficultés d'endormissement et les réveils nocturnes. Néanmoins, dans les deux cas, on conseillera une posologie de cinq granules de dilution 15CH au moment du coucher, avec possibilité de renouveler la prise si besoin dans la nuit, en cas de réveil.

En cas de difficultés d'endormissement, diverses souches sont à conseiller :

9.4.3.2.3 Ambra grisea

Cette souche traite un sommeil qui disparaît au moment du coucher chez une personne qui a appris une mauvaise nouvelle ou se fait du souci. (119,123)

9.4.3.2.4 Coffea cruda

Cette souche traite les difficultés d'endormissement dues à des émotions joyeuses ou une hyperexcitation vis-à-vis de la survenue d'un événement à venir (119,123)

9.4.3.2.5 Gelsemium sempervirens

Cette souche agit en cas d'insomnie due à un stress d'anticipation et étant aggravée par la peur d'être fatigué et inefficace le lendemain, au réveil. (119,123)

9.4.3.2.6 Ignatia amara

On agira ici sur des difficultés d'endormissement dues à une suite d'émotions, de chamboulements émotionnels. (119,123)

9.4.3.2.7 Kalium phosphoricum et Phosphoricum acidum

Ces deux souches agiront en cas de surmenage intellectuel venant perturber le sommeil. (119,123)

9.4.3.2.8 Arnica montana

Cette solution sera utile dans le cadre d'une excitation amenée par la pratique de sport le soir. (119,123)

9.4.3.2.9 Zincum metallicum

Cette souche agira sur les difficultés d'endormissement aggravées par les phénomènes de jambes lourdes, de jambes sans repos. (119,123)

9.4.3.2.10 Valeriana officinalis

Cette solution sera adaptée aux situations d'anxiété se traduisant par des spasmes et des palpitations. (119,123)

9.4.3.2.11 Pulsatilla

Cette souche sera adaptée chez les patients cherchant sans cesse à retarder le moment du coucher. (119,123)

9.4.3.2.12 Phosphorus

On traitera grâce à cette souche les personnes présentant une anxiété particulière le soir, à l'approche du moment du coucher. (119,123)

En cas de réveils nocturnes, on conseillera plutôt les solutions suivantes :

9.4.3.2.13 Stramonium

Cette souche intervient dans le cadre de situations de terreurs nocturnes, de cauchemars ou encore d'hallucinations. (119,123)

9.4.3.2.14 Hyoscyamus niger

Cette souche est intéressante dans le cadre de réveil en sursaut, voire chez des patients qui crient en dormant. (119,123)

9.4.3.2.15 Arsenicum album

Cette souche intervient dans les situations d'angoisses profondes, pouvant aller jusqu'à une peur de la mort, et pour des réveils se produisant aux alentours d'une heure du matin. (119,123)

9.4.3.2.16 Nux vomica

On agit ici sur des réveils se produisant aux alentours de 3-4h du matin, souvent dus à des excès alimentaires ou à des abus d'excitants comme le café et chez des patients coléreux, hyperactifs voire surmenés. (119,123)

Exemples de solutions disponibles à l'officine :

Passiflora composé®, Laboratoires Boiron

Ce complexe regroupe plusieurs des souches citées précédemment telles que Coffea cruda, Ignatia amara ou Phosphoricum acidum peut donc s'avérer intéressante chez une patiente ne sachant pas vraiment décrire l'origine de ses troubles du sommeil.

Sédatif PC®, Laboratoires Boiron (117)

Cette spécialité homéopathique à base de diverses souches telles que Valeriana officinalis, Belladonna et Calendula officinalis est traditionnellement utilisée pour traiter les troubles mineurs de l'anxiété et du sommeil. L'objectif étant de réduire le stress la journée pour favoriser un meilleur sommeil la nuit. La posologie recommandée est de deux comprimés trois fois par jour. (121)

L72®, Laboratoires Lehning (118)

A base de 10 souches homéopathiques telles qu'Ignatia amara, Hyoscyamus niger ou Nux vomica, ce médicament est traditionnellement utilisé dans les troubles mineurs du sommeil liés à la nervosité et aux états anxieux. La posologie recommandée est de 30 gouttes avant le dîner et 60 gouttes au coucher, sur une durée de deux semaines. Pour la forme comprimée, la posologie est de deux comprimés à midi, deux comprimés au dîner et deux comprimés avant le coucher. (122)

9.4.3.3 Homéopathie et santé psychique

Pour les souches suivantes et dans ce contexte, on conseillera une posologie de 5 granules de dilution 15 CH 3 fois par jour. Le choix de la souche se fera en fonction des troubles propres à la patiente. (119,123)

9.4.3.3.1 Gelsemium

Cette souche entre en jeu dans le cadre de trac d'anticipation, c'est-à-dire chez les femmes se faisant du souci par avance pour des événements à venir. (119,123)

9.4.3.3.2 Lachesis mutus

Cette souche sera à conseiller chez une patiente présentant une humeur changeante, avec prédominance d'épisodes à humeur dépressive. (119,123)

9.4.3.3.3 Ignatia amara

Cette souche est intéressante dans le cadre de changements d'humeur rapides et fréquents. (119,123)

9.4.3.3.4 Sepia officinalis

On conseillera cette souche dans le cadre d'une humeur dépressive, avec perte de confiance, repli sur soi et pessimisme. (119,123)

9.4.3.3.5 Actaea racemosa

Comme vu précédemment, cette souche est adaptée dans le cadre de troubles de l'humeur amenant d'importantes insomnies ainsi que des céphalées. (119,123)

9.4.3.3.6 Phosphoricum acidum

On utilise cette souche notamment dans le cadre de surmenage intellectuel ou physique. (119,123)

9.4.3.3.7 Staphysagria

Cette souche présente un intérêt particulier chez les personnes présentant un repli sur elles-mêmes, une susceptibilité accentuée et une recherche de solitude. (119,123)

9.4.3.3.8 Arsenicum album

Devant une anxiété et état de faiblesse général, notamment possible en période de ménopause à cause des nombreux bouleversements hormonaux et modifications métaboliques qui en découlent, cette souche est particulièrement intéressante. (119,123)

9.4.3.4 Homéopathie et syndrome génito-urinaire

Les souches suivantes apportent toutes un intérêt dans la sensation d'inconfort pouvant être ressentie ou dans les troubles de la libido.

9.4.3.4.1 Folliculinum

Ici encore cette souche présente l'intérêt de stimuler la sécrétion hormonale dont le déficit est à l'origine des troubles. On conseille ici cinq granules de dilution 5CH par jour jusqu'à amélioration des symptômes. (116,118,119)

9.4.3.4.2 Calcarea fluorica

On cherche avec cette souche à agir de façon globale au niveau du tissu conjonctif afin de contrer un phénomène de peau sèche, voire fissurée à l'aide d'une dose 15 CH par semaine.

Pour les souches visant à atténuer les symptômes à l'origine de nombreux désagréments intimes, on conseille une dilution allant de 5 à 9 CH, à une posologie de cinq granules une à deux fois par jour. (116,118,119)

9.4.3.4.3 Causticum

Cette souche est adaptée en cas de sensation de plaie à vif, d'écorchure, et d'important prurit. Autant de symptômes améliorés par la chaleur mais aggravés en position assise. Cette

souche présente également un important intérêt dans les situations d'inconfort urinaire telles qu'une incontinence, une dysurie ou encore pollakiurie. (116,118,119)

9.4.3.4.4 Sepia officinalis

Cette souche présente son intérêt en cas de sécheresse vaginale ou encore en cas de troubles de la libido. (116,118,119)

9.4.3.4.5 Lycopodium clavatum

Cette souche présente son intérêt en cas de sensations de brûlures et de sécheresse au niveau vaginal. (116,118,119)

9.4.3.4.6 Alumina

On utilise cette souche dans un contexte de vulve irritée, asséchée, craquelée et avec une sensation importante de prurit. (116,118,119)

9.4.3.4.7 Fluoricum acidum

Cette souche présente un intérêt dans les contextes de fissures avec sensation de prurit, le tout étant aggravé par la chaleur mais amélioré par des applications de froid. (116,118,119)

9.4.3.4.8 Radium bromatum

On cible avec cette souche des situations d'épaississement cutané au niveau vulvaire provoquant un important prurit soulagé par le grattage. (116,118,119)

9.4.3.5 Homéopathie et ostéoporose

Le but du traitement peut ici aussi bien être préventif que curatif et va agir sur la minéralisation de l'organisme et la solidité au niveau des articulations. (6,119)

9.4.3.5.1 Calcareo fluorica / calcarea phosphorica / calcarea carbonica

Ces trois souches, qui semblent le mieux convenir à la patiente, viendra, à raison d'une dose de dilution 15CH par semaine de celle, combler certaines carences potentiellement présentes dans ses tissu osseux. Ces trois souches sont regroupées dans le Calcareo composé® qui permet d'allier les propriétés de ces trois souches. (6,119)

9.4.3.5.2 Parathyroïdinum

Il s'agit ici d'une dilution d'hormone. Cependant, nous avons ici, contrairement aux situations vues précédemment, une haute dilution est utilisée puisque nous cherchons à freiner la sécrétion de parathormone responsable du remodelage osseux. On recommandera une dose de dilution 30 CH par semaine. (6,119)

9.4.3.5.3 Foliculinum

Une posologie de cinq granules de dilution 5 CH par jour permettra de stimuler les sécrétions oestrogéniques dont le déficit est à l'origine des troubles. On l'associera à une dose par mois de dilution 30 CH de FSH. (6,119)

9.4.3.5.4 Silicea

Une dose à la dilution de 30 CH tous les mois présentera un intérêt dans le cadre d'une fragilité osseuse. (6,119)

9.4.3.5.5 Symphytum

L'utilisation de cette souche à faible dilution, à raison de cinq granules par jour, vise à consolider les fractures ou à combler un retard de cicatrisation de celles-ci. Elle sera utile dans le cadre d'antécédents de fractures. (6,119)

9.4.3.5.6 Cartilago

Cette souche, à faible dilution (4CH) et à raison de cinq granules par jour, permettra de combler une carence éventuelle en calcium. (6,119)

9.4.3.5.7 Natrum muriaticum

Cette souche présente également un intérêt à raison d'une dose de dilution 9CH par semaine dans la prévention de l'ostéoporose. (6,119)

9.4.3.5.8 Ostéocynesine® (Boiron)

Ce médicament homéopathique est traditionnellement utilisé dans les troubles de la croissance, les suites de fractures et les troubles de métabolisme du calcium. Il comprend diverses souches que sont *Calcarea carbonica ostreorum* 3 DH, *Calcarea fluorica* 3 DH, *Calcarea phosphorica* 3 DH et *Sulfur iodatum* 4 CH.

La posologie recommandée est de deux comprimés orodispersibles par jour, administrés par voie sublinguale. (6,119,124)

9.4.3.5.9 R XORUBIA® (Lehning)

Ce médicament homéopathique est traditionnellement utilisé dans les troubles de la croissance et de la minéralisation.

Il comprend les souches suivantes : *Calcarea carbonica ostreorum* 2 DH, *Calcarea iodata* 4 DH, *Calcarea phosphorica* 2 DH, *Ferrum phosphoricum* 2 DH, *Juglans regia* 4 DH, *Magnesia phosphorica* 2 DH, *Natrum phosphoricum* 2 DH, *Natrum sulfuricum* 3 DH, *Rubia tinctoria* 3 DH, *Silicea* 3 DH.

La posologie recommandée est de deux cuillères mesures de 4 g chacune, trois fois par jour. Il est possible de dissoudre les granulés dans de l'eau mais également de les croquer. (6,119,125)

9.5 MÉNopause ET PRÉBIOTIQUES/PROBIOTIQUES

9.5.1 DÉFINITION ET RÉGLEMENTATION

Selon l'OMS, les probiotiques sont définis comme « *des micro-organismes vivants, qui lorsqu'ils sont ingérés en quantité suffisante, exercent des effets positifs sur la santé* ».

Les probiotiques peuvent donc se définir comme des micro-organismes vivants, capables, lorsqu'ils sont ingérés en quantité suffisante, d'optimiser la composition de notre flore (ou microbiote) et ainsi de favoriser un bon fonctionnement de notre organisme. Ces micro-organismes peuvent être des bactéries mais aussi des levures. Ces composés sont naturellement présents dans notre alimentation, notamment dans les produits laitiers tels que les yaourts ou encore le fromage. Cependant, aujourd'hui, de nombreux compléments alimentaires offrent la possibilité de compléter cet apport alimentaire lorsque cela s'avère nécessaire.

Les prébiotiques quant à eux, se définissent comme les molécules nécessaires au développement des bactéries de notre microbiote et contribuent ainsi également à une bonne santé de cette flore. Là encore, bien que ces prébiotiques soient naturellement présents dans notre alimentation, notamment au sein des fruits et légumes, il reste possible d'optimiser leur apport à l'aide de compléments alimentaires. Dans le cadre d'un déséquilibre de flore, prébiotiques et probiotiques vont donc agir ensemble afin de favoriser la prolifération des bactéries bénéfiques et ainsi de freiner celle des bactéries néfastes.

