

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2023 - 2024

N° 43

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

KERIEL Coline

Née le 5 mai 2000 à Le Chesnay (78)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 JUILLET 2024

**La place du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des
femmes ménopausées et développement d'un entretien
pharmaceutique afin d'améliorer leur prise en charge**

JURY

Président : Véronique MAUPOIL-DAVID, Professeur des Universités, Faculté de
Pharmacie – Tours

Membres :

Laura FOUCAULT-FRUCHARD, Pharmacien Clinicien MCU-PH, CHRU Tours

Vanessa BREBION, Pharmacien d'officine, Parçay-Meslay

Laura DROUET, Gynécologue Obstétricien, Chambray-les-Tours

ANNEE : 2023 - 2024

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseeurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

14 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLoGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITE

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

35 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE

JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL

Mathilde

Filière Officine

4 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

4 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

KICHOU	Hichem	CHIMIE ANALYTIQUE
--------	--------	-------------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 contrat d'enseignement

GERBIER (contrat	Soledad	ANGLAIS
------------------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : Mercredi 10 juillet 2024

L'étudiant

Mme KERIEL Coline

Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND

Remerciements

A Mme Véronique Maupoil, Présidente de jury,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Votre engagement constant tout au long de ces années d'enseignement a été d'une grande importance pour moi, et je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance.

A Mme Laura Foucault-Fruchard, Directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Vos conseils ont été précieux, et votre disponibilité très appréciable. Je vous remercie du temps que vous avez consacré à ce projet.

A Mme Vanessa Brebion, Directrice de thèse,

Merci pour tout. Vous avez accepté de prendre ce rôle pour la première fois à mes côtés, et je vous en suis profondément reconnaissante. Vous m'avez transmis votre passion pour ce métier et m'avez aidée à grandir, à me préparer à débiter ma vie professionnelle. Vos conseils ont été précieux. Je vous remercie pour votre accompagnement bienveillant et pour vos encouragements constants.

A Mme Laura Drouet, Membre du jury,

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail et d'assister à ma soutenance. Votre avis éclairé de spécialiste a été fondamental pour clôturer ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité.

A Paul, mon compagnon,

Merci de m'accompagner tous les jours et de ton soutien infailible. Tu m'as épaulée à chaque moment de doute et m'as poussée vers le haut. Merci pour tout. Je t'aime.

A ma maman et mon papa,

Merci de croire en moi dans tout ce que j'entreprends et de m'encourager à chaque instant. Votre soutien quotidien a compté plus que vous ne pouvez l'imaginer, et parfois ce sont les gestes les plus simples qui m'ont le plus touchée. Je vous aime.

A Manon, ma grande sœur,

Merci de m'avoir montré le chemin. Désormais nous avons deux pharmaciennes dans la famille.

A l'ensemble de ma famille,

Merci pour vos encouragements qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail. Cette réussite, je la partage avec vous tous.

A Frédérique, ma belle-mère,

Merci pour ton aide précieuse, tes conseils avisés, et pour toutes les heures que tu as consacrées à améliorer ce travail.

A ma belle-famille,

Merci de votre soutien et de votre participation sans relâche à ce travail. Vous êtes une équipe formidable remplie d'amour, je vous en remercie du fond du cœur.

A Mélanie, mon amie,

Mon binôme de choc. Notre aventure commence en pharma mais ira bien plus loin. Merci pour nos discussions toujours constructives et de ton aide sans relâche.

A Marine, mon amie,

Merci pour ta bonne humeur et tes encouragements toujours positifs.

SOMMAIRE

Liste des figures	9
Listes des tableaux	10
Listes des abréviations	11
I. Introduction	12
II. La ménopause	13
A. La définition	13
B. L'épidémiologie	13
C. Le diagnostic	14
D. Le rôle des œstrogènes	15
E. Les signes cliniques.....	17
1. Les symptômes vasomoteurs	17
2. Le syndrome génito-urinaire	18
3. Les troubles du sommeil.....	19
4. Les troubles de l'humeur et cognitifs	20
5. Les troubles cutanés et des phanères	21
6. La sécheresse oculaire	21
7. Les maux de tête.....	22
8. Les douleurs musculaires et articulaires	22
9. La prise de poids et anomalies métaboliques	22
F. Les comorbidités potentielles liées à la ménopause	23
1. Les maladies cardio-vasculaires.....	23
2. L'ostéoporose.....	24
G. La prise en charge médicamenteuse.....	25
1. Les traitements spécifiques : les traitements hormonaux substitutifs	25
a) L'efficacité des THM	25
b) Les contre-indications aux THM	26
c) Les risques associés aux THM	26
d) L'initiation et le suivi du traitement.....	27
e) Les schémas d'administration	27
f) Les voies d'administration	28
g) La prescription	29
h) Les molécules.....	30
2. Les traitements non spécifiques.....	32
3. Les médicaments en vente libre.....	33
H. La prise en charge non médicamenteuse	33
1. L'aromathérapie	33
2. L'homéopathie	34
3. La phytothérapie.....	34
4. Les autres suppléments.....	39
5. Les approches non pharmacologiques	39
6. Les règles hygiéno-diététiques	40
a) L'alimentation.....	40
b) La supplémentation en calcium.....	41
c) La supplémentation en vitamine D.....	42
d) L'activité physique	42
e) L'hygiène de vie.....	43

III.	<i>États des lieux auprès des patientes et des pharmaciens d'officine</i>	46
A.	Introduction	46
B.	Matériel et méthode	47
1.	Le questionnaire destiné aux pharmaciens	47
2.	Le questionnaire destiné aux patientes	48
C.	Résultats	49
1.	Présentation des résultats	49
a)	Réponses des pharmaciens	49
b)	Réponses des patientes	60
2.	Analyse des résultats	74
a)	Analyse du questionnaire « pharmacien »	74
b)	Analyse du questionnaire « patiente »	76
D.	Discussion	79
IV.	<i>Proposition d'amélioration de l'accompagnement des patientes : mise en place d'un entretien pharmaceutique</i>	81
A.	Matériel et méthode	81
1.	Construction de l'entretien	81
a)	Méthodologie du livret « synthèse »	82
b)	Méthodologie du guide d'entretien	82
c)	Méthodologie de la fiche « mon hygiène de vie »	83
d)	Outil supplémentaire : carte mentale des produits conseils	83
2.	Mise en place de l'entretien	84
3.	Évaluation	84
B.	Résultats	85
1.	Entretien n°1	85
2.	Entretien n°2	87
3.	Entretien n°3	88
4.	Entretien n°4	90
5.	Entretien n°5	91
C.	Discussion	92
V.	<i>Conclusion</i>	95
	<i>Références bibliographiques</i>	96
	<i>Annexes</i>	105

Liste des figures

Figure 1 : Proportion du temps travaillé en officine par les pharmaciens	50
Figure 2 : Répartition des officines en fonction de leurs localisations	50
Figure 3 : Fréquence à laquelle les pharmaciens sont sollicités au comptoir par les femmes pour des conseils concernant la ménopause.....	51
Figure 4 : Présentation des différents symptômes de la ménopause en fonction de la fréquence des demandes de conseils au comptoir.....	52
Figure 5 : Proportion des interrogations supplémentaires concernant la ménopause	53
Figure 6 : Répartition des différentes solutions proposées par les pharmaciens pour répondre aux besoins des patientes.....	55
Figure 7 : Répartition des pharmaciens en fonction de leurs formations sur la ménopause ..	57
Figure 8 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause	58
Figure 9 : Répartition des pharmaciens selon leur intérêt pour l'entretien pharmaceutique .	58
Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de leur âge	60
Figure 11 : Représentation du statut des femmes par rapport à la ménopause	61
Figure 12 : Répartition des femmes en fonction de la présence des symptômes	61
Figure 13 : Répartition des femmes ménopausées en fonction de l'âge de survenue des premiers symptômes	62
Figure 14 : Répartition des symptômes en fonction de leur intensité	63
Figure 15 : Répartition de la fréquence des symptômes.....	65
Figure 16 : Impact des symptômes de la ménopause sur la qualité de vie quotidienne des femmes ménopausées.....	66
Figure 17 : Répartition des différentes solutions adoptées par les patientes pour atténuer leurs symptômes.....	67
Figure 18 : Proportion des différentes catégories sélectionnées par les patientes concernant leur hygiène de vie.....	70
Figure 19 : Proportion des différentes sources utilisées par les femmes pour obtenir des informations sur la ménopause.....	71

Figure 20 : Distribution des femmes en fonction de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause	72
Figure 21 : Répartition des femmes selon leur intérêt pour l'entretien à l'officine	72
Figure 22 : Répartition des femmes selon leur intérêt pour l'entretien à l'officine en fonction de leur statut ménopausique et de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause	73
Figure 23 : Répartition des femmes en fonction de leur âge, de leur statut ménopausique et de leur symptomatologie	77

Listes des tableaux

Tableau 1 : Molécules d'œstrogènes utilisées en fonction de leurs voies d'administration	30
Tableau 2 : Progestatifs utilisés en fonction de leurs voies d'administration.....	31
Tableau 3 : Spécialités contenant un œstrogène et un progestatif en fonction de leurs voies d'administration.....	31
Tableau 4 : Spécialités commercialisées en phytothérapie	36

Listes des abréviations

IOP	Insuffisance Ovarienne Précoce
NO	Oxyde Nitrique
GABA	Acide Gamma AminoButyrique
AVV	Atrophie Vulvo-Vaginale
LDL-c	Low Density Lipoprotein cholesterol (Lipoprotéine de basse densité du cholestérol)
HDL	High Density Lipoprotein (Lipoprotéine de haute densité)
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
THM	Traitement Hormonal de la Ménopause
THS	Traitement Hormonal Substitutif
HAS	Haute Autorité de Santé
STEAR	Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
SERM	Selective Estrogen Receptor Modulators (Modulateurs Sélectifs des Récepteurs Oestrogéniques)
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
MRS	Ménopause Rating Scale
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Neurostimulation électrique transcutanée)
CA	Compléments Alimentaires

I. Introduction

La ménopause représente une étape inévitable dans le parcours de vie de chaque femme. Nombreuses la vivent difficilement physiquement avec des symptômes d'inconfort et psychologiquement. Sa prise en charge peut être parfois minimisée, du fait qu'elle n'est pas considérée comme une maladie, mais comme une période naturelle de la vie.

Professionnel de santé de proximité, le pharmacien d'officine joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des patients, dont les femmes ménopausées.

Dans l'objectif de renforcer le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la ménopause, une étude auprès des pharmaciens d'officine ainsi qu'auprès des femmes ménopausées a été réalisée afin de connaître les besoins et attentes de chacun. L'analyse de ces deux études a permis de construire un entretien pharmaceutique le plus adapté aux besoins des femmes ménopausées. Ainsi, le pharmacien peut utiliser cet outil afin de proposer à ses patientes des conseils adaptés.

Ce travail débute par la présentation de la ménopause dans sa globalité afin de rappeler les éléments fondamentaux et les symptômes d'inconfort pouvant être rencontrés par les femmes. Puis, la seconde partie s'intéresse à la réalisation des questionnaires ainsi qu'à la présentation de leurs résultats. Au regard de ceux-ci, un guide d'entretien pharmaceutique a été élaboré avec une mise en pratique au sein d'une officine. Des propositions d'amélioration pour la prise en charge des femmes ménopausées se dessinent dès les premiers entretiens. Elles sont présentées à la fin de ce travail.

II. La ménopause

A. La définition

La ménopause n'est pas une maladie, mais un événement naturel marqué par l'arrêt du fonctionnement ovarien. Cliniquement, cela se manifeste par l'arrêt définitif des menstruations mais aussi par l'apparition de symptômes et signes pouvant impacter la qualité de vie de la femme et augmenter la survenue de certaines pathologies (1).

A la naissance, les ovaires d'une femme contiennent un nombre limité de follicules ovariens. Au cours de la vie, et à chaque cycle menstruel, la réserve folliculaire diminue progressivement jusqu'à s'épuiser. Par conséquent, la production d'œstrogènes et de progestérone s'arrête, ce qui révèle la ménopause (2).

B. L'épidémiologie

La ménopause physiologique survient entre 45 et 55 ans. L'âge moyen d'apparition est de 51 ans (3). En France, dix millions de femmes sont ménopausées (4). 87% d'entre elles présentent au moins un symptôme et 20 à 25% souffrent de manifestations sévères qui affectent leur qualité de vie (5).

Avant d'atteindre la ménopause, les femmes traversent une étape de transition connue sous le nom de péri-ménopause. Elle correspond à la période où débute l'anomalie des cycles avec la survenue de signes cliniques jusqu'à l'arrêt complet de l'activité ovarienne. Elle survient en moyenne à 47 ans et dure 4 ans (3).

Il existe des facteurs génétiques et environnementaux qui influencent l'âge de survenue de la ménopause. Les facteurs génétiques correspondent à au moins 50% de la variabilité inter-individuelle. Les facteurs environnementaux tels que l'alimentation restrictive et le tabagisme accéléreraient l'âge d'apparition de la ménopause par de multiples mécanismes. A l'inverse, l'obésité la retarderait (6,7).

Toutefois, un à deux pour cent des femmes ont une ménopause précoce également appelée l'insuffisance ovarienne prématurée (IOP). Elle est suspectée devant une aménorrhée chez une femme de moins de 40 ans (8). Celle-ci peut être spontanée ou provoquée.

Certains facteurs influençant la survenue de l'IOP ont été identifiés. Pour commencer, elle peut être imputable à une radiothérapie pelvienne, à une chimiothérapie, à une chirurgie ovarienne, à une intervention dans le cadre d'endométriose, ou à une exposition in utero à des toxines comme le tabac. Par ailleurs, il existe des causes génétiques nécessitant la réalisation d'un caryotype pour mettre en évidence principalement des anomalies sur le chromosome X à l'origine du syndrome de Turner. Enfin, il est possible que l'IOP soit associée à des pathologies auto-immunes. Néanmoins, dans 90% des cas, aucune étiologie n'est retrouvée (9).

C. Le diagnostic

En situation classique, le diagnostic est majoritairement basé sur les signes cliniques en lien avec l'âge de la patiente. On considère qu'une femme est ménopausée lorsqu'elle a une aménorrhée pendant 12 mois consécutifs. C'est pourquoi on parle de diagnostic rétrospectif (10).

En cas de doute, il est possible de réaliser un test à la progestérone. Il consiste à prescrire un progestatif dix jours par mois pendant trois mois. Si aucun saignement ne se produit à l'arrêt du progestatif, la ménopause est confirmée (10).

Un diagnostic biologique peut être établi dans certaines situations en effectuant des dosages hormonaux. Une femme ménopausée présentera un taux plasmatique de progestérone effondré, inférieur à 0,7 µg/L, tandis que chez une femme non ménopausée, ce taux varie entre 0,2 et 28 µg/L en fonction de la phase menstruelle (11). De plus, le taux plasmatique d'œstrogènes sera inférieur ou égal à 20 pg/ml, alors que chez la femme non ménopausée il est compris entre 40 à 400 pg/ml (12).

D. Le rôle des œstrogènes

Les œstrogènes jouent un rôle important dans l'organisme féminin.

Au niveau de la sphère génitale, ils ont de nombreux récepteurs au sein des voies urinaires inférieures et au niveau vulvo-vaginal en raison de leur origine embryonnaire commune (13). Les œstrogènes favorisent la prolifération des cellules épithéliales vaginales, lesquelles sont riches en glycogène, la source d'énergie principale des bacilles de Döderlein, organismes vivants prédominants de la flore vaginale saprophyte. Ces lactobacilles hydrolysent le glycogène en glucose, qui est ensuite métabolisé en acide lactique. Cette production contribue au maintien d'un pH vaginal acide, compris entre 3,5 et 4,5. Les œstrogènes contribuent également à préserver l'épithélium vaginal, caractérisé par sa rugosité et son humidité. De plus, ils augmentent le flux sanguin, jouant ainsi un rôle dans le processus de lubrification par le phénomène de transsudation (13,14).

Par rapport à l'appareil locomoteur, les œstrogènes participent au maintien de la fonction musculosquelettique et à la régulation du métabolisme du cartilage (15). Ils contrôlent le remodelage osseux afin de maintenir un os solide et résistant. Ce cycle dynamique permanent de formation et de destruction de l'os nécessite un équilibre constant entre les ostéoblastes et les ostéoclastes. Les œstrogènes agissent au niveau des ostéoblastes en stimulant la synthèse de la matrice osseuse et vont intervenir au niveau des ostéoclastes en diminuant la résorption du tissu osseux (16).

Ils ont aussi une action protectrice au niveau de l'appareil cardiovasculaire. Ils augmentent la synthèse d'oxyde nitrique (NO) provoquant une vasodilatation de l'endothélium, et diminuent la synthèse d'endothéline qui est un puissant vasoconstricteur. Ils ont des effets anti-oxydants, anti-inflammatoires, et diminuent le tonus vasculaire. De plus, les œstrogènes inhibent la prolifération des cellules musculaires lisses et l'expression endothéliale de molécules d'adhérence inflammatoire et ils régulent le métabolisme des lipoprotéines. Enfin, ils diminuent l'expression des récepteurs AT1 du système rénine angiotensine favorisant une vasodilatation et une diminution de la rétention hydrosodée rénale ce qui implique une

diminution de la volémie et par conséquent une diminution de la pression artérielle (17–19).

Les œstrogènes sont aussi impliqués dans la modulation du système nerveux en tant que puissants neuromodulateurs de la sérotonine et de la noradrénaline, deux neurotransmetteurs thermorégulateurs. Ils agissent au niveau de l'hypothalamus, le principal centre de l'homéostasie thermique afin de maintenir une température corporelle centrale optimale pour assurer l'intégrité et le fonctionnement des organes, quelles que soient les variations de température environnementale (15).

Les récepteurs aux œstrogènes sont également présents au sein du système nerveux central, pour participer à la régulation de l'humeur et des fonctions cognitives (6,7). Ils augmentent la disponibilité de la noradrénaline et la concentration des récepteurs de la sérotonine, tout en modulant la structure de l'hippocampe pour améliorer la plasticité synaptique, jouant un rôle dans les fonctions d'apprentissage et de mémoire (6,15,21).

Les œstrogènes ont aussi un effet neuroprotecteur (19). Ils modulent le système trijumeau-vasculaire en inhibant la libération de peptides impliqués dans le processus de déclenchement des migraines. De plus, ils renforcent le système sérotoninergique jouant un rôle protecteur contre les migraines et favorisent l'expression de molécules possédant une action antinociceptive, telle que l'acide gamma aminobutyrique (GABA). Ils modulent positivement le système opioïdergique qui diminue la douleur. Ils augmentent le taux d'ocytocine qui a un rôle de prévention des migraines. Enfin, ils jouent un rôle protecteur contre l'inflammation neurogène en inhibant des biomarqueurs de l'inflammation (cytokines pro-inflammatoires et prostaglandines) (22,23).

Pour finir, les récepteurs aux œstrogènes sont amplement exprimés au niveau des kératinocytes épidermiques, des fibroblastes dermiques, des vaisseaux sanguins, ainsi qu'au sein des mélanocytes (24,25). Les kératinocytes favorisent l'hydratation de l'épiderme et créent une barrière protectrice imperméable aux agents exogènes. (24,25). Les fibroblastes synthétisent le collagène, l'élastine, ainsi que l'acide hyaluronique. Respectivement, ils sont responsables de la densité, l'élasticité et la fermeté de la peau (25–28). Les œstrogènes permettent le stockage de la graisse au

niveau fémoral et du fessier, tandis que les androgènes facilitent le stockage au niveau abdominal (29,30).

E. Les signes cliniques

Les signes cliniques de la ménopause peuvent être répartis en deux catégories. Tout d'abord, il y a le syndrome climatérique qui correspond aux signes cliniques principaux de la ménopause tels que les symptômes vasomoteurs et le syndrome génito-urinaire. Cela s'accompagne généralement d'autres signes qui sont moins spécifiques comme les troubles du sommeil, l'anxiété, l'humeur dépressive, une détérioration de la qualité de la peau, des maux de tête, des douleurs articulaires ainsi qu'une prise de poids. Par la suite, la ménopause peut favoriser sur le long terme les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose.

1. Les symptômes vasomoteurs

Les symptômes vasomoteurs touchent près de 80% des femmes et persistent en moyenne 7,4 ans. Ce sont les symptômes dominants de la ménopause. Ils affectent la qualité de vie des femmes et leur santé globale (31–33).

Lors de la ménopause, le sevrage en œstrogènes entraîne un dysfonctionnement de la thermorégulation lié aux déséquilibres des neurotransmetteurs thermorégulateurs. De plus, il existe un rétrécissement de la zone thermoneutre entraînant une susceptibilité accrue aux changements subtils de la température corporelle centrale (15,20).

Lorsque les femmes se trouvent au-dessus de la zone optimale, l'organisme va essayer de dissiper la chaleur en réalisant une vasodilatation périphérique. Cela se manifeste par des bouffées de chaleur, une transpiration abondante, des sueurs nocturnes, une rougeur de la peau, notamment du visage, du cou et de la poitrine, qui sont intenses et soudaines (20,31).

En moyenne, les femmes ressentent 4 à 5 bouffées de chaleur par jour, durant 1 à 5 minutes (20,33).

Ces symptômes sont régulièrement suivis d'une phase de frissons liés à la vasoconstriction périphérique pour compenser la perte de chaleur excessive et rétablir une température corporelle centrale optimale (20).

Ces symptômes entraînent une augmentation de la vulnérabilité psychologique et physique des femmes. Cela peut aboutir à une altération de leur qualité de vie avec des troubles du sommeil, de l'anxiété, des palpitations, une productivité au travail diminuée... (20,31).