A ce jour, l'intérêt d'un microbiote de bonne qualité a été clairement démontré dans le bon fonctionnement non seulement du système digestif, mais également dans celui des systèmes neurologiques, immunitaires ou encore dans le fonctionnement du métabolisme général de l'organisme.

D'un point de vue réglementaire, les probiotiques répondent au statut de complément alimentaire et leur réglementation découle donc de ce statut avec là aussi, une nécessité de procédure d'enregistrement.

Dans certaines situations, on observe un statut de dispositif médical avec la nécessité de présenter un marquage européen CE.

Il est important d'être conscient du fait que tous les probiotiques qui inondent désormais le marché ne sont pas tous égaux et qu'il faut toujours se diriger vers une qualité pharmaceutique.

Enfin, certains gestes simples, mais primordiaux permettent d'optimiser l'efficacité des probiotiques et surtout d'éviter leur inefficacité. (126,127,128)

- Veiller à prendre les probiotiques destinés à la voie orale à jeun, 30 minutes avant un repas ou 2 heures après afin de limiter leur temps de passage au niveau de l'estomac. Sans cela, le pH très acide au niveau gastrique pourrait les endommager et ainsi compromettre leur arrivée au niveau intestinal, là où se situe leur action.
- Ne pas consommer les probiotiques avec un aliment chaud car les bactéries et levures sont vivantes et donc sensibles à la chaleur.
- Ne pas placer les gélules de probiotiques dans un pilulier, hors de leur blister étanche, car les bactéries et levures, en plus d'être sensibles aux variations de température, sont également sensibles à l'humidité.
- Maintenir l'observance pendant une durée de traitement efficace. Cette durée peut parfois atteindre plusieurs mois, voire plusieurs années, afin de permettre un rééquilibrage mais surtout une stabilisation de la flore.

9.5.2 PROBIOTIQUES ET MÉNOPAUSE

La ménopause, via sa chute du taux d'œstrogènes, apporte, comme nous avons pu le voir, divers désagréments, plus ou moins marqués et plus ou moins gênants chez chaque femme. Il semblerait que certains de ces symptômes soient attribuables à un déséquilibre de flore induit par cette baisse de l'imprégnation oestrogénique.

Pour tenter de pallier ces déséquilibres de flore, il apparaît donc comme utile, dans le cadre d'une situation de ménopause, d'agir au niveau de deux flores : la flore vaginale et la flore intestinale. (128)

9.5.2.1 Flore vaginale

En effet, chez la femme non ménopausée, le microbiote vaginal est à 95 % composé d'une souche de bactéries ayant un effet protecteur vis-à-vis des agressions que peut subir le vagin : les lactobacilles. Cet effet protecteur est en partie lié à une diminution du pH amenée par la production d'acide lactique par ces bactéries.

A la ménopause, bien que cela ne soit pas systématique, il est fréquent d'observer une diminution de 10 à 100 fois du taux de lactobacilles, et donc d'observer diverses situations d'inconfort telles que des douleurs ou encore une sécheresse vaginale. De plus, une augmentation du pH expose la femme à une augmentation de la susceptibilité aux infections bactériennes. Il a été prouvé que les femmes chez qui une proportion importante de lactobacilles était maintenue souffraient moins de ce type de troubles.

L'intérêt des probiotiques sera donc de réensemencer la flore en lactobacilles afin de maintenir ce rôle de protection. L'administration est possible aussi bien par voie vaginale que par voie orale. La voie orale permettra de rétablir une flore de bonne qualité aussi bien au niveau intestinal qu'au niveau vaginal. Le traitement devra être débuté avant la ménopause et poursuivi, en fonction des besoins, de plusieurs mois à plusieurs années. (128)

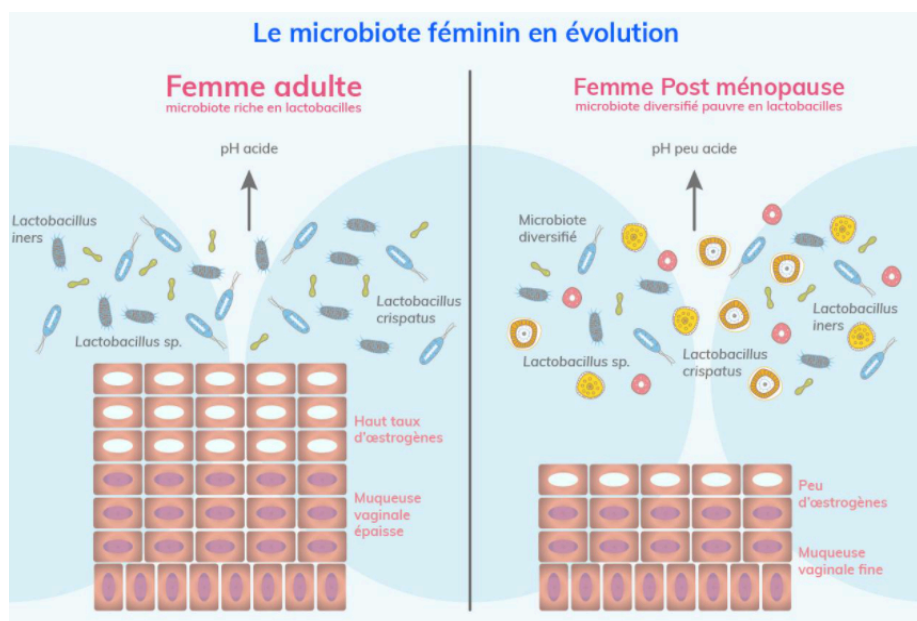


Figure 24 : Modification de la flore vaginale à la ménopause (128)

9.5.2.2 Flore intestinale

Le microbiote intestinal peut également se voir affecter en cas de ménopause. Il est fréquent d'observer une diminution de la perméabilité intestinale et donc un phénomène d'ostéoporose ou encore de troubles métaboliques. Cette perméabilité intestinale, en plus d'être due à une baisse du taux d'œstrogènes, peut également être due au stress, à une prise médicamenteuse, à certaines particules alimentaires ou encore à certains agents pathogènes. Après correction de la perméabilité intestinale si nécessaire, il pourra donc être intéressant dans ce cas-là de consommer aussi bien des prébiotiques que des probiotiques afin de rendre plus efficace et plus durable l'imprégnation en bactéries apportées par la cure de probiotiques. Là encore, il est recommandé de démarrer la supplémentation avant la ménopause afin de limiter mais surtout de retarder au maximum l'apparition de l'ostéoporose. Il est conseillé d'en parler à son gynécologue ou à son pharmacien aux alentours de 45 ans afin de prendre ensemble une décision quant à la nécessité de cette thérapeutique et de décider des modalités du traitement si besoin.

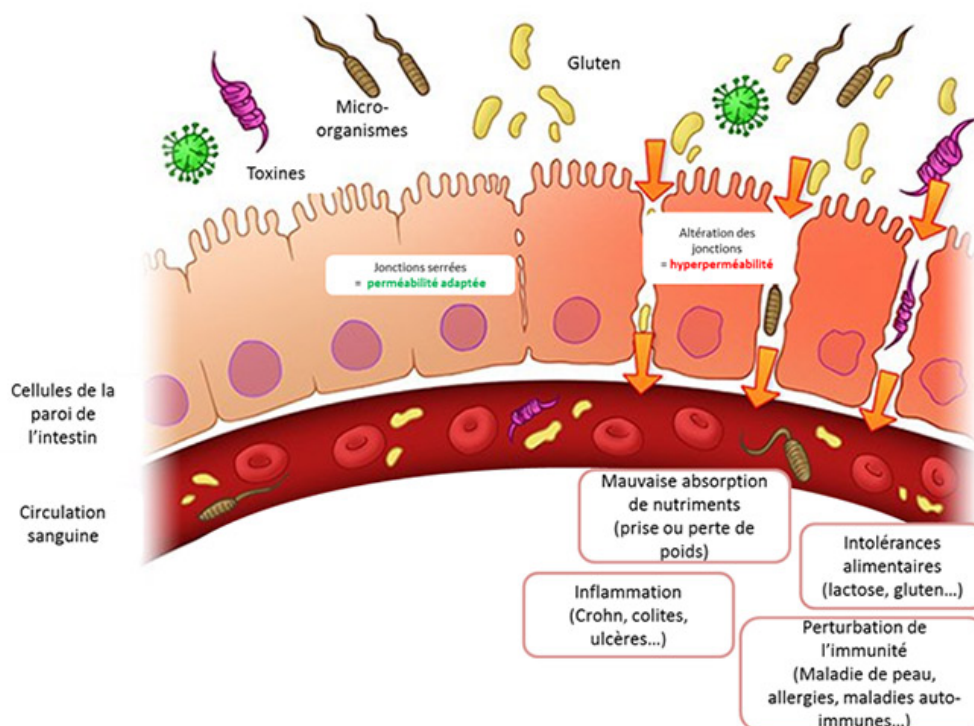


Figure 25 : Illustration du phénomène de perméabilité intestinale, de ses causes et de ses conséquences (127)

9.5.3 EXEMPLES DE SOLUTIONS DISPONIBLES À L'OFFICINE

9.5.3.1 Ergyphilus intima®, Laboratoire Nutergia

Ce complément alimentaire est constitué de 6 souches de lactobacilles et de vitamine B2 qui contribue au maintien des muqueuses saines. Il est indiqué en cas de situations de déséquilibre de la flore intestinale et vaginale. L'administration se fait par voie orale à raison de deux à quatre gélules par jour. (129)

9.4.3.2 Symbiosys intimalia®, Laboratoire Biocodex

Ce complément alimentaire est composé par de diverses souches de lactobacilles et de biotine qui contribue au bon fonctionnement des muqueuses. Il permet donc de rétablir la teneur en lactobacilles aussi bien au niveau intestinal que vaginal et ainsi à diminuer les troubles liés aux dysbioses de la ménopause. L'administration, par voie orale, se fait à raison d'une gélule par jour pendant 30 jours. (130)

9.5.3.3 Perméaline®, Laboratoire Pileje

Ce complément alimentaire permet de pallier les situations de baisse de la perméabilité intestinale qui apportent un risque de pénétration d'agents pathogènes au niveau intestinal. Il est composé de L-glutamine qui contribue au bon fonctionnement des jonctions serrées. Il contient également de la vitamine A qui contribue au maintien de muqueuses en bonne santé et du zinc qui favorise le bon fonctionnement du système immunitaire. L'administration se fait par voie orale, après dissolution d'un stick par jour dans un verre d'eau, pendant 20 jours. (131)

9.5.3.4 Gynééquilibre®, Laboratoire Aragan

Ce complément alimentaire contient plusieurs souches de lactobacilles afin de restaurer une flore intestinale et vaginale optimale.

Il contient également de l'acide hyaluronique ainsi que de l'huile de bourrache permettant d'améliorer le confort intime de la femme. Le traitement se fait en deux phases : une phase d'attaque ou deux gélules par jour sont nécessaires pendant 5 jours puis seulement une gélule par jour jusqu'à obtenir le résultat souhaité. Le traitement d'entretien consistera en la prise d'une gélule par jour pendant 15 jours par mois. (132)

9.5.3.5 Feminabiane® flore vaginale, Laboratoire Pileje

Ce dispositif médical à base de lactobacilles vient rétablir la teneur en lactobacilles au niveau vaginal et participe donc au retour d'un pH acide optimal permettant d'éviter les situations d'infections vaginales et les situations d'inconfort. L'administration de ces comprimés vaginaux se fait par voie vaginale à l'aide d'un applicateur, à raison d'un comprimé, un jour sur deux, pendant 14 jours. (133)

9.5.3.6 Physioflor® flore vaginale, Laboratoire Iprad

Ce dispositif médical contient une importante quantité de souches de lactobacilles et vise à rééquilibrer la flore vaginale et à éliminer les désagréments intimes tels que les irritations, ou les démangeaisons. Sa libération prolongée permet également une stabilisation de la flore ainsi que d'un pH acide optimal. Ces ovules sont à administrer par voie intra vaginale profonde, en dehors des règles, chaque soir au coucher, pendant 7 jours. (134)

9.5.3.7 Manhaé intima équilibre®, Laboratoire Vitavea

A base de lactobacilles (contenus dans la gélule), zinc, vitamines B et huile de bourrache (contenus dans la capsule) ce complément alimentaire utilisable par voie orale à raison d'une gélule et d'une capsule par jour permet de restaurer une flore vaginale optimale, au bon PH et permet également une hydratation des muqueuses afin de favoriser le confort intime. (135)

9.6 CAS PARTICULIER DE L'ABUFÈNE®

Abufène® est un médicament à prescription médicale facultative contenant de la béta-alanine et constitue donc une spécialité indiquée dans la prise en charge des bouffées de chaleur en période de ménopause. La posologie recommandée pour ce médicament est d'un ou deux comprimés par jour, avec possibilité de passer à trois comprimés en cas de crise, sur des périodes de cinq à dix jours, renouvelables. (136)

10 RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES ET GESTES SIMPLES VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DE LA FEMME MÉNOPAUSÉE

Pour rendre le quotidien plus agréable en période de ménopause, certains gestes simples et certaines habitudes de vie sont bonnes à prendre.