Les symptômes vasomoteurs sont intenses lors de la péri-ménopause et s'atténuent dans la période post-ménopausique pour certaines femmes. Cette atténuation est imputable à l'adaptation du cerveau au cours du temps à un niveau neurochimique différent pour permettre de rétablir une régulation normale de la température (20).

La probabilité de développer les symptômes vasomoteurs peut être accentuée par différents facteurs. Parmi eux, il y a le tabagisme, l'obésité, une faible activité physique, un statut socio-économique défavorable, ainsi que la présence de troubles de l'humeur sous-jacents (15).

2. Le syndrome génito-urinaire

La diminution du taux d'œstrogènes lors de la ménopause provoque chez certaines femmes un syndrome génito-urinaire. Ce syndrome également connu sous le nom d'atrophie vulvo-vaginale (AVV), d'atrophie urogénitale, ou de vaginite atrophique est une affection chronique courante qui est progressive touchant les voies urinaires inférieures ainsi que le tissu vulvo-vaginal (13,34).

Cette AVV peut survenir à tout moment du cycle de vie d'une femme, cependant elle est davantage présente lors de la ménopause. A cette étape de la vie, la prévalence est proche de 50%, affectant la fonction sexuelle et la qualité de vie (15,34).

L'AVV se traduit cliniquement par un risque accru d'infections urinaires, vaginales et d'inflammation en raison de la diminution de la colonisation des lactobacilles

impliquant la chute d'acide lactique. L'alcalinisation du pH vaginal au-delà de 5 favorise le développement de pathogènes (13,14).

La symptomatologie vulvo-vaginale se caractérise par une sécheresse vaginale, des irritations, des brûlures, des ulcérations, des leucorrhées et des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie) résultant de la perte de lubrification liée à la diminution du flux sanguin. Cela peut engendrer une baisse de la libido et une perte du plaisir sexuel (14,34).

De plus, l'épithélium moins rugueux s'amincit, la muqueuse devient pâle, sèche, avec des pétéchies. L'amincissement provoque une perte d'élasticité imputable à la chute de collagène, d'élastine et d'acide hyaluronique (13,34).

La symptomatologie urinaire se manifeste par une incontinence urinaire avec des mictions urgentes, fréquentes, impérieuses, et une dysurie. Cela est expliqué par l'atrophie du trigone de la vessie et du tractus urogénital ainsi que par une diminution de la pression de la fermeture urétrale (13,14,34).

Le diagnostic est majoritairement basé sur la clinique, mais un pH vaginal supérieur ou égal à 4,6 conforte le diagnostic d'AVV. Cependant, c'est un symptôme de la ménopause qui est fortement sous diagnostiqué lié à un « tabou social » chez les femmes lorsqu'il faut parler de ce sujet (13,34).

3. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les femmes ménopausées. En effet, plus de 50% des femmes ménopausées signalent ressentir cette manifestation clinique (35).

Ces troubles du sommeil se manifestent par un allongement du temps d'endormissement et des réveils nocturnes fréquents, ce qui signifie qu'il est difficile de maintenir le sommeil (36). Par conséquent, le sommeil est de mauvaise qualité et non réparateur. Le signe prédominant est le réveil nocturne (21). Cela a un impact

négalif sur la qualité de vie, avec pour conséquence à long terme, une altération de la santé physique et psychique (37).

Les étiologies sont multifactorielles. En effet, plusieurs facteurs peuvent être intriqués comme les changements physiologiques associés au vieillissement, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, et le syndrome des jambes sans repos. Les autres symptômes de la ménopause peuvent aussi impacter le sommeil tels que les bouffées de chaleur nocturnes, les troubles urinaires, le stress, les symptômes anxieux et dépressifs (21,38).

De plus, la sécrétion endogène de mélatonine diminue avec l'âge et particulièrement lors de la ménopause, provoquant un déséquilibre du cycle de sommeil (39).

4. Les troubles de l'humeur et cognitifs

Lors de la ménopause, la diminution de sérotonine et de noradrénaline est impliquée dans la symptomatologie dépressive. Physiologiquement, les femmes ont un risque 1,5 à 1,7 fois plus élevé que les hommes de développer un épisode dépressif et ce risque est multiplié par 4 lors de la transition ménopausique. On qualifie cette période de « fenêtre de vulnérabilité ». Cet état dépressif peut être associé à de l'anxiété et à de l'irritabilité lors de la ménopause (6,21,40).

Toutefois, cette clinique peut être renforcée par les symptômes apparaissant à la ménopause, tels que les symptômes vasomoteurs et les troubles du sommeil, mais aussi par des facteurs environnementaux, sociaux, et des comorbidités (antécédents de dépression)...(40).

Suite à la diminution des niveaux d'œstrogènes et au processus de vieillissement, un déclin cognitif peut apparaître. Il se caractérise par une diminution de la capacité de mémorisation ainsi que des difficultés de concentration (6,15,21).

5. Les troubles cutanés et des phanères

La déficience en œstrogènes provoque une diminution des kératinocytes au sein de la couche cornée, ce qui affaiblit la capacité de rétention d'eau et la barrière protectrice. Par conséquent, les femmes ménopausées peuvent ressentir de la sécheresse cutanée, accompagnée d'une peau terne, rugueuse et squameuse. Des prurits, des irritations, ainsi que des inflammations peuvent apparaître (24,25).

L'hypo-oestrogénisme engendre également la diminution des fibroblastes dermiques. Au cours des cinq premières années de la ménopause, une diminution d'environ 30% de collagène est observée, induisant un amincissement cutané. De plus, le déclin de l'élastine provoque une baisse de l'élasticité et une hausse de l'extensibilité. Enfin, la réduction d'acide hyaluronique, qui est un glycosaminoglycane, principal constituant de la matrice extracellulaire dermique, provoque une diminution de l'imprégnation en eau endogène, et donc de la turgescence cutanée. Cliniquement, il se manifeste un relâchement cutané et une augmentation des rides liés à l'atrophie cutanée (25–28).

D'autres manifestations cliniques peuvent apparaître au cours de la ménopause. Il peut être observé une diminution de la pigmentation de la peau avec des tâches et une pâleur cutanée (41). De plus, il peut y avoir une altération de la cicatrisation causée par l'hyper inflammation et la diminution de la ré-épithétisation (25).

Enfin, une chute de cheveux ainsi qu'une diminution de leur densité peuvent être observées au cours de la ménopause (7).

6. La sécheresse oculaire

La sécheresse oculaire entraîne de l'inconfort et une diminution de l'acuité visuelle. Sa fréquence augmente pendant la ménopause en raison des modifications hormonales qui perturbent l'homéostasie de la surface oculaire (42).

7. Les maux de tête

Lors de la ménopause, des patientes souffrent de maux de tête. Au début de la ménopause, le risque est augmenté, car la fluctuation hormonale, en particulier oestrogénique, exacerbe la fréquence ainsi que la gravité des céphalées.

Le « sevrage en œstrogènes » va provoquer un inversement des fonctions protectrices, et favoriser le déclenchement de maux de tête chez les femmes ménopausées (22,23).

8. Les douleurs musculaires et articulaires

Les femmes peuvent ressentir des douleurs articulaires ainsi qu'une diminution de leur performance physique. Cela est lié à la sarcopénie, c'est-à-dire à la diminution progressive de la masse musculaire (15). Cette diminution de muscle squelettique va induire une diminution de la dépense énergétique de repos, c'est-à-dire que la dépense énergétique sera amoindrie pour maintenir les processus vitaux (29,43).

9. La prise de poids et anomalies métaboliques

La prise de poids est un signe clinique observé au cours de la période de transition ménopausique. En effet, il y a des changements importants dans la composition corporelle.

Lors de la ménopause, les androgènes deviennent prédominants liés à la hausse du rapport androgène/œstrogène. Cela provoque la redistribution des graisses en faveur d'une hausse de l'adiposité viscérale abdominale. Par conséquent, une hausse du tour de taille est observée et cette modification est un point clé dans la prise de poids. A long terme, cette adiposité abdominale peut augmenter le risque de maladies cardiovasculaires et du syndrome métabolique (29,30).

En revanche, une diminution de la masse maigre pendant la ménopause rend plus difficile la réalisation d'activités spontanées et entraîne un risque potentiel de prise de poids (29,43).

Par ailleurs, le métabolisme lipidique est altéré, en raison de la diminution d'œstrogènes qui provoque un dérèglement de la β oxydation des acides gras. Le catabolisme des lipides est diminué et une hausse des taux sanguins de lipoprotéine de basse densité du cholestérol (LDL-c) s'installe. Cela augmente le risque d'obésité, de troubles métaboliques, et de maladies cardio-vasculaires (29).

F. Les comorbidités potentielles liées à la ménopause

1. Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes ménopausées. L'origine est multifactorielle. Il existe des facteurs environnementaux tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, ou le stress. Ceux-ci sont complétés par les symptômes vasomoteurs présents lors de la ménopause. Il existe d'autres facteurs de risques avec l'apparition d'une modification métabolique et vasculaire, conséquence de la perte progressive d'œstrogènes. L'hypertension artérielle touche une femme sur deux entre 45 et 65 ans (19,44).

Lors de la ménopause, on observe une modification vasculaire caractérisée par un dysfonctionnement endothélial et une rigidité artérielle. En effet, la chute des œstrogènes provoque une vasoconstriction importante, une augmentation de la volémie, du stress oxydatif avec la production de radicaux libres, la production de cytokine pro-inflammatoire, une augmentation de la quantité de cellules musculaires lisses et une augmentation de l'expression de molécules d'adhérence inflammatoire.

Cette accélération du vieillissement vasculaire contribue au développement d'hypertension artérielle et d'athérosclérose. Par conséquent, le risque de complications aiguës est majoré comme l'accident vasculaire cérébral (AVC),

l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque ainsi que les dysfonctionnements cognitifs (17,19,44).

De plus, on peut observer une modification métabolique. Elle est caractérisée par une transformation du profil lipidique (augmentation des triglycérides, du LDL cholestérol, et une diminution du HDL cholestérol), ainsi que par davantage de dépôts graisseux au sein du tissu cardiaque. Cela favorise les maladies coronariennes, l'athérosclérose et les dyslipidémies. Il y a également lors de la ménopause une redistribution des graisses et une insulino-résistance privilégiant l'obésité androïde et le diabète de type deux. Tous ces facteurs sont impliqués dans les maladies cardiovasculaires (17,19,44).

2. L'ostéoporose

Suite à l'effondrement oestrogénique lors de la ménopause, il est observé un déséquilibre du remodelage osseux avec une prédominance de l'activité des ostéoclastes, augmentant ainsi la résorption osseuse, qui n'est pas assez compensée par les ostéoblastes. Cela conduit à une diminution excessive de la densité minérale osseuse et de son architecture ce qui aboutit à une baisse de la résistance osseuse, et à la fragilisation du squelette (16,45).

Cet état hypo-oestrogénique, va mener à l'ostéoporose. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'ostéoporose suivant ces termes : « L'ostéoporose correspond à une fragilité osseuse anormale en rapport avec des anomalies quantitatives et qualitatives du tissu osseux augmentant le risque de fracture ». La gravité de l'ostéoporose est directement liée aux conséquences des fractures (45).

L'ostéoporose post-ménopausique est fréquente, elle représente près de 90% des ostéoporoses, touchant une femme sur trois après 50 ans, soit près de 5 millions de femmes françaises. La perte osseuse est maximale en moyenne dans l'année qui précède les dernières règles et dans les 2 à 3 premières années post ménopausiques (45).

L'ostéoporose est plus fréquente chez la femme que chez l'homme du fait de l'état hypo-oestrogénique qui accélère la perte de densité osseuse (15).

Pour évaluer le risque individuel d'ostéoporose, il est nécessaire de mesurer la densité minérale osseuse au niveau du rachis et du fémur.

La ménopause précoce ainsi que la ménopause iatrogène ou chirurgicale sont des facteurs aggravant de l'ostéoporose, de même que le tabagisme actif et la maigreur. A l'inverse, certains facteurs peuvent ralentir la perte osseuse comme le surpoids, l'obésité, ainsi que la ménopause tardive (45).

G. La prise en charge médicamenteuse

1. Les traitements spécifiques : les traitements hormonaux substitutifs

Les traitements hormonaux de la ménopause (THM), également connus sous le nom de traitements hormonaux substitutifs (THS) sont indiqués uniquement dans deux situations. Ils sont prescrits aux femmes ayant des symptômes climatiques altérant leur qualité de vie ainsi qu'aux femmes ayant un risque accru de fracture et présentant une intolérance ou une contre-indication aux autres traitements indiqués dans la prévention de l'ostéoporose (46).

Seulement 6% des femmes ménopausées ont une prescription de traitements hormonaux substitutifs (5).

Il est recommandé de débiter les THM moins de dix ans après la confirmation du diagnostic de ménopause (47).

a) L'efficacité des THM

L'efficacité des THM est démontrée notamment pour diminuer les symptômes vasomoteurs. En effet, ils permettent de réduire la fréquence des bouffées de chaleur

d'environ 75% et leur sévérité de 87%. D'autres symptômes peuvent être atténués, comme les troubles du sommeil s'ils sont associés aux bouffées de chaleur, ainsi que la dépression légère à modérée présente à la transition ménopausique. Cependant, un traitement antidépresseur reste le traitement de première intention pour la dépression majeure (7).

De plus, les THM sont efficaces pour les symptômes génito-urinaires, notamment contre les sécheresses vaginales. Si la patiente n'a pas d'autre symptôme que génito-urinaire, un THM par voie locale est préconisé (7).

Enfin, ils sont performants en prévention de l'ostéoporose, permettant de réduire le nombre de fractures. Ils vont également permettre de réduire les douleurs articulaires (7).

Cependant, il n'a pas été démontré actuellement d'effets bénéfiques sur la cognition. Concernant les effets cardiovasculaires, les œstrogènes jouent un rôle bénéfique, mais deviennent nocifs aux stades ultérieurs de l'athérosclérose. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser un THM dans la prévention des maladies cardiovasculaires (7).

b) Les contre-indications aux THM

Il existe de multiples contre-indications aux THM, la plupart étant associées à des pathologies hormono-dépendantes. En effet, l'apport d'œstrogènes peut favoriser leur apparition ou aggraver leur évolution (4,48).

c) Les risques associés aux THM

Les traitements oestro-progestatifs sont associés à un risque plus élevé de cancer du sein par rapport à un traitement composé d'œstrogènes uniquement. Ce risque est d'autant plus important si le traitement a une durée supérieure à cinq ans (48).

Par ailleurs, l'utilisation d'œstrogènes seuls induit une prolifération de l'endomètre augmentant significativement le risque de cancer de l'endomètre. Ce risque est

nettement atténué en associant les œstrogènes à des progestatifs qui ont une action anti proliférative (7).

Le risque de cancer de l'ovaire est également affilié aux THM qu'ils soient combinés ou non. Le risque de le développer est majoré à 40% (49).

Par ailleurs, les œstrogènes par voie orale augmentent le risque thromboembolique veineux. La hausse de thrombose veineuse est de 1,7 par rapport au placebo (50).

Le risque coronarien ne semble pas être augmenté lorsque les THM sont utilisés moins de 10 ans après la ménopause ou avant l'âge de 60 ans.

Le risque d'AVC ischémique augmente par la prise d'œstrogènes par voie orale (50).

d) L'initiation et le suivi du traitement

Avant l'initiation d'un THM, il est recommandé de réaliser un examen clinique et gynécologique complet, ainsi que d'analyser les antécédents personnels mais aussi familiaux de la patiente (49).

A un mois de l'initiation, il est conseillé de réaliser une visite de contrôle avec le prescripteur afin d'évaluer la posologie, la tolérance ainsi que l'observance (7).

Au cours du THM, il est conseillé de réévaluer au moins une fois par an le rapport bénéfice risque de la prise en charge et d'effectuer un contrôle clinique et gynécologique comprenant un examen mammaire. Il est possible de suspendre le traitement temporairement afin d'évaluer les symptômes climatiques (49).

e) Les schémas d'administration

Il existe plusieurs schémas d'administration. Le plus répandu est le THM combiné continu, c'est-à-dire qu'il associe des œstrogènes et des progestatifs à des doses constantes sans interruption de prise. Le schéma moins fréquent, est le THM combiné

séquentiel, c'est-à-dire qu'il associe des œstrogènes et des progestatifs, mais avec des doses de progestatifs différentes dans le cycle, conduisant à des hémorragies de privation. La patiente peut choisir entre les deux schémas, et le plus couramment elle opte pour le schéma continu. Cela concerne les femmes non hystérectomisées car elles ont besoin d'un progestatif pour lutter contre l'hyperplasie endométriale (7,47).

Pour les femmes hystérectomisées, il n'y a pas de bénéfice à associer un progestatif, donc elles ont un schéma non combiné composé uniquement d'œstrogènes (7,47).

f) Les voies d'administration

Il existe plusieurs voies d'administration.

Tout d'abord, il y a la voie orale qui a un inconvénient majeur, c'est l'effet de premier passage hépatique qui induit un métabolisme partiel des molécules nécessitant des doses supérieures. Il faut éviter la voie orale lorsqu'il y a une situation à risque vasculaire ou métabolique (4,7).

Pour s'affranchir du passage hépatique, il y a la voie transdermique (percutanée), où les taux sériques sont plus faibles et constants permettant de diminuer le risque de thrombose veineuse. Ils peuvent être sous forme de patch ou de gel. Cependant, les femmes peuvent subir une intolérance locale avec l'apparition d'un érythème et d'un prurit (7,48).

Enfin, il y a la voie vaginale qui peut avoir une indication systémique ou locale sous forme d'ovule, de crème, de gel ou de gélule. Si la thérapeutique est à de fortes doses, l'objectif sera systémique, mais l'avantage est qu'il n'y a pas l'effet de premier passage hépatique. A l'inverse, à des doses plus faibles, l'objectif est local notamment pour limiter les symptômes génito-urinaires comme la sécheresse vaginale et la dyspareunie. Avec cette voie, il peut y avoir une intolérance signalée par un prurit. La voie locale n'entraîne pas de prolifération endométriale et donc elle peut être prescrite sans progestérone (7).

g) La prescription

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'utiliser un THM à une dose minimale efficace sur une durée la plus courte possible avec réévaluation de la balance bénéfice risque régulière (47).

Il existe une grande variabilité inter-individuelle, la posologie doit être adaptée individuellement pour chaque femme. L'objectif n'est pas d'atteindre les niveaux hormonaux présents avant la ménopause, mais d'obtenir la dose la plus faible possible qui permettra d'obtenir un confort symptomatique pour les femmes (7,47).

Il est recommandé de commencer le THM dans les trois premières années qui suivent l'arrêt des menstruations, et de le poursuivre moins de 5 ans, car au-delà le rapport bénéfice risque est défavorable. En effet, plus le traitement est long, plus l'incidence du cancer du sein est grande (4).

Pour les femmes non hystérectomisées, il faut additionner aux œstrogènes un progestatif au minimum douze jours par mois pour diminuer le risque de cancer de l'endomètre (48).

Lors de l'initiation du THM, il est conseillé de débiter par une faible dose d'œstrogènes puis l'augmenter progressivement jusqu'à obtenir une efficacité. La dose de progestatif est corrélée à celle d'œstrogènes, plus la dose d'œstrogènes est élevée, plus la dose de progestatif sera élevée (7).

Concernant la dose standard, la progestérone naturelle doit être dosée à 100mg par jour si la patiente a un schéma continu, et à 200mg pendant 12 jours si elle a un schéma séquentiel pour avoir une sécurité endométriale. Les doses standards d'œstrogènes sont de 2 mg par jour par voie orale, de 50 µg par jour par voie transdermique (patch) et 1,5 mg par jour par voie percutanée (gel) (47).

h) Les molécules

(1) Les œstrogènes

Les molécules les plus couramment utilisées en France sont le 17 β estradiol et l'estriol qui possèdent un tropisme vaginal important (7,47).

Tableau 1 : Molécules d'œstrogènes utilisées en fonction de leurs voies d'administration

(51)

	17 β estradiol	Promestriène	Estriol
Voie orale	Oromone® 1-2mg Provames® 1-2mg		Physiogyne® 1mg
Dispositif trans-dermique (μ g/24h)	Dermestril® 25-50-100 Dermestril septem® 25-50-75 Femsept® 50-75-100 Thais® 25-50 Thais sept® 25-50		
Gel pour application cutanée	Delidose® 0,5 – 1mg/dose Estreva® 0,5mg/dose Oestrodose® 0,75mg/dose		
Voie vaginale	<u>Anneau vaginal :</u> Estring® 2mg	<u>Capsule :</u> Colpotrophine® 10mg <u>Crème :</u> Colpotrophine® 1%	<u>Crème vaginale :</u> Gydrelle® 0,1% Trophicrème® 0,1% Physiogyne® 0,1% <u>Gel:</u> Blissel® 50μg <u>Ovule:</u> Physiogyne® 0,5mg

(2) Les progestatifs

La progestérone naturelle micronisée est indiquée en première intention en France, car elle est efficace contre l'hyperplasie de l'endomètre. Elle est métaboliquement neutre, et ne semble pas augmenter le risque de cancer de sein et de coronaropathie.

La deuxième molécule la plus couramment utilisée est la dydrogestérone (7,47).

Le risque de thrombose veineuse est majoré par l'utilisation de progestatif comme l'acétate de nomégestrol et le promégestone (47).