En ce qui concerne les bouffées de chaleur, il est recommandé de superposer les couches de vêtements afin de pouvoir adapter facilement le niveau de couverture du corps en fonction des besoins. Il s'agira par exemple de mettre un tee-shirt sous un gilet plutôt qu'un pull afin de pouvoir enlever le gilet rapidement en cas de crise. Il est également recommandé de baisser la température de l'habitat, particulièrement dans la chambre afin d'éviter les sueurs nocturnes. Le fait de fumer ou de consommer de l'alcool, du café, ou des aliments épicés favorise la survenue des bouffées, il convient donc de limiter ces comportements. Pratiquer une activité physique régulière est particulièrement conseillé. Tout comme le fait de pratiquer des activités de détente type yoga, méditation ou sophrologie.

Le yoga recommandé dans cette situation se nomme yoga hormonal. Il a été conçu en 1991 par Dinah Rodrigues, une yogathérapeute brésilienne. Cette pratique repose sur une série d'exercices qui permettrait d'activer la production d'hormones féminines. Ces exercices reposent sur des postures qui auraient une action sur les glandes telles que l'hypophyse, les surrénales ou les ovaires. Il est recommandé de pratiquer à hauteur de trois fois par semaine, pendant 30 minutes en enchaînant sept fois la série de 14 exercices. Cependant, en raison de la stimulation hormonale qu'elle entraînerait, cette pratique est contre-indiquée chez les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers hormono-dépendants.

Au moment même de la crise, il est recommandé de boire de l'eau fraîche, de placer les avant-bras sous l'eau froide et de se dévêtir dans la mesure du possible.

En ce qui concerne les sueurs nocturnes, il est utile de placer une serviette éponge sur le drap afin d'absorber la sueur et de ne pas ressentir de gêne liée à l'humidité. Il convient également de porter un pyjama léger.

Concernant le syndrome génito-urinaire, des dispositifs médicaux existent pour améliorer le confort de la femme. Il s'agit de gels, crèmes ou ovules à appliquer à l'intérieur du vagin ou au niveau de la vulve. Ces spécialités possèdent toutes des compositions non hormonales semblables à base d'acide hyaluronique, de glycérine et de carbomères. Ces composés qui agissent en synergie dans le but d'hydrater la muqueuse vaginale et ainsi de diminuer les sensations d'inconfort : démangeaisons, brûlures, tiraillements, irritations, dyspareunie. De plus, les compositions de ces spécialités les rendent tous compatibles avec l'utilisation de préservatifs.

- Monasens[®], Laboratoire Teva (137)
- Saforelle[®] Lubrifiant inconfort sexuel, Laboratoire Iprad (138)
- Saforelle[®] crème apaisante intime, Laboratoire Iprad (139)
- Hydralin[®] gel lubrifiant, Laboratoire Bayer (140)
- Mucogyne[®] gel intime, Laboratoire Iprad (141)
- Mucogyne[®] ovules intimes, Laboratoire Iprad (142)
- Taïdo[®] gel intime, Laboratoire Élerté (143)
- Replens[®] gel vaginal, Laboratoire Fumouze (existe en format unidoses) (144)
- Ménophytéa[®] gel hydratation intime, Laboratoire Nutreov (145)
- Séréllys[®] gel vaginal, Laboratoire Séréllys pharma (146)
- Sensilube[®], Laboratoire Durex (existe en format unidoses) (147)

Pour maintenir une hydratation optimale au niveau génital, il est également important d'adapter l'hygiène intime de la femme ménopausée et de choisir des produits adaptés, spécifiques des situations de sécheresse intime. Là encore, les solutions disponibles à l'officine ne manquent pas :

- Hydralin® sécheresse, Laboratoire Bayer

Enrichi en camélia hydratant. (148)

- Saforelle® soin lavant ultra hydratant

Enrichi en bardane et aloe vera hydratants. (149)

Vis-à-vis des troubles du sommeil, il convient de se placer dans des conditions optimales quelques heures avant le coucher. Il est déconseillé de pratiquer du sport le soir, la température de la chambre doit se trouver aux alentours de 19°C, il convient de délaisser les écrans une heure avant le coucher au profit d'un livre et la tendance doit être à la relaxation via par exemple une lumière tamisée, une tisane, une musique d'ambiance ou une bande son de méditation.

Pour prendre soin de sa peau, on recommande d'humidifier l'air de l'habitat, de toujours appliquer une crème hydratante sous le maquillage, de toujours se démaquiller soigneusement et de se laver le visage à l'aide d'un produit sans savon, non asséchant. L'application de masques hydratants une à deux fois par semaine est également recommandée.

Pour prévenir le risque de fractures, il faut veiller à aménager correctement l'habitat (pas de tapis glissants, passages dégagés) et il convient de privilégier des chaussures stables. Avant tout exercice physique, un échauffement consciencieux des articulations est primordial.

En complément de toutes ces mesures, et dans l'intérêt global d'un bon état de santé, il faut avoir en tête qu'une complémentation alimentaire ne remplacera jamais une alimentation variée et équilibrée qui apportera les nutriments les mieux assimilés par l'organisme et contribuera au maintien de l'énergie et à l'éviction des phénomènes de prises de poids favorisés en situation de ménopause.

Enfin, le point primordial sur lequel la femme ménopausée doit rester vigilante est avant tout la communication. En effet, qu'il s'agisse de son(sa) conjoint(e), de ses ami(e)s, de sa famille ou de ses professionnels de santé, la femme ménopausée doit rester entourée et ne pas hésiter à confier ses souffrances, ses questions et ses doutes afin de préserver sa santé mentale. En effet, il convient aujourd'hui que chaque femmes prenne conscience qu'aucune situation d'inconfort hormonal ne doit apparaître comme une fatalité et qu'il ne faut surtout pas considérer une situation de détresse liée à la ménopause comme normale mais plutôt comme une situation pathologique qui peut et doit être prise en charge. C'est cette démarche vers une situation de bien être à chaque étape de la vie d'une femme qui permettra de briser le « tabou » de la ménopause, « tabou » qui n'a pas lieu d'être puisqu'une femme ménopausée reste une femme avant tout.

11 CRÉATION D'UN ENTRETIEN D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ DE LA FEMME MÉNOPAUSÉE A L'OFFICINE

Après avoir vu l'ensemble des troubles attribuables à la ménopause et la multiplicité de solutions disponibles pour les prendre en charge, je souhaitais mettre au point un entretien individuel afin d'avoir une idée précise des désagréments auxquels doit faire face la patiente.

Au début de mes recherches, j'ai pu voir qu'il existait déjà des outils validés au niveau international tels que l'échelle MRS (Ménopause Rating Scale), qui mesure l'impact sur la qualité de vie de divers symptômes climatériques ou encore l'échelle climatérique de Greene, qui est une version plus complète que le MRS et qui inclut des questions à propos des symptômes psychologiques, psychiques et vasomoteurs. Ces outils permettent de dresser un état des lieux en début de prise en charge mais également d'assurer un suivi des thérapeutiques mises en place. (150,151)

QUESTIONNAIRE MENOPAUSE

(Version français de Menopause Rating Scale MRS)

Date :

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants ? Pour chacun des symptômes, veuillez cocher la case correspondante :

- Pas du tout = 1
- Légèrement = 2
- Moyennement = 3
- Fortement = 4
- Très fortement = 5

	Symptômes / Echelle	1	2	3	4	5
1	Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)					
2	Gêne au niveau du cœur (Battements de cœur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)					
3	Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)					
4	Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)					
5	Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)					
6	Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)					
7	Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)					
8	Problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)					
9	Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)					
10	Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)					
11	Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)					

Figure 26 : Version française du questionnaire MRS (150)

En effet, grâce à ces outils, nous prenons en compte le fait qu'en fonction de la personne, les symptômes ressentis, leur nombre mais également leur intensité, peuvent être différents.

Cependant, selon moi, l'impact sur la qualité de vie, n'est pas la seule valeur à prendre en compte afin de proposer une solution adaptée à la patiente. En effet, les convictions propres à la patiente ainsi que son historique médical et ses expériences personnelles peuvent également influencer la prise en charge.

L'entretien que j'ai créé est composé de plusieurs parties. Tout d'abord, lors de l'entretien initial, il me semblait important de présenter mes motivations à la patiente et de lui expliquer quels étaient les objectifs de l'entretien. De plus, des données classiques sont essentielles au déroulé de l'entretien telles que la date de naissance de la patiente afin de déterminer son âge ou encore la date de début de ses symptômes de la ménopause. Il est également important de se renseigner vis-à-vis des allergies potentielles de la patiente, de ses

antécédants médicaux, personnels ou familiaux, notamment à l'égard de cancers hormonodépendants. Les pathologies chroniques de la patiente seront également recensées en début d'entretien. Lors de la prise de rendez-vous, il sera demandé à la patiente d'apporter ses ordonnances afin d'analyser son traitement médical.

Une fois ces formalités accomplies, il me semblait important de demander à la patiente si des solutions avaient déjà été essayées, les résultats qui avaient pu en découler et ses impressions personnelles vis-à-vis de ces traitements et/ou mesures.

Enfin, un temps est dédié aux questions de la patiente, à ses commentaires éventuels mais également aux attentes particulières qu'elle peut avoir de cet entretien.

Au fil de l'entretien, le pharmacien prend note des informations récoltées auprès de la patiente sur une fiche spécialement dédiée, la « fiche pharmacien » (Annexe I)

Après ce premier outil, un second : la « fiche patiente » (Annexe II), permet à la patiente de définir son niveau de confiance, sur une échelle de 0 à 10 où 0 représente une non-confiance totale et 10 une confiance absolue, vis-à-vis des diverses thérapeutiques pouvant entrer en jeu dans le cadre d'un traitement des symptômes de la ménopause. Sur ce même outil, la patiente est également amenée à cocher les symptômes de la ménopause auxquels elle est exposée mais surtout à estimer, là encore sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie un impact nul et 10 un impact maximal, l'impact des différents symptômes sur sa qualité de vie.

Lors de cette étape, le pharmacien est bien sûr attentif et disponible pour éclairer la patiente en cas d'éventuelles questions.

En fonction des niveaux de confiance attribués aux diverses thérapeutiques, le pharmacien pourra s'il le juge nécessaire, tenter de détailler le principe des différentes thérapeutiques, particulièrement dans le cadre de notes moyennes (5, 6, 7). Selon moi, cette étape n'est pas à mettre en œuvre dans le cas où une patiente attribuerait une note inférieure ou égale à 4 à une thérapeutique. En effet, le principe de cet entretien est d'aller dans la mesure du possible dans le sens de la patiente et de respecter ses opinions, représentations et convictions. Ceci dans le but de favoriser un bon niveau d'observance vis-à-vis des solutions proposées. Au-delà de 8 sur 10, la confiance de la patiente semble gagnée, et son engagement vis-à-vis d'une potentielle solution allant dans ce sens semble favorisée.

Une fois les symptômes, leur impact sur la qualité de vie de la patiente et ses thérapeutiques de choix connues, le travail du pharmacien pourra se baser sur les outils créés pour l'entretien (Annexes III à VIII). Il s'agit de fiches mémo créées pour chaque symptôme et regroupant, pour chaque thérapeutique, les solutions disponibles et des pistes pour savoir laquelle semble a plus adaptée à la patiente. Là encore, la dialogue avec la patiente semble essentiel pour trancher parfois entre deux solutions apriori équivalentes.

Une fois son choix fait, le pharmacien pourra exposer à la patiente les solutions qu'il pense le plus adaptées à sa situation et la patiente pourra alors accepter ou refuser d'expérimenter telle ou telle thérapeutique pour prendre en charge les désagréments liés à sa ménopause. Le pharmacien remplira là encore la « fiche pharmacien » (Annexe I) pour garder une trace des solutions proposées et des raisons de son choix. Il détaillera ensuite quelles solutions ont été acceptées ou refusées par la patiente, sans oublier de détailler les raisons de l'acceptation ou du refus.

Pour conclure l'entretien, il est primordial de fixer avec la patiente une date pour un second entretien dit de réévaluation. Le but de ce second entretien sera de faire le point sur l'efficacité des thérapeutiques et au besoin de modifier, adapter la prise en charge. C'est lors de cette étape qu'il sera important d'avoir une trace des solutions non retenues lors du premier entretien. Cependant, si ces solutions ne semblent plus adaptées sur l'instant, en raison par exemple d'une évolution des symptômes, ou si ces solutions ne semblent toujours pas convenir à la patiente, une utilisation des fiches mémo (Annexes III à VIII) sera à privilégier. Lors de cet entretien de réévaluation, la patiente pourra à tout moment modifier sa « fiche patiente » notamment en cas d'apparition ou de disparition d'un symptôme mais encore en cas d'évolution de ses convictions vis-à-vis d'une ou plusieurs thérapeutiques.

Il se peut aussi qu'une patiente pour qui les solutions semblaient fonctionner à la suite du rendez-vous de réévaluation revienne vers le pharmacien quelques mois ou années après celui-ci car la prise en charge ne lui semble plus adaptée. Le déroulé d'un nouvel entretien initial semble être la solution à mettre en œuvre.

Enfin, en ce qui concerne le traitement hormonal, le seul critère permettant de le proposer à la patiente serait selon moi l'échec d'au moins trois thérapeutiques pour traiter un

symptôme ayant un fort impact sur la qualité de vie de la patiente. L'envoi d'une lettre au médecin traitant l'informant de la situation de la patiente et du parcours réalisé auparavant et me permettant de juger comme favorable le ratio bénéfice/risque d'un traitement hormonal serait alors envisageable afin de faciliter la continuité de la prise en charge de cette patiente.

Afin d'illustrer la mise en place de cet entretien à l'officine, voici maintenant quelques exemples d'entretiens réalisés :

Cas clinique 1

L'entretien présenté ci-après a été réalisé avec Mme I. Cette patiente, potentiellement intéressée par l'entretien a été repérée à la suite de diverses ordonnances et demandes au comptoir visant à soulager des bouffées de chaleur ayant un impact important sur sa qualité de vie.

Les informations recueillies sur la « Fiche pharmacien » sont les suivantes :

Cette patiente est née le 22/04/1967, elle a donc 55 ans. La date de début de symptômes de sa ménopause remonte à 2018, la patiente avait donc 51 ans, âge classique pour une ménopause.

La patiente ne présente aucune allergie et ne prend aucun traitement au long cours. Cependant, la patiente souffre d'une hernie hiatale. Enfin, la patiente me confie avoir un antécédant familial lointain de cancer du sein.

La patiente se présente avec l'ordonnance d'un homéopathe visant à traiter ses bouffées de chaleur. La patiente dit avoir été observante durant plusieurs mois et n'avoir observé absolument aucun effet malgré la confiance qu'elle porte habituellement en l'homéopathie.

La patiente a également suivi un traitement par Abufène® sur les conseils de son médecin traitant, traitement ayant eu de légers effets bénéfiques s'étant essouffés après une courte période.

Concernant les commentaires de la patiente, elle m'informe être totalement opposée au suivi d'un traitement hormonal. En effet, elle est particulièrement craintive vis-à-vis des

effets indésirables potentiels et m'informe que sa maman, âgée de plus de 80 ans aujourd'hui, a suivi ce traitement pendant des années et que les bouffées de chaleur sont réapparues quelques mois après l'arrêt.

Sur la « Fiche patiente », nous pouvons retrouver les informations suivantes :

Mme I souffre de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes (impact à 8 sur 10), de troubles de la libido (impact à 6 sur 10), de troubles anxieux (impact à 5 sur 10) et de variation pondérale (impact à 5 sur 10). Elle ne se sent pas concernée par les autres symptômes et insiste sur le fait que les bouffées de chaleur et les troubles de la libido sont les deux désagréments qui pèsent le plus sur son quotidien.

Après discussion, elle m'informe sur le fait que les bouffées de chaleur surviennent particulièrement après avoir fumé une cigarette, après les repas et le soir quand elle s'allonge dans son lit. Certaines bouffées apparaissent également de façon aléatoire, au fil de la journée. Autrefois, elle souffrait de nombreuses sueurs nocturnes, phénomène s'étant largement atténué depuis quelques mois.

Vis-à-vis de son anxiété, elle précise être de nature anxieuse, mais être surtout gênée par des changements d'humeur intempestifs. Cependant, elle déclare avoir un très bon sommeil. La patiente s'endort très facilement et ne présente pas de réveils nocturnes, elle présente un sommeil très réparateur.

En ce qui concerne sa variation pondérale, la patiente m'informe ne pas spécialement présenter de phénomène de rétention d'eau mais précise que sa morphologie a particulièrement changé au niveau du ventre. Elle m'explique avoir un régime alimentaire équilibré depuis un rééquilibrage alimentaire réalisé en 2019 mais avoir des pulsions sucrées notamment avec le chocolat.

Mme I, sans surprise, indique un niveau de confiance à 2 sur 10 pour le traitement hormonal. Traitement de toute façon contre-indiqué étant donné ses antécédents familiaux. Mme I semble tout-à-fait ouverte à toutes autres thérapeutiques avec des niveaux de confiance 7 ou 8 sur 10 pour celles-ci.

Après discussion, la patiente a déjà suivi des traitements par probiotiques dans le cadre de son hernie hiatale, traitements s'étant avérés très efficaces. Je l'encourage donc à poursuivre dans ce sens mais nous arrivons vite à la conclusion que les symptômes rencontrés dans le cadre de sa ménopause ne sont pas spécialement propices à être traités par des probiotiques.

Nous arrivons également à la même conclusion en ce qui concerne les topiques locaux.

En ce qui concerne l'homéopathie, nous sommes toutes les deux d'accord que suite à l'échec des dernières thérapeutiques essayées et bien menées, l'axe principal de sa prise en charge doit passer par un autre type de thérapeutique. La patiente reste toutefois adepte de cette thérapeutique pour traiter des symptômes plus locaux tels que son mal des transports.

Nous décidons donc d'orienter la prise en charge de la patiente autour de la phytothérapie, et de la micronutrition qui sont souvent liées mais également autour de l'aromathérapie, déjà maîtrisée et pratiquée par la patiente dans d'autres contextes.

Après analyse de la situation propre à la patiente et à l'aide des fiches mémo (Annexes III à VIII), les solutions proposées à la patiente sont donc :

- Feminae 24[®] des laboratoires Fortépharma, complément alimentaire à base de micronutriments et de phytothérapie. Nous souhaitons traiter les bouffées de chaleur ainsi que les sueurs nocturnes par le pollen. La Bacopa (ou hysope d'eau) permettra d'agir sur l'anxiété la vitamines D permettra d'aider à maintenir un bon capital osseux.
- Feminabiane Méno'confort[®] des laboratoires Pileje, afin de prendre en charge ses variations d'humeur et son anxiété à l'aide de l'Actée à grappes et de la Rhodiola.
- Ampoules de chrome, des laboratoires Granions[®] afin de l'aider à contrôler ses pulsions sucrées de chocolat
- Nux vomica 5CH à la demande pour traiter spécifiquement les bouffées de chaleur survenant à la suite des repas.

- Huile essentielle d'Ylang ylang sous forme de massage, par voie cutanée en dilution dans l'huile d'argan déjà quotidiennement utilisée par la patiente et/ou dans un bain, à l'aide d'une base dispersante. Cette huile essentielle a été choisie par la patiente pour son odeur agréable parmi plusieurs pouvant présenter le même intérêt dans la prise en charge des troubles de la libido.

Les solutions sont toutes acceptées par la patiente, à l'exception de Feminabiane Méno'confort[®] car elle souhaite juger de l'effet de la Bacopa seule présente dans Feminae dans un premier temps afin de pouvoir savoir ce qui sera vraiment efficace.

Sur un point de vue plus hygiéno-diététique, la question du tabagisme a également été abordée avec la patiente. Celle-ci m'a informée avoir déjà arrêté de fumer il y a quelques années mais avoir repris au bout de quelques mois en raison du tabagisme de son mari. La patiente est consciente qu'une tentative d'arrêt en couple serait idéale mais son mari n'a pas la volonté d'arrêter de fumer.

De plus, pour stopper les bouffées de chaleur qui surviennent de façon aléatoire durant ses journées de travail, je conseille à la patiente de porter des tenues composées de plusieurs épaisseurs de façon à pouvoir se dévêtir facilement en cas de crise et l'informe également de la possibilité de placer les avant-bras sous l'eau froide pour stopper une bouffée.

Le rendez-vous de réévaluation fixé un mois plus tard révélera de la non-efficacité de Feminae 24[®] sur les bouffées de chaleur de cette patiente. D'une décision commune, nous décidons donc de l'orienter vers un traitement à base de phytothérapie : Ergyflavone[®] des laboratoires Nutergia. La patiente souhaite également compléter la prise en charge par la prise de Feminabiane Méno'confort[®] proposé lors du premier entretien afin de prendre en charge ses sautes d'humeur.

La prise de chrome se révèle jusqu'alors efficace sur ses pulsions sucrées, de même que la prise de Nux vomica avant chaque repas.

La question du tabagisme est de nouveau abordée avec la patiente qui ne semble pas prête à une nouvelle tentative, malgré le fait que la plupart de ses bouffées de chaleur en journée surviennent à la suite de la consommation de cigarettes.

Cas clinique 2

L'entretien présenté ci-après a été réalisé avec Mme V. Cette patiente s'est rendue spontanément à l'officine après avoir entendu parler de cette proposition d'entretien par une connaissance.

Les informations recueillies sur la « Fiche pharmacien » sont les suivantes :

Cette patiente est née le 08/12/1969, elle a donc 52 ans. La date de début de symptômes de sa ménopause remonte à décembre 2021, la patiente avait donc 51 ans, âge classique pour une ménopause.

La patiente évoque une allergie à la pénicilline ainsi qu'une allergie à l'aspirine.

La patiente souffre d'otospongiose et est traitée par acétylleucine et bétahistine sur des périodes plus ou moins longues, en fonction des symptômes. Mis à part ce traitement, la patiente ne prend aucun traitement au long cours. Elle ne présente aucune autre pathologie.

La patiente ne présente aucun antécédent personnel ou familial de cancer hormonodépendant.

Jusqu'à présent, le seul traitement entrepris par la patiente pour lutter contre les symptômes de sa ménopause repose sur la réalisation de tisanes à base de feuilles de sauge.

Sur la « Fiche patiente », nous pouvons retrouver les informations suivantes :

Mme V souffre de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes dont l'impact sur la qualité de vie de la patiente est porté à 8 sur 10. Elle souffre également de troubles de l'humeur qualifiés par une importante irritabilité et des sautes d'humeur. Ce symptôme impacte sa qualité de vie à hauteur de 6 sur 10. Enfin, la patiente décrit une importante variation pondérale : sans aucune modification de ses habitudes alimentaires, qui semblent plutôt équilibrées, elle présente une prise de poids de 4kg qu'elle n'arrive pas à reperdre. Ce symptôme impacte à un niveau de 7 sur 10 sa qualité de vie. Elle ne se sent pas concernée par les autres symptômes et les bouffées de chaleur et sueurs nocturnes semblent impacter particulièrement son quotidien et son état d'esprit.

Les bouffées de chaleur sont présentes tout au long de la journée et se manifestent par une rougeur très importante au niveau du visage, une importante transpiration et une sensation de froid intense juste après la bouffée de chaleur. Selon ses dires, la patiente est réveillée à de nombreuses reprises la nuit en raison de ces sueurs nocturnes.

En ce qui concerne les niveaux de confiance attribués aux diverses thérapeutiques, nous avons trois cas de figure : une confiance importante voire totale en certaines thérapeutiques telles que la phytothérapie et l'homéopathie (10 sur 10) ou encore l'aromathérapie (8 sur 10), une confiance moyenne expliquée par une faible connaissance vis-à-vis de certaines thérapeutiques (micronutrition (5 sur 10), probiotiques et topiques locaux (4 sur 10) et une opposition totale pour le traitement hormonal (1 sur 10) justifiée par un ratio bénéfique/risque non favorable selon l'avis de la patiente).

La patiente ne présentant pas de syndrome génito-urinaire, sa confiance mitigée envers les probiotiques et les topiques locaux n'est pas problématique.

En ce qui concerne la micronutrition, je l'informe sur le fait que de nombreux compléments alimentaires à base de plantes qu'elle me décrit comme le genre de solution vers lesquelles elle se tournerait le plus facilement, mêlent souvent plantes et micronutriments.

Après analyse de la situation propre à la patiente et à l'aide des fiches mémo (Annexes III à VIII), les solutions proposées à la patiente sont donc :

- Taïdo ménoa[®], à base de magnésium, vitamine B12 et cimifuga, pour gérer aussi bien les bouffées de chaleur de la patiente que son irritabilité.
- Feminabiane Méno'confort[®] des laboratoires Pileje, afin de prendre en charge son irritabilité et ses sautes d'humeur à l'aide de l'Actée à grappes et de la Rhodiole.
- Huile essentielle de menthe poivrée, sous forme de massage au niveau du bas ventre, diluée dans de l'huile d'amande douce, le soir avant de se coucher afin de délivrer une sensation de fraîcheur à l'organisme et ainsi de lutter contre les sueurs nocturnes. En cas de bouffée, une goutte par voie orale en évitant le contact avec les lèvres lui permettra aussi de ressentir une sensation de fraîcheur importante.

- Amylium nitrosum 5CH, 5 granules à la demande en cas de bouffée de chaleur. Le choix de cette souche est justifié chez cette patiente par la sensation de froid caractéristique à la suite de ses bouffées. Je lui conseille de placer le tube sur sa table de chevet afin de l'avoir toujours à portée de main la nuit.
- Acthéane®, qui réunit plusieurs souches homéopathiques, notamment sanguinaria canadensis et glonoinum, spécifiques des bouffées de chaleur avec rougeurs et transpiration excessive.
- BOP®, afin de traiter la rétention hydrosodée de la patiente, à l'aide du bouleau et de l'olivier, réputés pour leurs vertus diurétiques. La solution Waterpill contenant une formule plus complète aux yeux de la patiente a été écartée en raison de la présence de reine des prés, contre-indiquée chez la patiente en raison de son allergie à l'aspirine.