Tableau 2 : Progestatifs utilisés en fonction de leurs voies d'administration

(45,49)

	Progestérone naturelle micronisée	Progestérone de synthèse	
		Médrogestone	Dydrogestérone
Voie orale	Utrogestan® 100-200mg Progestan® 100-200mg	Colprone® 5mg	Duphaston® 10mg
Capsule vaginale	Estima® 100-200mg		

(3) Les oestro-progestatifs

Tableau 3 : Spécialités contenant un œstrogène et un progestatif en fonction de leurs voies d'administration

(45,49)

	Spécialités	Œstrogène	Progestatif
Voie orale	Activelle® 1/0,5 mg Kliogest® 2/1mg	Estradiol	Acétate de noréthistérone
	Climaston® 0,5/2,5mg – 1/5mg – 1/10mg – 2/10mg		Dydrogestérone
	Climène® 2/1mg – 2/2mg	Valérate d'estradiol	Acétate de cyprotérone
	Divina® 2/10mg Duova® 1/2,5 – 1/5 – 2/5mg		Acétate de médroxy- progestérone
Dispositif trans- dermique	Femseptevo® 50/7 µg/24h Femseptcombi® 50/10 µg/24h	Estradiol	Lévonorgestrel
Voie vaginale (gélule)	<u>Associé à un Lactobacillus :</u> Florgynal® 0,2mg/2mg Trophigil® 0,2/2mg	Estriol	Progestérone

(4) La tibolone (Livial®)

La tibolone (Livial®) est dosée à 2,5mg par comprimé. C'est un médicament appartenant à la famille des STEAR (Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator). C'est un progestatif avec des métabolites actifs oestrogéniques et androgéniques. Il a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour traiter les symptômes de déficit en œstrogènes de la femme ménopausée depuis plus d'un an (47,52).

Il est efficace sur la diminution du risque de fracture et sur la qualité de vie sexuelle, mais il est moins performant que le THS combiné sur les bouffées vasomotrices, et augmente le risque d'AVC. La tibolone n'est pas recommandée en première intention du fait d'une balance bénéfice risque moins favorable que le THM classique (47).

2. Les traitements non spécifiques

Certains médicaments disponibles sur le marché pourraient avoir un intérêt pour diminuer les bouffées de chaleur. En effet, l'utilisation hors AMM de la clonidine (anti-hypertenseur central), la gabapentine, la prégabaline, l'oxybutinine, ainsi que les antidépresseurs tels que la paroxétine, le citalopram, l'escitalopram et la venlafaxine serait efficace pour réduire la fréquence et la sévérité des bouffées vasomotrices (53–55).

D'autre part, des molécules sont indiquées dans l'ostéoporose de la femme ménopausée. En première intention, il est recommandé d'utiliser les biphosphonates (acide alendronique, acide risédronique, acide zolédronique) qui inhibent l'activité des ostéoclastes afin de limiter la résorption osseuse. Ils sont prescrits pour une durée de cinq ans pour les patientes à risque élevé de fractures vertébrales et de la hanche (56,57).

Cependant, les modulateurs sélectifs des récepteurs oestrogéniques (SERM) sont une alternative aux biphosphonates pour les patientes avec une ostéoporose rachidienne. Le raloxifène est un agoniste oestrogénique au niveau des os permettant de maintenir la densité minérale osseuse (57,58).

Enfin, le dénosumab (Prolia®) est indiqué en relais des bisphosphonates chez les patientes à risque élevé de fractures. C'est un anticorps monoclonal humain anti-rank ligand qui limite l'activité des ostéoclastes et de ce fait réduit la perte de densité osseuse (56–58).

3. Les médicaments en vente libre

Certaines femmes vont utiliser un traitement d'appoint pour soulager les bouffées de chaleur comme la spécialité Abufène®. C'est un médicament non remboursé contenant un acide aminé, la bêta alanine, qui agirait sur la vasodilatation périphérique (59).

H. La prise en charge non médicamenteuse

1. L'aromathérapie

L'aromathérapie est une alternative qui peut être utilisée par les femmes ménopausées pour soulager leurs symptômes.

L'huile essentielle de lavande utilisée en inhalation ou en massage est favorable pour réduire le stress ainsi que l'anxiété des femmes ménopausées grâce à ses propriétés anxiolytiques. En effet, la lavande stimule la production d'endorphines ce qui contribue au sentiment d'apaisement et d'estime de soi (60–62).

De plus, elle améliore le désir sexuel et renforce la qualité du sommeil en diminuant les réveils nocturnes par ses propriétés hypnotiques. La lavande diminue la pression artérielle et la fréquence cardiaque. Enfin, elle diminue les symptômes vasomoteurs notamment les bouffées de chaleur (60–62).

L'huile essentielle de néroli améliore les symptômes vasomoteurs et le désir sexuel (63).

L'huile essentielle de menthe poivrée a des propriétés qui lui permettent d'améliorer la qualité du sommeil, les douleurs articulaires ainsi que les dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée (64).

L'huile essentielle de citron utilisée en inhalation réduit l'anxiété et permet de réguler la fréquence cardiaque ainsi que la pression artérielle (64).

Plusieurs huiles essentielles peuvent être utilisées pour soulager les bouffées de chaleur, telles que la sauge sclarée, le cyprès de Provence, et le lentisque pistachier (65).

2. L'homéopathie

L'homéopathie peut être proposée aux femmes souffrant de bouffées de chaleur. Les souches homéopathiques les plus utilisées sont : Lachesis mutus, Sulphur, Sepia officinalis, Belladonna, Glonoinum, Sanguinaria canadensis (66).

Le laboratoire Boiron a commercialisé la spécialité Acthéane® sous forme de comprimés à sucer. Elle est composée principalement de Lachesis mutus 5CH, Sanguinaria canadensis 4CH, et de Glonoinum 4CH (67).

Le laboratoire Lehning a commercialisé Lachesis complexe n°122® sous forme de solution buvable en gouttes. Ce médicament homéopathique est composé principalement de lachesis mutus 10DH et Glonoinum 8DH (68).

3. La phytothérapie

Les phyto-œstrogènes sont des substances végétales dont la structure chimique est similaire aux œstrogènes endogènes. Ils se lient aux récepteurs des œstrogènes, et agissent comme agonistes ou antagonistes. Leur utilisation pendant la ménopause peut permettre d'éviter les symptômes associés à la chute des œstrogènes endogènes (69).

Les phyto-œstrogènes les plus couramment utilisés, peuvent être dissociés en deux classes. Tout d'abord, les isoflavones se trouvent notamment dans le soja, le trèfle rouge, la luzerne ainsi que dans l'actée à grappe noire. La seconde classe correspond aux lignanes, principaux composants des graines de lin. Par ailleurs, le houblon est riche en flavonones cependant il est moins utilisé. Enfin, la sauge officinale peut également être utilisée (54,55,70,71).

L'impact des phyto-œstrogènes sur les femmes ménopausées est majoritairement porté sur la diminution de la fréquence des bouffées de chaleur (72).

De plus, il est possible qu'ils améliorent la densité minérale osseuse (73,74).

Ils ont également une action positive sur le profil lipidique, permettant de réduire le risque d'athérosclérose et de diminuer l'incidence des maladies cardio-vasculaires (74,75).

Il est possible que les phyto-œstrogènes notamment le soja et le houblon améliorent l'anxiété et la dépression (76,77).

Enfin, les phyto-œstrogènes améliorent les symptômes uro-génitaux notamment l'atrophie vaginale et la dysfonction sexuelle des femmes ménopausées (73,78).

La phytothérapie est une alternative aux THS, néanmoins ces données doivent être complétées avec des recherches supplémentaires. La frontière entre les effets bénéfiques et néfastes est toutefois étroite. C'est pour cela, que l'agence française de sécurité sanitaire des aliments a « formellement recommandé de ne pas utiliser les phyto-œstrogènes chez les femmes atteintes d'une maladie œstro-dépendante. » (55), il n'est donc pas recommandé d'en utiliser s'il y a des antécédents familiaux ou personnels de cancer hormono-dépendant. La Haute Autorité de Santé recommande de ne pas dépasser 1mg/kg de soja, trèfle rouge, ou de graine de lin quotidiennement (54,70,71).

Il existe également de la phytothérapie n'ayant pas de propriétés oestrogéniques. Cela correspond à l'extrait de pollen purifié qui a montré une diminution significative des symptômes vasomoteurs (les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes). Cela peut être une option appréciable notamment pour les femmes qui ont un cancer hormono-dépendant (55,69,79).

Tableau 4 : Spécialités commercialisées en phytothérapie

Spécialité commercialisée	Composition	
<u>Phyto soya isoflavones de Soja®</u> Laboratoire Arkopharmra	Soja	/
<u>Phyto soya ménopause®</u> Laboratoire Arkopharma	Soja + sauge	+ fer, zinc, vitamine D3/K2/E
<u>Ergyflavone ménopause®</u> Laboratoire Nutergia	Soja + sauge + houblon	+ zinc, sélénium, calcium, chrome
<u>Ménocia ménopause®</u> Laboratoire CCD	Houblon	<u>Gélule jour</u> : + β alanine, vitamine C/E/B5/B8/D3, ortie, chrome <u>Gélule nuit</u> : + L-cystéine, pin maritime, vitamine B6, L-tryptophane, mélisse, zinc, sélénium
<u>Gynofenol®</u> Laboratoire Codifra		+ vitamine B6/B9/B12
<u>Houblon®</u> Laboratoire SID nutrition		/
<u>Ménophytea équilibre®</u> Laboratoire Nutreov	Houblon + lin	+ vitamine B6, inuline de chicorée
<u>Ménopause Preventlife®</u> Laboratoire SID nutrition		+ magnésium, sélénium, vitamine B6, baobab, éleuthérocoque

<u>Lin®</u> Laboratoire SID nutrition	Lin	/
<u>Feminabiane méno confort®</u> Laboratoire Pileje	Actée à grappe noire	+ rhodiole, vitamine D3, B6, B9, B12
<u>Taïdo ménoactiv®</u> Laboratoire Elerté		+ Spiruline, sélénium, vitamine B6/D3/A
<u>Taïdo Ménoa®</u> Laboratoire Elerté		+ magnesium marin, vitamin B6
<u>Méno nature®</u> Laboratoire Lehning		+ vitamine E/B2/B3/B6, zinc, écorce de pin maritime, maca, bacopa
<u>Trèfle rouge®</u> Laboratoire Arkopharma	Trèfle rouge	/
<u>Sérélys méno®</u> Laboratoire Sérélys Pharma	Extrait pollens purifié	+ vitamine E
<u>MENOactifs®</u> Laboratoire Aragan		+ coquelicot, goji
<u>Ménopause sans hormones®</u> Laboratoire Vitavea		+ vitamine B6/B9
<u>Manhaé ménopause Expert®</u> Laboratoire Vitavea		+ huile de bourrache
<u>Feminae 24®</u> Laboratoire Forté Pharma		<u>Comprimé jour</u> : bacopa, + β alanine, lavande, vitamine B12/B6/B9/C <u>Comprimé nuit</u> : vitamine K2/D3/B12/B6/B9, pavot de Californie, β alanine

Par ailleurs, certaines plantes possèdent des propriétés bénéfiques pour apaiser d'autres symptômes de la ménopause.