Les solutions homéopathiques sont également choisies pour leur aspect « pratique », faciles à emmener partout, y compris au travail.

Les solutions sont toutes acceptées par la patiente, à l'exception de Feminabiane Méno'confort®, étant donné que Taïdo semble déjà présenter une solution pour son irritabilité.

Là encore, le petit geste simple de placer les avant-bras sous l'eau froide pour stopper une bouffée est conseillé à la patiente.

Lors du rendez-vous de réévaluation fixé trois semaines plus tard, la patiente m'informe du fait que les sueurs nocturnes ont presque disparues et que bouffées de chaleur en journée sont nettement moins nombreuses. La patiente apprécie le fait de jongler entre un traitement quotidien, un traitement homéopathique à la demande facile à emporter partout, y compris sur son lieu de travail et des gestes simples au quotidien. Enfin, concernant sa rétention d'eau, la patiente déclare avoir perdu 2 kg depuis notre dernière rencontre et se sentir moins « gonflée ». Nous décidons d'un commun accord de poursuivre la prise en charge sur le même schéma et de refaire un point dans quelques semaines.

Cas clinique 3

L'entretien présenté ci-après a été réalisé avec Mme R. Cette patiente, potentiellement intéressée par l'entretien a été repérée à la suite d'une demande au comptoir visant à soulager des bouffées de chaleur ayant un impact important sur sa qualité de vie.

Les informations recueillies sur la « Fiche pharmacien » sont les suivantes :

Cette patiente est née le 10/10/1966, elle a donc 55 ans. La date de début de symptômes de sa ménopause remonte en 2012, la patiente avait alors 45 ans, âge relativement jeune pour une ménopause. Néanmoins, les symptômes se sont vraiment installés depuis 2014, il y a donc 8 ans.

La patiente présente une allergie à la codéine, mais ne présente aucune pathologie chronique ni aucun traitement au long cours.

Cependant, elle m'informe avoir une nièce actuellement atteinte d'un cancer du sein.

Enfin, la patiente présente un tabagisme important.

La patiente a déjà essayé de nombreux traitements : Abufène® semble avoir été le plus efficace : il a permis d'atténuer la fréquence des bouffées de chaleur pendant un certain temps. La patiente a également essayé Acthéane® et Manahé® qui n'ont eu, selon elle, aucun effet. L'application d'huile essentielle de sauge sclarée n'a eu aucun effet non plus. Par ailleurs, des inhalations sèches de lavande semblent avoir été efficaces pour gérer ses troubles du sommeil.

Concernant ses commentaires, la patiente évoque le fait que plusieurs gynécologues ont tenté de l'orienter vers un traitement hormonal mais qu'elle s'y est toujours formellement opposée. Nous revenons ensemble sur les effets indésirables potentiels mais également sur les modalités de mise en œuvre et les précautions permettant d'en limiter le risque aujourd'hui en France.

Sur la « Fiche patiente », nous pouvons retrouver les informations suivantes :

Mme R souffre de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes (impact à 8 sur 10), de troubles du sommeil décrits par de nombreux réveils nocturnes et parfois une difficulté

d'endormissement (impact à 7 sur 10) et des troubles de l'humeur se manifestant par un stress important, une volonté de tout contrôler et tout anticiper (impact à 5 sur 10).

Les bouffées de madame R surviennent majoritairement dans la matinée et la nuit, moins dans l'après-midi. Elle décrit des bouffées à début et fin brusques. De plus, elle m'informe avoir des bouffées après chaque consommation de cigarette. La question du sevrage tabagique se pose donc, et la patiente m'annonce avoir acheté récemment des substituts nicotiques en vue d'une tentative d'arrêt. Certains aspects comme la prise de poids ou l'irritabilité l'effraient, nous en profitons donc pour faire le point sur les techniques d'une tentative de sevrage réussie.

Concernant le stress, la patiente m'informe que celui-ci fait partie de son tempérament et que ce symptôme n'est pas spécifique de sa période de ménopause contrairement à ses troubles du sommeil qui sont eux apparus avec la ménopause.

Mme R, sans surprise, indique un niveau de confiance à 2 sur 10 pour le traitement hormonal.

Concernant les autres thérapeutiques, elle est très ouverte à la phytothérapie, l'aromathérapie, les probiotiques et l'utilisation de topiques locaux (8 sur 10). Elle est moins convaincue par l'homéopathie en raison de ses précédentes expériences (6 sur 10) et également un peu craintive vis-à-vis de la micronutrition (5 sur 10).

Après analyse de la situation propre à la patiente et à l'aide des fiches mémo (Annexes III à VIII), les solutions proposées à la patiente sont donc :

- Feminae 24[®] des laboratoires Fortépharma, complément alimentaire à base de micronutriments et de phytothérapie Feminae 24[®] par volonté de tenter un traitement des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes par le pollen. Mais également d'agir sur l'anxiété avec la Bacopa (ou hysope d'eau) et de favoriser un maintien du capital osseux à l'aide de la vitamine D.
- Feminabiane Méno'confort[®] des laboratoires Pileje, afin de prendre en charge son stress à l'aide de l'Actée à grappes et de la Rhodiola.

- Huile essentielle de menthe poivrée, sous forme de massage au niveau du bas ventre, diluée dans de l'huile d'amande douce, le soir avant de se coucher afin de délivrer une sensation de fraîcheur à l'organisme et ainsi de lutter contre les sueurs nocturnes. En cas de bouffée, une goutte par voie orale en évitant le contact avec les lèvres lui permettra aussi de ressentir une sensation de fraîcheur importante.
- Belladonna 5CH, 5 granules à la demande, au rythme des bouffées. Cette souche semble adaptée étant donné les bouffées à début et fin brusques de la patiente.
- Chronobiane immédiat[®], des laboratoires Pileje, pour aider la patiente à se rendormir plus facilement en cas de réveil nocturne grâce à l'action de la mélatonine.

Les solutions sont toutes acceptées par la patiente, à l'exception de Feminabiane Méno'confort[®] car elle estime que la gestion de son stress n'est pas une priorité contrairement à la gestion de ses bouffées de chaleur. De plus, Feminae 24 propose déjà une action sur ce point.

Les conseils hygiéno-diététiques simples sont également donnés à la patiente. Cette dernière en profite pour évoquer son attrait pour l'hypnose pour gérer son addiction au tabac, initiative que j'encourage.

Le rendez-vous de réévaluation, un mois plus tard, révèle une nette diminution des bouffées de chaleur en journée comme la nuit. La patiente est également satisfaite de l'action sur son sommeil de Chronobiane immédiat[®].

De plus, la patiente m'annonce avoir pris la décision de démarrer son sevrage tabagique afin d'optimiser l'efficacité de la prise en charge. Nous orientons donc plutôt le rendez-vous dans ce sens et faisons le point sur les substituts en sa possession (patches) et les modalités d'utilisation. Je conseille également à la patiente d'associer ses patches à des substituts « à la demande » comme des gommes à mâcher, ou des pastilles à sucer qui apportent un geste permettant de « combler » la gestuelle habituelle de la consommation de cigarette. Enfin, je la mets en garde sur les signes évocateurs d'un surdosage en nicotine (insomnie, irritabilité), ou d'un sous-dosage (grignotages, envie irrépressible de fumer) qui mettraient en péril la tentative d'arrêt.

Un rythme d'appels téléphoniques est convenu avec la patiente pour faire le point à la fois sur l'évolution de ses symptômes de la ménopause et de sa tentative de sevrage tabagique.

Cas clinique 4

L'entretien présenté ci-après a été réalisé avec Mme M. Cette patiente s'est présentée spontanément à l'officine après avoir entendu parler de la réalisation de ces entretiens.

Les informations recueillies sur la « Fiche pharmacien » sont les suivantes :

Cette patiente est née le 20/12/1966, elle a donc 55 ans. Les symptômes de sa ménopause sont apparus il y a 6 ans, à l'âge de 49 ans. La patiente souffre d'hypertension artérielle traitée par une association fixe bisoprolol/hydrochlorothiazide ainsi que d'hypertension oculaire traitée par latanoprost. La patiente ne présente aucune allergie et déclare avoir un antécédant de cancer hormonodépendant : sa grand-mère maternelle.

La patiente n'a jamais rien essayé concernant la prise en charge de ses symptômes de la ménopause. Elle m'informe avoir abordé le sujet avec son gynécologue à plusieurs reprises mais ne pas s'être sentie vraiment écoutée.

Sur la « Fiche patiente », nous pouvons retrouver les informations suivantes :

Mme M souffre de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes (impact à 6 sur 10), d'un important syndrome génito-urinaire (impact à 9 sur 10), de troubles du sommeil décrits par de nombreux réveils nocturnes et une difficulté d'endormissement (impact à 8 sur 10), de variation pondérale (impact à 6 sur 10).

Les bouffées de madame M se manifestent majoritairement la nuit. Cependant, ce symptôme autrefois beaucoup plus marqué s'estomperait largement au fil du temps selon les dires de la patiente. Les bouffées deviennent de plus en plus rares la journée mais restent présentes la nuit.

En ce qui concerne le syndrome génito-urinaire de la patiente, il se manifeste par une importante sécheresse vaginale entraînant une grande sensation d'inconfort au quotidien. La patiente est gênée au quotidien par des tiraillements, des irritations et des douleurs. Cependant, la patiente ne décrit aucune situation d'infection urinaire ou de mycose vaginale.

Les troubles du sommeil de Mme M sont aussi bien des troubles de l'endormissement que des difficultés d'endormissement. Entre ces réveils, le sommeil de Mme M semble être un sommeil de qualité. La patiente a déjà essayé de traiter ces troubles du sommeil à l'aide de compléments alimentaires associant plantes et mélatonine à libération prolongée, mais les résultats n'avaient pas été jugés satisfaisants.

La variation pondérale est décrite par la patiente comme un stockage des graisses au niveau du ventre qu'elle n'arrive pas à éliminer. Cette nouvelle répartition des graisses est apparue sans bouleversement du régime alimentaire ou du niveau d'activité physique.

Pour ce qui est du niveau de confiance vis-à-vis des thérapeutiques proposées, Mme M accorde peu de confiance envers la phytothérapie (6 sur 10) et l'aromathérapie (3 sur 10). Ce manque de confiance s'explique par des traitements non liés à la ménopause peu concluants dans le passé. Le niveau de confiance est en revanche plutôt élevé pour d'autres thérapeutiques telles que l'homéopathie (8 sur 10), la micronutrition (9 sur 10), les probiotiques (9 sur 10) et les topiques locaux (9 sur 10). Concernant le traitement hormonal, le niveau de confiance minimal est attribué, la patiente y est opposée. Cet avis est d'autant plus tranché qu'elle perçoit une évolution positive de ses symptômes au cours du temps sans avoir eu recours à cette solution.

Les préférences de la patiente semblent plutôt en adéquation vers le type de thérapeutiques envisageables pour prendre en charge ses symptômes.

Après analyse de la situation propre à la patiente et à l'aide des fiches mémo (Annexes III à VIII), les solutions proposées à la patiente sont donc :

- FSH 15CH, une dose par semaine + sulfur 5CH, 5 granules au coucher et 5 granules au besoin au rythme des bouffées de chaleur pour traiter ses sueurs nocturnes.
- Mélatonine 1900 flash® des laboratoires Fortepharma pour traiter les difficultés d'endormissement de la patiente.
- Chronobiane immédiat®, des laboratoires Pileje, pour aider la patiente à se rendormir plus facilement en cas de réveil nocturne grâce à l'action de la mélatonine.

- Feminabiane® flore vaginale des laboratoires Pileje et Ergyphilus® intima des Laboratoires Nutergia pour prendre en charge le syndrome génito-urinaire de la patiente. L'association des deux voies d'administration (vaginale et orale) permettra de rétablir une quantité optimale de lactobacilles responsables d'un pH optimal ainsi que d'un bon équilibre de la flore vaginale.
- Replens®, des laboratoires Fumouze qui va permettre de limiter rapidement les sensations d'inconfort de la patiente via une hydratation directement au niveau vaginal.
- Ymea silhouette® des laboratoires Ymea, qui va permettre de contribuer à la perte de poids grâce à la présence de thé vert ou de maca mais aussi de réguler le taux de glucose sanguin grâce au chrome. La sauge entre également dans la composition de ce complément alimentaire et permet d'agir sur les troubles globaux de la ménopause.

Les solutions sont toutes acceptées par la patiente qui souhaite vivre une fin de ménopause plus sereine et régler enfin ses problèmes de sécheresse vaginale.

Les conseils hygiéno-diététiques à mettre en œuvre au quotidien sont encore une fois évoqués avec la patiente.

Lors du rendez-vous de réévaluation, six semaines plus tard, Mme M est plutôt satisfaite de sa prise en charge. Le rythme de ses bouffées de chaleur n'a pas particulièrement changé mais son syndrome génito-urinaire semble être en grande partie résolu. Elle a terminé la prise de probiotiques par voie vaginale et sa première cure de probiotiques par voie orale qu'elle a directement enchaînée avec une autre cure, en raison des premiers résultats encourageants. Elle ressent encore quelques tiraillements qu'elle arrive à gérer avec Replens®. Son sommeil est également de bien meilleure qualité : elle s'endort rapidement grâce à Mélatonine 1900 flash® et se réveille une à deux fois par nuit mais se rendort vite grâce à Chronobiane immédiat®. Concernant Ymea silhouette®, Mme M est satisfaite, bien que son poids n'ait pas bougé, elle m'annonce avoir perdu plusieurs centimètres de tour de taille.