Pour lutter contre le stress et la nervosité, il est préconisé d'utiliser la valériane, la passiflore, la mélisse, l'aubépine, et enfin la rhodiole qui est une plante adaptogène.

De plus, pour limiter les troubles du sommeil il peut être utilisé de la valériane, de la passiflore, de l'esclotzia, et le pavot de Californie (80,81).

Afin de réduire la déshydratation cutanée, il est recommandé d'opter pour de la bourrache et de l'onagre (82).

Ensuite, pour contrôler la prise de poids, il est conseillé d'utiliser des algues comme le fucus, des pectines de fruits notamment de la pomme, le konjac et le nopal qui sont riches en fibres et qui favorisent la sensation de satiété et réduisent l'absorption intestinale des sucres. Cependant, il est important d'éviter l'utilisation de diurétiques qui n'ont pas d'action sur le tissu adipeux ainsi que les brûleurs de graisses à caféine qui stimulent le système nerveux central et peuvent induire des bouffées de chaleur (83,84).

Certaines plantes peuvent jouer un rôle prophylactique dans la migraine. Par exemple, la grande camomille également connue sous le nom de paternelle pourrait être utilisée pour ses propriétés antinociceptives et anti-inflammatoires. D'après le comité des médicaments à base de plantes de l'agence européenne du médicament, elle devrait être administrée à une posologie de 100 à 200 mg trois fois par jour (85).

Enfin, quelques plantes peuvent soulager les douleurs articulaires. Il y a les plantes anti-inflammatoires telles que l'harpagophytum, la reine des prés, le saule blanc, le cassis et le curcuma, ainsi que les plantes reminéralisantes comme le bambou et la prêle des champs (86,87).

Cependant, il est essentiel de prendre des précautions lorsque le pharmacien recommande ces plantes, car leur association avec certains médicaments est déconseillée. Il est recommandé de se référer aux interactions sur le site Hedrine.

4. Les autres suppléments

La supplémentation en magnésium peut être bénéfique pour limiter l'anxiété et réduire la fatigue (81).

De plus, la supplémentation en collagène hydrolysé peut apporter des bienfaits à la peau en améliorant son niveau d'hydratation et son élasticité, tout en protégeant les articulations avec son activité chondroprotectrice (88–90).

Enfin, l'ajout d'acides aminés soufrés comme la cystéine et la méthionine, qui sont des précurseurs de la kératine, ainsi que des vitamines du groupe B, notamment la biotine (vitamine B8) et la levure de bière peut contribuer à renforcer la résistance des cheveux (7,91,92).

5. Les approches non pharmacologiques

Il existe des approches non pharmacologiques pour soulager les symptômes de la ménopause. Tout d'abord, l'hypnose peut être efficace pour réduire la sévérité et la fréquence des bouffées de chaleur. L'hypnothérapie est recommandée par la société américaine de la ménopause (54).

Ensuite, il y a l'acupuncture qui semble agir pour réduire la fréquence et la sévérité des symptômes vasomoteurs. Elle possède également des effets positifs pour réduire l'anxiété (55,93).

Par ailleurs, le yoga réduit les symptômes psychologiques, ce qui engendre un bien-être émotionnel et diminue le stress. De plus, il semble réduire la fréquence et la sévérité des bouffées vasomotrices (53,54).

Ensuite, les thérapies cognitivo-comportementales qui comprennent les techniques de relaxation, de respiration, des entretiens motivationnels, ainsi que des méthodes pour développer une attitude positive, sont bénéfiques en diminuant les symptômes vasomoteurs et l'anxiété (53,79).

Enfin, la réflexologie, la méditation et la relaxation sont des pratiques qui semblent agir sur le stress et sur les bouffées de chaleur (53,79).

6. Les règles hygiéno-diététiques

Lors de la ménopause, il est recommandé aux femmes de suivre des règles hygiéno-diététiques pour atténuer les symptômes et limiter les complications.

a) L'alimentation

Tout d'abord, la nutrition est un point essentiel pour une meilleure santé osseuse, une prévention du risque cardio-vasculaire, une amélioration de la qualité du sommeil et pour éviter la prise de poids qui peut avoir une conséquence sur les bouffées de chaleur. Enfin, l'alimentation peut diminuer les symptômes psychologiques et les troubles neurodégénératifs (94–96).

Les bénéfices de l'alimentation sur la santé reposent sur l'adoption d'un régime méditerranéen qui est optimal chez la femme ménopausée. Il est composé d'une alimentation enrichie principalement de fruits et de légumes, de légumineuses, de céréales complètes avec des index glycémiques bas, et d'huile d'olive extra-vierge ou bien d'huile de colza. A cela, s'ajoute la consommation de poissons notamment les poissons gras riches en acides gras polyinsaturés et oméga 3. Enfin, il est nécessaire d'ajouter des produits laitiers (95–97).

Les consommations bénéfiques sont les suivantes : 400 à 500g par jour de fruits et légumes, 2 poissons par semaine, dont au moins un poisson gras, et 3 produits laitiers par jour (95).

A l'inverse, ce régime diminue la consommation de produits à index glycémique élevé (pâtisseries, sucreries, boissons sucrées), de charcuteries et de viandes rouges. Pour celles-ci, la consommation est limitée à 500g par semaine. Il faut éviter les plats industriels et mijotés en sauces qui sont riches en sucres, graisses et sel. Le sel doit être limité au maximum à 6g par jour (94–97).

Il faut éviter le régime occidental abondant en viande rouge, aliments raffinés et transformés, boissons sucrées. Ce régime est associé à une diminution de la densité minérale osseuse et à un risque supérieur de fracture. Par ailleurs, les régimes végétariens ou végétaliens sont des régimes restrictifs qui peuvent induire des carences supplémentaires nécessitant des suppléments annexes. Enfin, les régimes hypocaloriques sont néfastes sur la masse osseuse, ils sont à proscrire sauf chez les patients avec un excès pondéral mais associé à une activité physique, car la perte de poids aura des effets bénéfiques sur la réduction des bouffées vasomotrices et sur le risque cardio-vasculaire (94).

b) La supplémentation en calcium

La supplémentation en calcium est primordiale. En effet, le calcium est un constituant de la matrice osseuse et par conséquent, il apporte des bénéfices sur la densité minérale osseuse permettant de prévenir l'ostéoporose et limiter le risque de fracture. Enfin, elle apporte des bénéfices sur le risque cardio-vasculaire (94,98).

L'apport recommandé en calcium est d'environ 1 gramme par jour avec une consommation de trois produits laitiers par jour (99).

Les sources de calcium sont variées, mais il est préconisé de favoriser les produits laitiers riches en protéines et minéraux comme les yaourts et le fromage par rapport aux produits végétaux. Toutefois, les légumineuses, les oléagineux et certains légumes tels que les épinards et les choux représentent également une source de calcium. De plus, il est possible de consommer une eau enrichie en calcium comme l'eau Hépar® ou Contrex® (94,95,99,100).

Enfin, la masse osseuse est constituée d'un tiers de protéines contribuant à la fonction du tissu osseux, ce qui implique d'avoir une consommation d'au moins 1 gramme par kilo par jour de protéines d'origine animale de préférence pour la prévention de l'ostéoporose (94).

c) La supplémentation en vitamine D

La vitamine D est bénéfique en prévention de l'ostéoporose en raison de son action sur le calcium. En effet, elle permet de stimuler l'absorption de calcium et lorsque l'apport alimentaire est insuffisant, elle permet de mobiliser rapidement le calcium des os (98).

La synthèse de vitamine D est réalisée à 80% par la synthèse cutanée sous l'effet des rayons ultraviolets, une exposition de 30 minutes par jour peut suffire. Cependant, le vieillissement altère l'absorption cutanée ce qui implique de réaliser une supplémentation notamment pendant les mois d'hiver (95,99).

Les apports alimentaires de vitamine D sont limités. Elle est présente principalement dans les poissons gras et dans l'huile de foie de morue. De ce fait, il est préférable d'obtenir une supplémentation exogène pour avoir des bénéfices sur la santé osseuse avec une recommandation de 80 000 à 100 000 UI de vitamine D3 par trimestre (94,99).

d) L'activité physique

L'activité physique est favorable au maintien de la masse osseuse et musculaire. Cela limite la sédentarité et donc cela permet de réduire le risque cardio-vasculaire, le risque de fracture osseuse et de lutter contre l'ostéoporose (70,98).

L'activité physique doit être adaptée, à savoir pratiquer une activité régulière d'intensité modérée au long cours. Elle doit être effectuée minimum trois fois par semaine pendant trente minutes (99).

Les femmes doivent réaliser des exercices de charge avec impact ainsi que des exercices de renforcement musculaire. Il est possible de faire de la marche, de la natation, ou du vélo par exemple (70,101,102).

Enfin, il est possible d'adapter son quotidien en favorisant les escaliers à l'ascenseur, en réalisant des petits trajets à pied plutôt qu'en transports, entre autres (97).

e) L'hygiène de vie

Certaines « astuces » peuvent être mises en place pour soulager différents symptômes.

Tout d'abord, pour limiter les bouffées de chaleur, il est recommandé de limiter les facteurs déclenchants tels que les environnements chauds, les plats trop chauds ou épicés, ainsi que les excitants comme le café et l'alcool. Il est conseillé de lutter contre les situations stressantes qui peuvent aggraver les bouffées vasomotrices (70,103,104).

Par ailleurs, pour les bouffées nocturnes, il faut préconiser de dormir dans une pièce à faible température (97).

Au quotidien, il est possible d'avoir un brumisateur d'eau accessible afin de soulager les sensations désagréables (70).

De plus, il est préconisé de porter plusieurs couches de vêtements légers afin de pouvoir les retirer au fur et à mesure lorsque la bouffée de chaleur survient. Par ailleurs, pour améliorer le confort des femmes, il est possible de porter des vêtements en coton qui absorbent la transpiration (97,103).

Concernant les troubles urinaires de la femme ménopausée, on peut lui proposer de réaliser une rééducation du périnée avec les exercices de Kegel pour solliciter les muscles pelviens afin de limiter l'incontinence urinaire (99,103).

Par ailleurs, il est recommandé d'éviter les aliments irritant la vessie comme les aliments épicés et de limiter la consommation importante de liquides pendant la soirée, car cela augmente le risque de fuite et de troubles du sommeil (103).

Enfin, pour limiter les cystites récidivantes, il faut suggérer d'opter pour une toilette intime avec des produits non parfumés à pH neutre. Les sous-vêtements en coton et les vêtements ne comprimant pas sont à choisir. De plus, après chaque rapport sexuel, il convient d'uriner et surtout à chaque fois que l'envie d'uriner est présente, il ne faut

pas se retenir. Par ailleurs, s'essuyer d'avant en arrière après être allé aux toilettes est nécessaire et il faut lutter contre la constipation. Pour finir, boire au minimum 1,5 litre d'eau est primordial (105).

Ensuite, pour réduire la sécheresse vaginale et les dyspareunies, il est possible d'utiliser des lubrifiants ou des hydratants vaginaux (104). D'une part, les lubrifiants, tels que le Saforelle lubrifiant®, soulagent les dyspareunies temporairement, car ils sont riches en eau et en glycérine. D'autre part, les hydratants, comme le gel végétal Taïdo®, composé de polymères synthétiques et de plantes, atténuent les sécheresses vaginales au quotidien. Cependant, leurs compositions peuvent être similaires, mais ils sont différenciés par leurs indications. Certaines spécialités agissent à la fois comme lubrifiants et hydratants comme le Monasens®. Il a la particularité d'être riche en acide hyaluronique atténuant les irritations grâce à ses propriétés cicatrisantes .

Concernant les troubles du sommeil, il est nécessaire d'adopter une hygiène du sommeil. Celle-ci se caractérise par un environnement adapté avec un espace calme sans bruit, sans lumière et à une température modérée. De plus, il faut établir un cycle régulier de sommeil et d'éveil avec des horaires fixes même les week-ends. Afin d'améliorer l'endormissement, il est recommandé d'éviter les activités stimulantes comme les écrans dans l'heure précédant le coucher. Il faut se relaxer avec des techniques de relaxation et de respiration pour limiter l'anxiété qui perturbe le sommeil. En amont, il faut opter pour une alimentation légère et renoncer aux substances excitantes comme le tabac, l'alcool, le café ou le thé. De plus, l'activité physique modérée est recommandée pour obtenir un sommeil de qualité. Cependant, il faut l'éviter en fin de journée. Enfin, il est préférable de s'exposer à la lumière pendant la journée et de ne pas dormir dans la journée ou alors de réaliser des siestes de courte durée. Si le sommeil n'arrive pas à être obtenu dans les 20 minutes, il faut se lever et faire une activité jusqu'à ce que le sommeil parvienne (39,109,110).

Par ailleurs, pour les modifications de la peau lors de la ménopause, il est recommandé d'avoir une photoprotection pour limiter le photo vieillissement. Il faut appliquer de la crème solaire et utiliser des vêtements couvrants. De plus, il est conseillé de mettre des dermo-cosmétiques hypoallergéniques et hydratants pour limiter la sécheresse cutanée (24).

Concernant les maux de tête, il existe des astuces pour soulager les crises, notamment il est conseillé de s'allonger dans une pièce calme à l'abri de la lumière, d'avoir des lunettes de soleil sur soi à chaque sortie, d'effectuer des exercices de relaxation et d'appliquer une poche de froid sur la zone douloureuse (111). Pour limiter la survenue des crises, il est important d'identifier les facteurs déclencheurs externes. Il est notamment déconseillé de sauter des repas, de consommer des aliments contenant de l'aspartame (sodas), de l'histamine (aliments fermentés), des nitrites (charcuteries) et des sulfites (vins) ainsi que de la tyramine (agrumes). A l'inverse, il est recommandé de s'hydrater régulièrement, et de pratiquer une activité physique régulière (85).

Soulager la sécheresse oculaire est importante pour apporter du confort à la patiente. Il faut limiter les environnements secs (climatisation), l'usage des écrans et réaliser des pauses régulièrement en se forçant à cligner les yeux régulièrement pour réhydrater la surface de l'œil. Si cela est insuffisant, il est possible d'ajouter des larmes artificielles appelées les substituts lacrymaux. Ils sont très bien tolérés, et vont permettre de compenser le manque de larmes naturelles et d'hydrater la surface de l'œil pour limiter les irritations. L'utilisation de lentilles de contact doit être évitée car il y a un risque d'inconfort oculaire supplémentaire. De plus, elles sont incompatibles avec des collyres contenant des conservateurs, donc il est préférable d'utiliser systématiquement des présentations en unidose (112).

Concernant les douleurs articulaires, il est conseillé de limiter le port de charges lourdes et les périodes prolongées en position debout. De plus, il est recommandé d'effectuer une activité physique adaptée afin de diminuer la surcharge pondérale, facteur de risque majeur d'arthrose. L'activité physique contribue à atténuer la douleur, à maintenir une force musculaire, à développer une stabilité articulaire et à ralentir l'évolution de l'arthrose en limitant les contraintes mécaniques articulaires. Des activités douces comme la marche, le vélo ou la natation sont à privilégier en dehors des périodes de forte intensité douloureuse. A cela, la kinésithérapie peut être envisagée pour adopter les bons gestes pour réaliser des exercices physiques au domicile afin de retrouver une meilleure mobilité articulaire (86,113).

Pour réduire la perte de cheveux, il est conseillé d'utiliser des shampoings doux et de limiter les agressions extérieures telles que les colorations et l'utilisation d'appareils chauffants (7,91,92).

III. États des lieux auprès des patientes et des pharmaciens d'officine

A. Introduction

En France, dix millions de femmes sont ménopausées. Elles représentent 15% de la population française. Ces femmes peuvent avoir de nombreux désagréments au cours de cette période impactant leur qualité de vie. Leur prise en charge peut être parfois sous-estimée du fait que la ménopause ne soit pas une maladie à proprement parler et que certains symptômes d'inconfort ne sont pas faciles à nommer par les femmes elles-mêmes.

Depuis quelques années, la place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des patients s'accroît. En effet, de nouvelles missions lui sont confiées et conduisent le pharmacien à être un interlocuteur privilégié des patients. Pourtant, le pharmacien peut être en difficulté pour accompagner au mieux les femmes ménopausées au regard d'une certaine pudeur de celles-ci à évoquer leur inconfort physique.

Afin d'améliorer la prise en charge des femmes ménopausées, il est apparu important d'évaluer les besoins et attentes de celles-ci dans cette période de vie dans un premier temps. La mise à disposition d'un questionnaire a paru le plus adapté. Dans un deuxième temps, ont été recueillies les pratiques déjà mises en place par les pharmaciens pour accompagner les femmes ménopausées, avec l'identification des besoins spécifiques complémentaires pour améliorer la prise en charge.

B. Matériel et méthode

Pour connaître la prise en charge actuelle des femmes ménopausées et pré-ménopausées en officine, deux questionnaires ont été élaborés pour cette étude transversale.

Tout d'abord, un questionnaire a été diffusé auprès des pharmaciens d'officine. L'objectif de celui-ci était de recueillir des informations sur les attentes et les besoins des femmes dans leurs officines et leurs pratiques professionnelles actuelles pour répondre à ces besoins.

Parallèlement, un second questionnaire destiné aux patientes a été établi afin de connaître leurs interrogations et leurs expériences personnelles par rapport à la ménopause.

Les questionnaires ont été formalisés avec Google Form. Ils intègrent des questions obligatoires et facultatives, des questions fermées, à choix multiples, et des questions ouvertes selon les thématiques abordées. Pour chaque participant, une information écrite a été délivrée par rapport à la confidentialité et à l'anonymisation de ses réponses afin de conserver une liberté d'expression.

Le recueil des données s'est déroulé du 1 juillet 2023 au 31 décembre 2023.

Les résultats des questionnaires ont tous été traités avec le logiciel Excel afin de réaliser une analyse statistique ainsi que la présentation de statistiques croisées.

1. Le questionnaire destiné aux pharmaciens

Le questionnaire ciblait l'ensemble des pharmaciens d'officine. Il a été transmis par courriel à 2308 pharmacies sur l'ensemble du territoire français.

Les adresses mails des pharmacies ont été recueillies sur les sites internet de certains groupements pharmaceutiques ainsi que sur le répertoire établi par le CHRU de Tours

dans le cadre de la conciliation médicamenteuse, recensant certaines pharmacies des départements 37 (Indre-et-Loire) et 41 (Loir-et-Cher).

Le questionnaire a été diffusé par mail en format PDF, avec un lien pour accéder à la version en ligne.

Le questionnaire destiné aux pharmaciens se composait de 12 questions. Les deux premières questions permettaient d'identifier l'interlocuteur. Les questions trois à six avaient pour objectif d'établir un état des lieux des demandes de conseils formulées par les femmes au comptoir. En effet, il semblait essentiel de connaître la fréquence des sollicitations, les symptômes signalés, et les interrogations des femmes afin d'identifier les besoins principaux des femmes ménopausées. Puis, les questions sept à huit établissaient un bilan des conseils prodigués par les pharmaciens afin de connaître leurs pratiques.

Enfin, les questions neuf à onze fournissaient des informations sur les formations suivies en lien avec la prise en charge de la ménopause et l'investissement potentiel à développer des nouvelles modalités de prise en charge comme la mise en place d'un entretien pharmaceutique. La dernière question permettait de recueillir les recommandations de ces professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des femmes ménopausées au comptoir.

2. Le questionnaire destiné aux patientes

Le questionnaire ciblait l'ensemble des femmes à partir de 40 ans.

La diffusion des questionnaires a été réalisée par deux canaux. Tout d'abord, le questionnaire a été proposé aux femmes se présentant au comptoir dans trois officines différentes, deux officines dans le département d'Indre-et-Loire et une officine en Nouvelle-Aquitaine. Les femmes avaient la possibilité d'y répondre soit en ligne après avoir récupéré un QR code, soit en format papier. Par ailleurs, le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux.

Le questionnaire destiné aux femmes ménopausées se composait de 17 questions. Les deux premières questions permettaient de connaître l'âge de la femme et son statut par rapport à la ménopause.

Par la suite, les questions trois à neuf orientaient vers les symptômes de la patiente afin d'identifier leurs présence, intensité, fréquence, et l'impact potentiel sur la qualité de vie. La liste des symptômes notifiés a été établie par rapport au score international, le Ménopause Rating Scale (MRS), qui est « un outil standardisé pour évaluer les symptômes de la ménopause » (114).

Ensuite, les questions dix à onze permettaient aux patientes de nommer les solutions qu'elles ont mises en place pour atténuer leurs symptômes. Leurs réponses pourraient orienter les conseils pharmaceutiques à leur proposer et faciliter leur observance lors de la prise en charge.

La question treize faisait un focus sur l'hygiène de vie des patientes permettant de comprendre le mode de vie des femmes et comment orienter les conseils.

En répondant aux questions quatorze et quinze, les patientes nommaient leurs sources d'information sur la ménopause et leur satisfaction par rapport à celles-ci. La question seize permettait de se renseigner sur leur intérêt pour la mise en place d'un entretien, et la dernière question leur offrait l'opportunité de notifier leurs souhaits concernant les thématiques à échanger lors d'un entretien.