Mme M souhaite donc poursuivre le traitement avec Ymea Silhouette®, Ergyphilus®intima et les spécialités à base de mélatonine. En revanche, l'impact du traitement homéopathique sur ses bouffées de chaleur étant faible et étant donné la moindre intensité de celles-ci au fil du temps, elle ne souhaite pas le poursuivre.

CONCLUSIONS

Nous avons donc pu voir qu'il n'existe pas une seule ménopause mais véritablement une ménopause propre à chaque femme.

Les solutions disponibles à l'officine afin de prendre en charge cette période charnière de la vie d'une femme sont aussi multiples que complexes. Le pharmacien se doit donc de maîtriser chacune de ces thérapeutiques pour pouvoir expliquer les modalités à la patiente et surtout la rassurer.

En effet, que l'on parle des divers risques engendrés par la mise en place d'un traitement hormonal, des modalités de prise d'un traitement de l'ostéoporose ou des posologies propres à une prise en charge homéopathique, la patiente doit pouvoir compter sur son pharmacien et sur son rôle d'expertise et de conseil afin de comprendre les objectifs du traitement et d'être convaincue du fait que sa prise en charge respecte trois fondements principaux : qualité, sécurité et efficacité.

Le rôle d'écoute du pharmacien est ici essentiel : il doit permettre à chaque femme de se sentir écoutée, comprise et soutenue. Le pharmacien, à travers une prise en charge individualisée, va permettre à la patiente de faire part de ses attentes et de ses convictions mais surtout de devenir véritablement actrice de sa santé. En effet, une patiente impliquée dans le choix de ses thérapeutiques et ayant la possibilité de réaliser un choix libre et éclairé entre plusieurs alternatives sera plus observante et les chances d'efficacité du traitement seront amplifiées.

De plus, un enjeu d'éducation thérapeutique est également très présent dans cette prise en charge, afin de s'assurer que chaque thérapeutique, selon ses spécificités, est mise en place de façon adaptée et sécurisée.

A travers la prise en charge de la patiente ménopausée, toutes les missions du pharmacien sont ainsi mises à contribution, de ses rôles les plus ancestraux d'écoute et de conseil jusqu'à ses missions les plus récentes de réalisation d'entretiens.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,
Christiane FORESTIER

Le président du Jury,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le cycle menstruel féminin : de l'enfance à la ménopause [Internet]. Gyn&co. 2016 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.gynandco.fr/comment-evolue-cycle-menstruel/>
2. Léger J. Puberté normale et pathologique. Rev Prat. 2006;56:7.
3. Fellousia N. Le cycle ovarien [Internet]. Université Ferhat ABBAS SETIF. 2017 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://fmedecine.univ-setif.dz/ProgrammeCours/15.03.A.cycle%20ovarien.pdf>
4. Le cycle menstruel [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presses/103-le-cycle-menstruel>
5. Ménopause [Internet]. Inserm. 2017 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
6. Gardez S. Les principaux traitements alternatifs de la ménopause: phytothérapie, aromathérapie et homéopathie [Internet] [Thèse d'exercice pharmacie]. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2016 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2016/2016LIL2E147.pdf
7. La périménopause [Internet]. Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal. 2013 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/la-perimenopause.php>
8. La ménopause [Internet]. Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal. 2013 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/la-menopause.php>
9. Les troubles de la ménopause [Internet]. Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal. 2013 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/troubles-menopause.php>
10. La postménopause, ça existe vraiment? [Internet]. A.Vogel. 2019 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.avogel.ca/blog/fr/la-postmenopause-ca-existe-vraiment/>
11. Saint-Dizier M, Chastant-Maillard S. La reproduction animale et humaine. Editions Quae; 2014. 800 p.
12. Lee S. Ménopause provoquée par le traitement [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/treatment-induced-menopause>
13. Ménopause : à quel âge et quels symptômes ? [Internet]. L'Assurance Maladie. 2021 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/menopause/symptomes-diagnostic>
14. Quels sont les signes de la ménopause ? [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/328-quels-sont-les-signes-de-la-menopause>
15. Pourquoi y-a-t-il des bouffées de chaleur après la ménopause ? [Internet]. Hôpitaux de Toulouse. 2004 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/pourquoi-y-a-t-il-des-bouffees-de>
16. Hocké C, Diaz M, Bernard V, Frantz S, Lambert M, Mathieu C, et al. Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM). RPC les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 mai 2021;49(5):394-413.
17. Prise en charge du vieillissement cutané [Internet]. Groupe d'Etude sur la Ménopause

- et le Vieillissement Hormonal. 2011 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/congres-session-53.php>
18. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden MA, Nappi RE, Shah D, et al. Comprendre la prise de poids à la ménopause. *Climacteric*. 2012;15:419-29.
 19. Dépression, fonctions cognitives et vieillissement [Internet]. Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal. 2010 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.gemvi.org/congres-session-31.php>
 20. Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie: Guide pratique. Elsevier Health Sciences; 2017. 257 p.
 21. Ménopause et baisse de libido: une fatalité? [Internet]. Medipedia. 2018 [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://fr.medipedia.be/menopause-news/menopause-et-baisse-de-libido-une-fatalite>
 22. CHU de Saint-Etienne. L'ostéoporose post-ménopausique [Internet]. Groupement de recherche et d'informations sur les ostéoporoses. 2011 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.grio.org/documents/page70/fiche-pratique-70-1302703056.pdf>
 23. L'ostéoporose [Internet]. Pulsations. 2018 [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://pulsations.hug.ch/article/losteoporose>
 24. Cantero P, Michel Y. Santé des femmes: risques et prévention [Internet]. Hôpitaux Universitaire Genève. 2019 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/colloques_MPR/2019/traitement_hormonal_de_la_menopause_en_2019_150519.pdf
 25. Traitements hormonaux de la ménopause [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause
 26. Recommandations Ménopause : traitement hormonal [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/menopause-traitement-hormonal-1711.html>
 27. Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire ? [Internet]. L'Assurance Maladie. 2022 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants>
 28. Cantero P, Luzuy F, Streuli I. Le traitement hormonal de la ménopause - Connaître ses avantages et ses inconvénients [Internet]. Hôpitaux Universitaire Genève. 2019 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/menopause.pdf>
 29. Traitement hormonal substitutif [Internet]. Association des Médecins de l'Est du Morbihan. 2002 [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <http://amem.free.fr/textes/thh.htm>
 30. Bouchard G. Périménopause/Ménopause et THS [Internet]. Doc player. 2018 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/75536518-Perimenopause-menopause-et-ths.html>
 31. Young J, Gougeon A, Schaison G. Le cycle ovarien. 1999;15(2):183-90.
 32. Risque de méningiome et utilisation de macroprogestatifs [Internet]. Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France. 2020 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://syngof.fr/espace-professionnel/documents-utiles/risque-de-meningiome-et-utilisation-de-macroprogestatifs/>
 33. Litre F, Batchinsky-Parrou V, Barraud S, Bouscatel I, Kleiber JC, Delemer B. Méningiomes intracrâniens opérées et facteurs hormonaux, série de cas. *Ann Endocrinol*. 1 oct 2021;82(5):280.
 34. Boetto J, Birzu C, Kalamarides M, Peyre M, Sanson M. Les méningiomes : mise au point

- sur les connaissances actuelles. Rev Médecine Interne. 14 juill 2021;43(2):98-105.
35. Ménopause [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. 2016 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/vie_genitale/site/html/3.html
 36. Le traitement hormonal de substitution [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/menopause/traitement-hormonal-substitution.html>
 37. Les étapes de la vie génitale : de la puberté à la ménopause [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. 2012 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/vie_genitale/site/html/3.html
 38. Robin G, Letombe B. Modalités du traitement hormonal substitutif de la ménopause - Les schémas thérapeutiques, leur surveillance [Internet]. Pôle de Gynécologie médico-chirurgicale - Hôpital Jeanne de Flandre - Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.amiform.com/web/documents-troubles-menopause/gr-thm>
 39. Œstrogénothérapie à faible dose par voie vaginale - Un guide pour les femmes [Internet]. International Urogynecological Association. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: https://www.yourpelvicfloor.org/media/French_Low-Dose_Vaginal_Estrogen_Therapy.pdf
 40. Ménopause - Effets secondaires du Traitement Hormonal Substitutif (THS) [Internet]. Medipedia. 2022 [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <https://fr.medipedia.be/menopause/traitements/effets-secondaires-du-traitement-hormonal-substitutif-ths>
 41. L'influence des traitements hormonaux sur le risque de cancer du sein [Internet]. E3N: Etude Epidémiologique auprès de femmes de la MGEN. 2022 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.e3n.fr/linfluence-des-traitements-hormonaux-sur-le-risque-de-cancer-du-sein>
 42. Traitements hormonaux & risque de cancers du sein - Qu'en est il? [Internet]. ISHH. 2020 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-du-sein/impact-des-traitements-hormonaux-de-la-menopause/>
 43. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause - Orientations générales, conclusions et recommandations [Internet]. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. 2004 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25__15_41_5_415.pdf
 44. Amarenco P. Risque d'accident vasculaire cérébral et traitement hormonal substitutif (THS) post-ménopausique. Lett Gynécologue. 1998;235:27-33.
 45. Jamin C. THM et pathologies vasculaires : risque ou bénéfice ? Genesis [Internet]. 2015 [cité 13 nov 2021];185. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/thm-et-pathologies-vasculaires-risque-ou-benefice-2/>
 46. Ostéoporose - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/osteoporose.html>
 47. Recommandations Ostéoporose [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/osteoporose-1660.html>
 48. Briot. Actualisation des recommandations françaises du traitement

- médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique [Internet]. Revue de rhumatisme. 2012 [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.grio.org/documents/page500/boite-a-outils-osteoporose500-1401218558.pdf>
49. Bisphosphonates [Internet]. Site du Collège National de Pharmacologie Médicale. 2017 [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/bisphosphonates>
50. Phytothérapie (plantes médicinales) - Définitions [Internet]. Creapharma. 2022 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.creapharma.ch/phytotherapie.htm>
51. Peyrode C. Médicaments de phytothérapie et compléments alimentaires à base de plantes. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
52. Lehmann H. Le médicament à base de plantes en Europe: statut, enregistrement, contrôles [Internet] [Thèse de doctorat Sciences de la Vie et de la Santé]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2013 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2013STRAJ024/document>
53. Felgines C. Plantes des troubles féminins. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
54. Phyto-oestrogènes [Internet]. Académie de Montpellier. 2022 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://tice.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille/PHTYOESTROGENES.html>
55. Isoflavones - Complément alimentaire [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/isoflavones-phytoestrogenes.html>
56. Soja/isoflavones/phyto-oestrogènes [Internet]. Fondation contre le Cancer. 2022 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer.be/complementsalimentaires/soja/isoflavones/phyto-oestrogenes>
57. Houblon - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/houblon-humulus-lupulus.html>
58. Lin - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/lin-linum-usitatissimum.html>
59. Yam - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/yam-igname-sauvage.html>
60. Actée à grappes noires - Phytothérapie - VIDAL [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/actee-grappes-noires-actea-racemosa.html>
61. Sauge officinale - Phytothérapie - VIDAL [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/sauge-officinale-salvia-officinalis.html>
62. Felgines C. Plantes du système nerveux [Internet]. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021 [cité 14 janv 2022]. Disponible sur: https://ent.uca.fr/moodle/pluginfile.php/1650597/mod_resource/content/0/C.%20Felgines%20-%20Plantes%20du%20syst%C3%A8me%20nerveux%202021-2022.pdf
63. Valériane - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2017 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/valeriane-valeriana-officinalis.html>
64. Passiflore - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/passiflore-passiflora-incarnata.html>
65. Aubépine - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2017 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur:

<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/aubepine-crataegus-laevigata.html>

66. Orange amère - Complément alimentaire [Internet]. VIDAL. 2015 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/orange-amere-synephrine-oxedrine-octopamine.html>

67. La lavande : un bouquet de vertus thérapeutiques ! [Internet]. VIDAL. 2011 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/18030-la-lavande-un-bouquet-de-vertus-therapeutiques.html>

68. Mélisse - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/melisse-melissa-officinalis.html>

69. La phytothérapie dans le traitement de la dépression [Internet]. VIDAL. 2019 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/phytotherapie-plantes.html>

70. Millepertuis - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2019 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/millepertuis-hypericum-perforatum.html>

71. Ginseng - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/ginseng.html>

72. Éleuthérocoque - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/eleutherocoque-eleutherococcus-senticosus.html>

73. Ginkgo - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/ginkgo-biloba.html>

74. Ortie dioïque - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/ortie-dioique-urtica-dioica.html>

75. Felgines C. Plantes dépuratives. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.

76. Bouleau - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/bouleau-betula-alba.html>

77. Prêle des champs - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2017 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/prele-des-champs-equisetum-arvense.html>

78. Pissenlit - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/pissenlit-taraxacum-officinale.html>

79. Cassis - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/cassis-ribes-nigrum.html>

80. Sureau noir - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/sureau-noir-sambucus-nigra.html>

81. Orthosiphon - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/orthosiphon-stamineus.html>

82. Solidage européen - Phytothérapie [Internet]. VIDAL. 2012 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/solidage-europeen-solidago-virgaurea.html>

83. Qu'est-ce que la micronutrition ? [Internet]. Institut Européen de Diététique et

- Micronutrition. 2019 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.iedm.asso.fr/la-micronutrition/definition-de-la-micronutrition/>
84. Tout savoir sur la micronutrition et ses bienfaits [Internet]. Pôle santé Saint Jean. 2017 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.polesantesaintjean.fr/blog-sante/tout-savoir-sur-la-micronutrition-et-ses-bienfaits>
85. Les compléments alimentaires, nécessité d'une consommation éclairée [Internet]. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 2019 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-compl%C3%A9ments-alimentaires-n%C3%A9cessit%C3%A9-d'une-consommation-%C3%A9clair%C3%A9e>
86. Les traitements sans ordonnance de la ménopause [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www. Vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/menopause/traitements-sans-ordonnance.html>
87. Elia D. Les alternatives au THM. Genesis [Internet]. 2015 [cité 13 mars 2022];(185). Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/1692/>
88. Qu'est-ce que la DHEA ? Ce produit est-il bon pour la santé ? [Internet]. Hôpitaux de Toulouse. 2004 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/qu-est-ce-que-la-dhea-ce-produit>
89. Mélatonine : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. 2016 [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www. Vidal.fr/medicaments/substances/melatonine-20629.html>
90. Feminabiane Méno'Confort [Internet]. Laboratoire Pileje. 2020 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://https://solutions.pileje.fr/fr/produit/feminabiane-menoconfort-30-comprimes>
91. ERGYFLAVONE – Confort féminin – Sauge, Houblon, Calcium [Internet]. Laboratoire Nutergia. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.nutergia.com/nos-complements-alimentaires/bien-etre-feminin/ergyflavone>
92. ERGYONAGRE – Equilibre féminin - Oméga-6 – Huile d'Onagre [Internet]. Laboratoire Nutergia. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.nutergia.com/nos-complements-alimentaires/bien-etre-feminin/ergyonagre>
93. ERGYFEMINA – Bien-être féminin - Alchémille, Gattilier [Internet]. Laboratoire Nutergia. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.nutergia.com/nos-complements-alimentaires/bien-etre-feminin/ergyfemina>
94. Climax ménopause, oméga 3 [Internet]. Laboratoires NHCO nutrition. 2021 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://nhco-nutrition.com/produit/climax/>
95. Méno-actifs bio [Internet]. Aragan. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aragan.fr/index.php/produit/menoactifs-bio/>
96. Feminae 24 [Internet]. Forté Pharma. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://fr.fortepharma.com/products/feminae-24>
97. Granions Ménopause [Internet]. Laboratoire Granions. 2022 [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.granions.fr/granions-menopause-1.html>
98. Ménophytea® Équilibre Bouffées de chaleur Sans Hormone [Internet]. Nutreov. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://nutreov.com/produit/menophytea-equilibre-bouffees-de-chaleur-sans-hormone/>
99. Ménophytea® Intimité Hydratation Intime [Internet]. Nutreov. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://nutreov.com/produit/menophytea-hydratation-intime/>
100. Taïdo Ménoa [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.taïdo->

gamme.fr/taido-menoa/

101. Manhaé Ménopause [Internet]. Vitavea. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://vitavea.com/products/manhae-menopause-1-mois>
102. Sérélys MENO [Internet]. Serelys Pharma. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://serelyspharma.com/produits/serelys-meno/>
103. À propos d'Ymea [Internet]. Ymea. 2016 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://ymea.be/fr/a-propos-dymea/>
104. Ymea - Des produits naturels pour la ménopause [Internet]. Ymea. 2022 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://ymea.be/fr/liste-de-produits/>
105. Millet F. Le grand guide des huiles essentielles. Paris: Marabout; 2013.
106. Baldovini M. Aromathérapie. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
107. Telphon T. ABC des huiles essentielles. Paris: Grancher; 2003.
108. Baudoux D. Aromathérapie-Se soigner par les huiles essentielles. Bruxelles: Amyris; 2008.
109. Valnet J. Aromathérapie. Paris: Maloine; 2001.
110. Baudoux D. Huiles essentielles - 2000 ans de découvertes aromathérapeutiques pour une médecine d'avenir. Paris: Maisonneuve Et Larose; 1999.
111. Grosjean N. Le grand livre de l'aromathérapie. Paris: Eyrolles; 2013.
112. Les chiffres clés de l'homéopathie en France [Internet]. Boiron. 2018 [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/soigner-sans-nuire/les-chiffres-cles-de-lhomeopathie-en-france>
113. Homéopathie – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. Collège des pharmaciens conseillers et maîtres de stage. 2021 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/homeopathie/>
114. Pestre O. Les bases de l'homéopathie. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
115. Homéopathie - Fabrication [Internet]. Association Francophone pour l'Enseignement et la Recherche en Pharmacognosie. 2011 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: http://untori2.crihan.fr/unspf/2014_Lille_Bailleul_Homeopathie/co/Contenu_fabrication.html
116. Pestre O. Homéopathie au féminin. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
117. Acthéane [Internet]. Boiron. 2022 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/nos-produits/nos-medicaments/actheane>
118. Besnard C, Charvet C. Homéopathie en gynécologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
119. Masson JL. L'homéopathie de A à Z. Paris: Marabout; 2010.
120. Lachesis complexe n°122 [Internet]. Laboratoires Lehning. 2022 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lehning.com/page/blog/confort-intime>
121. Laboratoire Boiron. Sédatif PC, médicament homéopathique contre le stress et les troubles du sommeil mineurs [Internet]. 2022 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sedatif-pc.fr/>
122. L72 [Internet]. Laboratoires Lehning. 2022 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://blog.lehning.com/fr/l72/produit/l-72/>
123. Pestre O. Homéopathie - Troubles anxieux. Université Clermont Auvergne - UFR pharmacie. 2021.
124. Ostéocynésine® [Internet]. Boiron. 2022 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/nos-produits/nos-medicaments/osteocynesine>

125. REXORUBIA [Internet]. Laboratoires Lehning. 2022 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://blog.lehning.com/fr/muscles-squelette-antalgie/produit/rexorubia/>
126. Reflorir ou faire florir: C'est quoi les probiotiques et les prébiotiques ? [Internet]. Inserm. 2020 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/reflorir-ou-faire-florir-c-est-quoi-probiotiques-et-prebiotiques/>
127. Communiqué de presse - probiotiques [Internet]. Synadiet- Syndicat National des Compléments Alimentaires. 2021 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: https://www.synadiet.org/sites/default/files/news/files/20212004_communique_de_presse_probiotiques_vf.pdf
128. Ménopause et Probiotiques : Interview du Dr Bohbot [Internet]. Laboratoire Pileje. 2022 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.pileje.fr/revue-sante/menopause-probiotiques-interview-bohbot-directeur-medical-institut-fourmier>
129. ERGYPHILUS Intima – Femmes – Soutien du microbiote [Internet]. Laboratoire Nutergia. 2022 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.nutergia.com/nos-complements-alimentaires/microbiotiques/ergyphilus-intima>
130. Symbiosys Intimalia - Pour Adultes [Internet]. Symbiosis - Le microbiote pour la vie. 2021 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.symbiosys.fr/symbiosys-intimalia-69165.html>
131. Perméaline - Conseils d'utilisation, composition [Internet]. Laboratoire Pileje. 2022 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://solutions.pileje.fr/fr/produit/permealine>
132. Gynééquilibre [Internet]. Aragan. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.aragan.fr/index.php/produit/gynequilibre/>
133. Feminabiane Flore Vaginale [Internet]. Laboratoire Pileje. 2022 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://solutions.pileje.fr/fr/produit/feminabiane-flore-vaginale>
134. Physioflor gélules vaginales [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/physioflor-gel-vagin-163576.html>
135. Manhaé Intima Equilibre [Internet]. Vitavea. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://vitavea.com/products/manhae-intima-equilibre>
136. Abufène 400 mg comprimés [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/abufene-400-mg-cp-72.html>
137. Monasens gel lubrifiant intime [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/monasens-gel-lubrifiant-intime-71125.html>
138. Lubrifiant Intime - Gel Vaginal Lubrifiant [Internet]. Saforelle. 2019 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://fr.saforelle.com/lubrifiant-v4200.html>
139. Crème Apaisante Intime - Peaux sensibles ou irritées [Internet]. Saforelle. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://fr.saforelle.com/creme-apaisante-intime-v6727.html>
140. Hydralin Lubrifiant, soulage l'inconfort intime [Internet]. Hydralin. 2021 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.questions-intimes.fr/les-solutions-intimes/hydralin-lubrifiant>
141. Mucogyne gel intime non hormonal à l'acide hyaluronique liposomé [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/mucogyne-gel-intime-non-hormonal-a-l-acide-hyaluronique-liposome-44766.html>
142. Mucogyne ovule [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/mucogyne-ovule-201014.html>
143. Taïdo gel végétal lubrifiant [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/taido-gel-vegetal-lubrifiant-58813.html>
144. Replens gel vagin hydratant [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur:

<https://www.vidal.fr/parapharmacie/replens-gel-vagin-hydratant-52893.html>

145. Menophytea hydratation intime crème de soin sécheresse vaginale [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/menophytea-hydratation-intime-creme-de-soin-secheresse-vaginale-117686.html>

146. Serelys gel vaginal lubrifiant [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/serelys-gel-vagin-lubrifiant-104057.html>

147. Sensilube durex fluide lubrifiant intime [Internet]. VIDAL. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/sensilube-durex-fluide-lubrifiant-intime-108051.html>

148. Hydralin Sécheresse, contre la sécheresse intime [Internet]. Hydralin. 2021 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.questions-intimes.fr/les-solutions-intimes/hydralin-secheresse>

149. Soin Lavant Intime - Hydratation Intime [Internet]. Saforelle. 2022 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://fr.saforelle.com/soin-lavant-ultra-hydratant-v6595.html>

150. L'échelle MRS (Menopause Rating Scale) [Internet]. Ménopause : information, témoignage, symptômes, traitement. 2017 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://lamenopause.fr/le-saviez-vous/echelle-mrs/>

151. Le questionnaire de la ménopause de Greene [Internet]. Ménopause : information, témoignage, symptômes, traitement. 2020 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://lamenopause.fr/etudes-scientifiques/questionnaire-greene/>

ANNEXES

ANNEXE I : Fiche pharmacien nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

FICHE PHARMACIEN

<p>NOM:</p> <p>Prénom:</p> <p>Date de naissance:/...../.....</p> <p>Date de début de symptômes de la ménopause:/...../.....</p>	<p>Date de l'entretien:/...../.....</p> <p>Date prévue pour l'entretien de réévaluation:/...../.....</p>
<p>Allergies ?</p> <p>Pathologies chroniques?</p> <p>ATCD de cancer hormonodépendant ?</p> <p>TTT habituel ?</p>	<p>Solutions proposées lors de l'entretien:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Solutions retenues par la patiente :</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Solutions non retenues par la patiente ? Pourquoi ?</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>Thérapeutiques déjà essayées et effets observés:</p>	<p>Entretien de réévaluation, conclusions:</p>
<p>Commentaires, attentes particulières:</p>	

ANNEXE II : Fiche patiente nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

FICHE PATIENTE

Niveau de confiance vis-à-vis des thérapeutiques suivantes:












- **Phytothérapie**
Thérapeutiques par les plantes
- **Aromathérapie**
Thérapeutique par les huiles essentielles
- **Homéopathie**
Dilutions de substances d'origine animale, végétale, minérale...
- **Micronutrition**
Thérapeutique via les compléments alimentaires (nutriments...)
- **Probiotiques**
Rétablissement de la flore bactérienne:
- **Topiques locaux**
Soins lavants, ovules, gels vaginaux
- **Traitement hormonal:**
Oestrogènes, progestérone

Symptômes me concernant et impact sur ma qualité de vie:











- **Bouffées de chaleur**
- **Syndrôme génito-urinaire**
Sécheresse vaginale, sensation d'inconfort, infections urinaires
- **Troubles du sommeil**
- **Troubles de l'humeur**
Dépression, anxiété
- **Variation pondérale**
Prise de poids, rétention d'eau
- **Ostéoporose**
Fractures, douleurs articulaires
- **Vieillesse cutané**
Rides, relâchement cutané, sécheresse, perte d'élasticité, teint terne.
- **Troubles cognitifs**
Troubles de la mémoire et de la Concentration
- **Troubles de la libido**

ANNEXE III : Outil « Bouffées de chaleur » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »











Bouffées de chaleur

Phytothérapie	Micronutrition	Aromathérapie	Homéopathie
<p>🚫 Phyto oestrogènes : CI ATCD cancer hormonodépendant</p> <p>Aucun autre symptôme associé</p> <p>Luzerne 🌿</p> <p>Actée grappes</p> <p>Ex: Taïdo ménoa®, Méno'Confort®</p>   <p>Prévention 🍷 et ostéoporose</p> <p>Soja</p> <p>Lin</p> <p>Trèfle rouge 🌸</p> <p>Ex: Ergyflavone®</p>  <p>Sueurs nocturnes</p> <p>Sauge</p> <p>Ex: Ergyflavone®</p> <p>Insomnie, agitation, sommeil</p> <p>Houblon</p> <p>Ex: Ergyflavone®, Granions ménopause®</p>  <p>Troubles de la libido</p> <p>Igname</p>	<p>Association cuivre/zinc</p>  <p>Pollens</p> <p>Ex: Serelys®, Méno actifs bio®</p>   <p>B-alanine</p> <p>Ex: Abufène®, Feminae 24®, Climax®</p>   	<p>🚫 Oestrogène like : CI ATCD cancer hormonodépendant</p> <p>HE de Sauge sciarée</p> <p>HE d'Anis vert</p> <p>HE de cyprès de provence</p> <p>✅ Non oestrogène like</p> <p>Sensation de rougeur au niveau du visage</p> <p>HE d'Hélichryse italienne</p> <p>Hypersudation, sueurs nocturnes</p> <p>HE de Menthe poivrée</p> <p>Besoin de purifier, assainir l'organisme</p> <p>HE de Citron</p> <p>HE de Palmarosa</p> <p>💡 Voie orale, cutanée pure (poignet/ plexus solaire) ou cutanée diluée (massage du bas du ventre)</p>	<p>Stimuler la sécrétion oestrogénique</p> <p>Folliculinum (5CH à la demande)</p>  <p>Booster les sécrétions hormonales</p> <p>FSH (15 CH, 1 dose/semaine)</p> <p>+ Début & fin brusques → Belladonna</p> <p>Sueurs ++ → Glonoinum</p>  <p>Rougeur ++ → Sanguinaria</p> <p>Sensation de froid → Amylium nitrosum</p> <p>Sensation de fatigue → Sepia officinalis</p> <p>Sueurs nocturnes → Sulfur</p> <p>Troubles anxieux → Pilocarpus jaborandi</p> <p>Tension mammaire → Asteria rubens</p> <p>++ après un repas → Nux vomica</p> <p>Modification de l'humeur → Lachesis mutus</p> <p>(5CH à la demande ou 9CH matin & soir)</p>






ANNEXE IV : Outil « Troubles du sommeil » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

Troubles du sommeil			
Phytothérapie	Micronutrition	Aromathérapie	Homéopathie
<p>Troubles mineurs du sommeil + nervosité, anxiété</p> <p>Valériane Passiflore Eschscholtzia Ex: <i>Euphytose</i>®, Novanuit triple action®, Ergyrelax®</p> <p>Spasmes, manifestations du stress</p> <p>Ballote Lavande Mélisse Ex: <i>Euphytose</i>®, Novanuit triple action®</p> <p>Régulation du rythme cardiaque</p> <p>Aubépine Ex: <i>Euphytose</i>®</p> <p>Facilité d'utilisation ++</p> <p>Tilleul</p> <p> Tisane ++ le soir pour favoriser le retour au calme</p>	<p>Association Magnésium/ vitamine B6 Ex: <i>Magnésium vitamine B6</i>®, Mag 2®, Ergystress sommeil®</p> <p></p> <p></p> <p>Mélatonine Ex: <i>Chronobiane</i>®, Ergystress sommeil®</p> <p></p> <p></p>	<p>Troubles mineurs du sommeil + angoisse, nervosité, anxiété</p> <p>HE de Lavande HE de Verveine HE de Oranger amer ✨ HE de Orange douce ✨ HE de Mandarinier ✨ HE de Néroli Ex: <i>Novanuit phyto+</i>®</p> <p></p> <p>Spasmes, manifestations du stress</p> <p>HE de Camomille</p> <p>Difficultés d'endormissement</p> <p>HE de Ylang ylang</p> <p> Diffusion, inhalation sèche, voie orale, voie cutanée diluée (poignets)</p>	<p>Troubles du sommeil liés aux bouffées de chaleur</p> <p>Lachesis mutus (9CH, 5gr 3x/j) Actaea racemosa (9CH, 5gr 3x/j)</p> <p>Difficultés d'endormissement (15 CH, 5gr au coucher)</p> <p>Sommeil disparaît au coucher → Ambra grisea Hyperexcitation au coucher → Coffea cruda Trac d'anticipation → Gelsemium Suite d'émotions fortes → Ignatia amara Surmenage intellectuel → Kalium phosphoricum/ Phosphoricum acidum Sport le soir → Arnica montana Jambes lourdes → Zincum metallicum Spasmes/ palpitations → Valeriana officinalis Volonté de retarder le moment du coucher → Pulsatilla Anxiété à l'approche du coucher → Phosphorus</p> <p>Réveils nocturnes (15CH, 5gr au coucher + 5gr/réveil)</p> <p>Cauchemars → Stramonium Réveils en sursauts → Hyoscyamus niger Angoisse ++ → Arsenicum album Repas lourd la veille → Nux vomica</p> <p>  </p>

ANNEXE V : Outil « Troubles de l'humeur » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

Troubles de l'humeur			
Phytothérapie	Micronutrition	Aromathérapie	Homéopathie
<p>Dépression légère à modérée Millepertuis ▲ inducteur enzymatique Safran Ex: Phytostandard®</p> <p>Dépression légère, stress, anxiété Griffonia Rhodiola Ex: Phytostandard®, Arkorelax stress control®, Euphytose zen®</p> <p>Adaptogène, fatigue/asthénie, états d'épuisement Ginseng Eleuthérocoque Ex: Arkorelax stress control®</p>   	<p>Association Magnésium/ vitamine B6 Ex: Magnésium vitamine B6®, Mag 2®, Ergymag®</p>    <p>L-tryptophane Ex: Ergystress seren®</p>  <p>L-tyrosine Ex: Ergystress activ®</p> 	<p>Stimulation psychique HE de Cannelle</p> <p>Régulation nerveuse HE de Ravintsara</p> <p>Déprime, fatigue, anxiété HE de Marjolaine à coquilles</p> <p>Dépression, anxiété HE de Litsée citronnée</p> <p>💡 Diffusion, inhalation sèche, voie orale, voie cutanée diluée (poignets)</p>	<p>Trac d'anticipation Gelsemium</p> <p>Humeur changeante, dépression Lachesis mutus</p> <p>Changement rapide d'humeur Ignatia amara</p>  <p>Perte de confiance, repli sur soi, pessimisme Sepia officinalis</p> <p>Troubles de l'humeur, insomnies Actaea racemosa</p>  <p>Surmenage et asthénie Phosporicum acidum</p> <p>Repli sur soi, susceptibilité, recherche de solitude Staphysagria</p> <p>Anxiété devant une faiblesse générale Arsenicum album → 15CH, 5gr 3x/j</p>










ANNEXE VI : Outil « Ostéoporose » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

Ostéoporose		
<p>Phytothérapie</p> <p>☞ Plantes diurétiques CI si IR</p> <p><i>Prêle</i> <i>Ortie</i></p> <p> Action reminéralisante</p>	<p>Micronutrition</p> <p>Association calcium + vitamine D Ex: Ergyostéo®, Osteobiol®</p>   <p>Silice Ex: Calcibiane®</p> 	<p>Homéopathie</p> <p>Comblent les carences potentielles</p> <p>Calcarea fluorica</p> <p>Ou</p> <p>Calcarea phosphorica</p> <p>Ou</p> <p>Calcarea carbonica</p> <p>Ou</p> <p>Calcarea composée (15CH, 1 dose/semaine)</p> <p>Parathyroïdinum (30CH, 1 dose/semaine, freiner la sécrétion)</p> <p>Foliculinum (30CH, 1 dose/mois, stimuler la sécrétion)</p> <p>+</p> <p>FSH (30CH, 1 dose/mois)</p> <p>Prévention de l'ostéoporose</p> <p>Natrum muriaticum (9CH, 1 dose/semaine)</p>  <p>Fragilité osseuse</p> <p>Silicea (30CH, 1 dose/mois)</p> <p>Si antécédents de fractures</p> <p>Symphytum (4CH, 5gr/j)</p> <p>Si carence en calcium</p> <p>Cartilago (4CH, 5gr/j)</p> 

ANNEXE VII : Outil « Syndrome génito-urinaire » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

Syndrome génito-urinaire		
Probiotiques + Micronutrition (Vitamine B)	Topiques locaux	Homéopathie
<p>Voie orale Ex: <i>Erythrophilus intima</i>®, <i>Symbiosys intimalia</i>®, Gynéquilibré®, Manhaé intima équilibré®</p>  <p>Voie vaginale Ex: Feminaflo® , Physioflor flore vaginale®</p>  <p style="text-align: center;">  Réensemencer la flore en lactobacilles qui protègent la flore en sécrétant de l'acide lactique qui apporte un pH acide . </p>	<p>Gels lubrifiants Ex: Monasens®, Replens®, Taïdo gel intime®, Hydralin gel lubrifiant®, Sensilube®</p>  <p>Ovules Ex: Mucogyne ovules intimes®</p>  <p>Crèmes Ex: Saforelle crème apaisante intime®</p>  <p>Soins lavants hydratants Ex: Hydralin sécheresse®, Saforelle soin lavant ultra hydratant®</p> 	<p>Stimuler la sécrétion oestrogénique Folliculinum (5CH, 5 gr/j)</p> <p>Muqueuse sèche, fissurée Calcarea fluorica (15CH, 1dose/semaine)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Sensation de plaie vive, écorchure, prurit intense Causticum</p> <p>Sécheresse vaginale, troubles de la libido Sepia officinalis</p> <p>Brûlures, sécheresse vaginale Lycopodium clavatum</p> <p>Vulve irritée, asséchée, craquelée, prurit Alumina</p> <p>Fissures, prurit amélioré par le froid Fluoricum acidum</p> <p>Épaississement cutané, prurit amélioré par grattage Radium bromatum</p>

ANNEXE VIII : Outil « Autres symptômes (vieillesse cutané, variation pondérale, troubles de la libido, troubles cognitifs) » nécessaire à la réalisation de l'entretien « L'Accompagnement de la femme ménopausée à l'officine »

Autres symptômes			
Vieillesse cutané	Variation pondérale	Troubles de la libido	Troubles cognitifs
<p>Phytothérapie</p> <p>Onagre Ex: Ergyona®</p> <p>Micronutrition</p> <p>Sélénium Ex: oligosol sélénium® Vitamine E Ex: Ergyona®</p> <p>Aromathérapie</p> <p>HE de bois de Hô HE d'hélichryse italienne HE de bois de rose HE de ciste HE de pamplemousse ☀ HE de carotte HE de patchouli HE d'Ylang ylang</p> <p>Propriétés anti-oxydantes et régénérantes. Voie cutanée diluée dans une crème de soin ou huile végétale de noyau d'abricot.</p>  	<p>Aromathérapie</p> <p>Plantes diurétiques CI si IR</p> <p>Bouleau Cerisier Chiendent Prêle des champs Pissenlit Frêne élevé Reine des prés Cassissier Sureau noir Thé de Java Verge d'or Ex: BOP®, Water pill®,</p> <p>Micronutrition</p> <p>Chrome Ex: Granions®</p>     	<p>Aromathérapie</p> <p>HE de santal HE de gingembre HE d'Ylang ylang HE de poivre noir HE de sarriette des montagnes</p> <p>Propriétés aphrodisiaques et vasodilatatrices. A utiliser par voie cutanée diluée lors d'un massage, ou dans un bain (⚠ ne pas oublier la base dispersante)</p> 	<p>Phytothérapie</p> <p>Ginkgo biloba Ex: Tanakan®</p> 

SERMENT DE GALIEN

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, 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 j'y manque.



RÉSUMÉ

La ménopause est une période clé de la vie d'une femme. Le tabou que représente quelquefois cette période charnière au sein de la société laisse quelquefois la femme ménopausée seule face aux désagréments rencontrés et aux questionnements. Le pharmacien est souvent le premier interlocuteur auquel la patiente expose ses problèmes. Il se doit donc de pouvoir apporter une prise en charge optimale et individualisée, à ses patientes.

Les différents symptômes potentiellement rencontrés par la femme en période de ménopause seront détaillés, de même que les fonctionnements physiologiques en étant à l'origine.

Nous aborderons tous les aspects de la prise en charge de la femme ménopausée, du traitement hormonal à la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique en passant par les différentes médecines alternatives envisageables et les diverses règles hygiéno-diététiques à mettre en œuvre au quotidien.

Une attention particulière a été apportée au traitement hormonal substitutif afin de dresser un état des lieux des effets indésirables réellement induits et des précautions à prendre pour les éviter.

Enfin, un modèle d'entretien permettant une prise en charge individualisée et adaptée aux attentes et convictions de la patiente est proposé. Les outils permettant la mise en place de cet entretien sont également proposés.

MOTS-CLÉS

- Ménopause
- Femme
- Traitement hormonal substitutif
- Ostéoporose
- Médecines alternatives
- Entretien
- Conseil officinal
- Pharmacie d'officine