C. Résultats

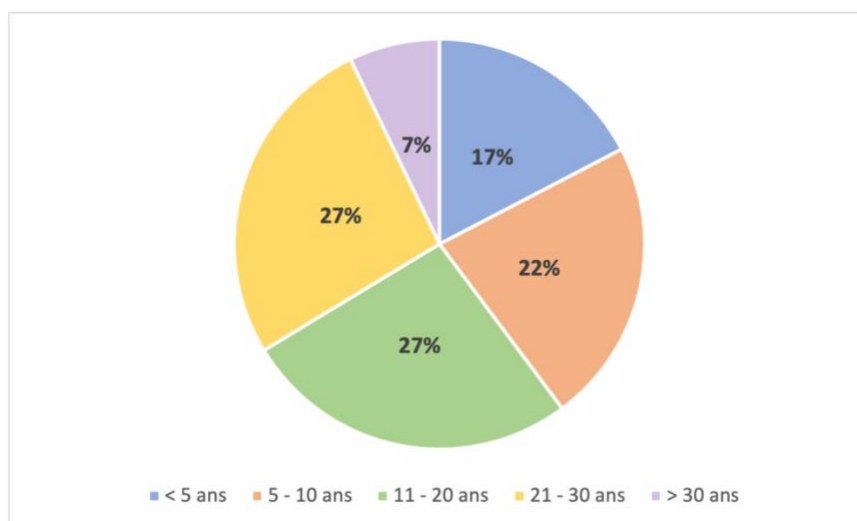
1. Présentation des résultats

a) Réponses des pharmaciens

Le questionnaire a obtenu 98 réponses, soit 4,2% de répondants.

Question 1 : Depuis combien de temps travaillez-vous en officine ?

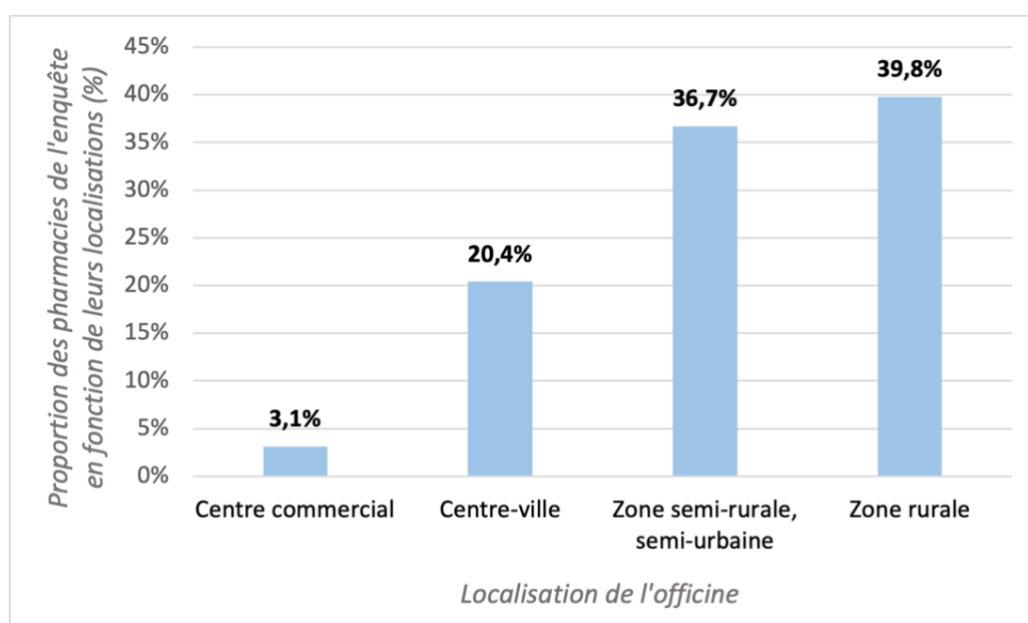
Figure 1 : Proportion du temps travaillé en officine par les pharmaciens



A 61%, ce sont des pharmaciens ayant une expérience professionnelle importante qui ont répondu : 34% avec plus de 20 ans d'exercice, et 27% plus de 10 ans. Par ailleurs, 39% des pharmaciens ont moins de 10 ans d'expérience professionnelle.

Question 2 : Où se situe votre officine ?

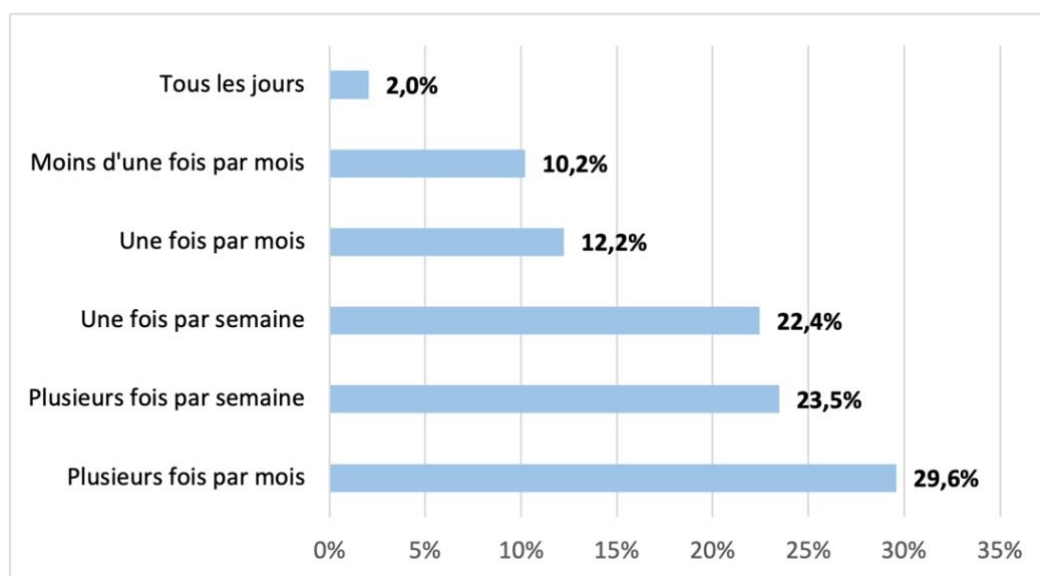
Figure 2 : Répartition des officines en fonction de leurs localisations



La majorité des pharmaciens ayant répondu au questionnaire ont une officine située en périphérie. Plus précisément, 76,5% des pharmacies sont installées dans des zones rurales, semi-rurales et semi-urbaines. Les pharmaciens en zone urbaine représentent 23,5% des répondants répartis comme suit, 20,4% en centre-ville et 3,1% en centre commercial.

Question 3 : A quelle fréquence êtes-vous sollicité au comptoir pour des conseils liés à la ménopause ?

Figure 3 : Fréquence à laquelle les pharmaciens sont sollicités au comptoir par les femmes pour des conseils concernant la ménopause

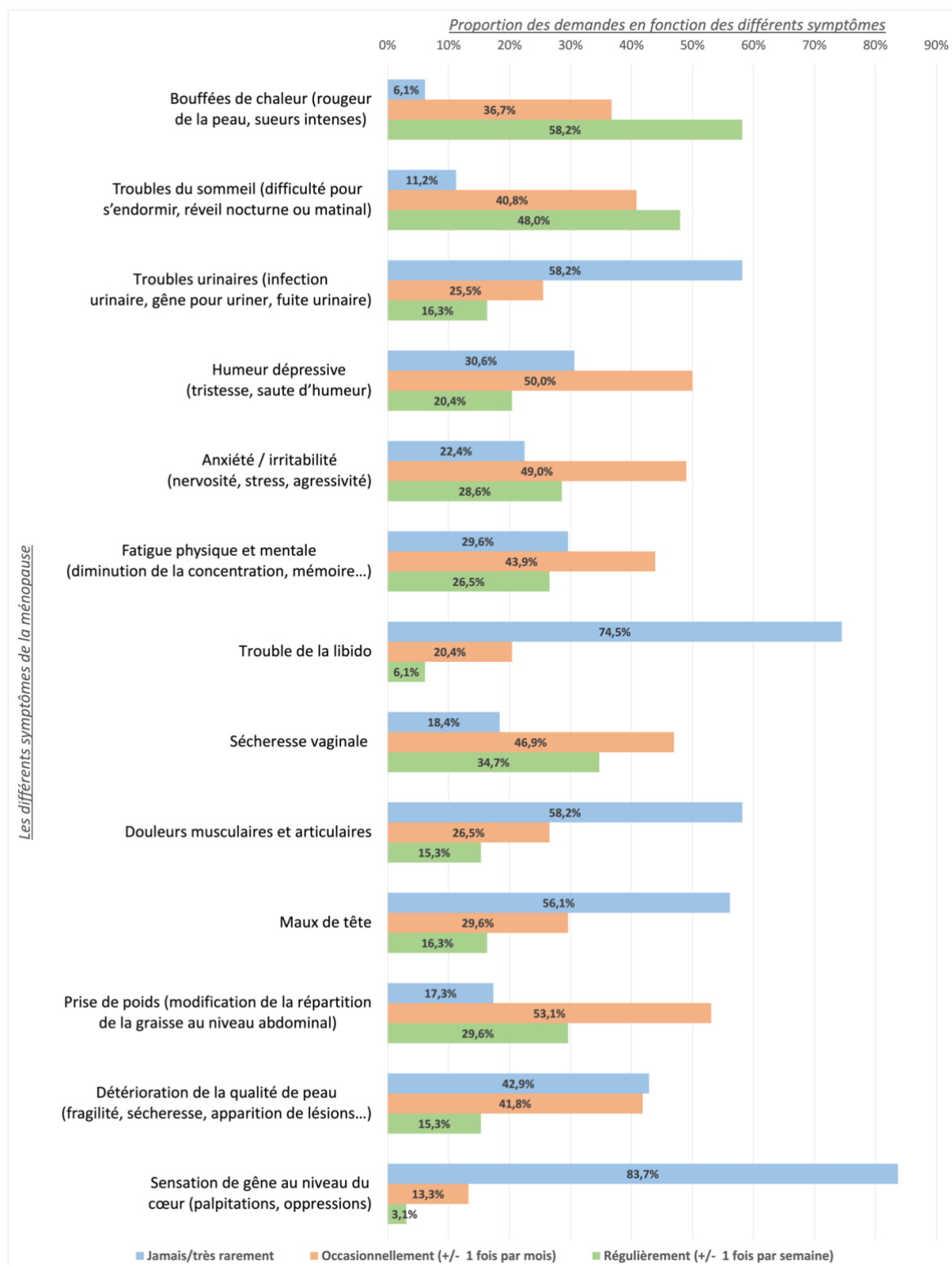


La majorité des pharmaciens (77,5%) sont régulièrement sollicités : 29,6% plusieurs fois par mois, 23,5% plusieurs fois par semaine, 22,4% une fois par semaine et enfin 2% tous les jours.

Néanmoins, 22,4% des pharmaciens sont peu sollicités à raison d'une fois ou moins d'une fois par mois.

Question 4 : Pour quels symptômes avez-vous le plus de demandes de conseils au comptoir ?

Figure 4 : Présentation des différents symptômes de la ménopause en fonction de la fréquence des demandes de conseils au comptoir



Au regard des résultats, les symptômes peuvent être classés en trois catégories : les symptômes entraînant des demandes régulières, c'est-à-dire au moins une fois par semaine ; les symptômes suscitant des demandes occasionnelles, au moins une fois par mois ; enfin, les symptômes générant très rarement voire jamais de demandes de conseils.

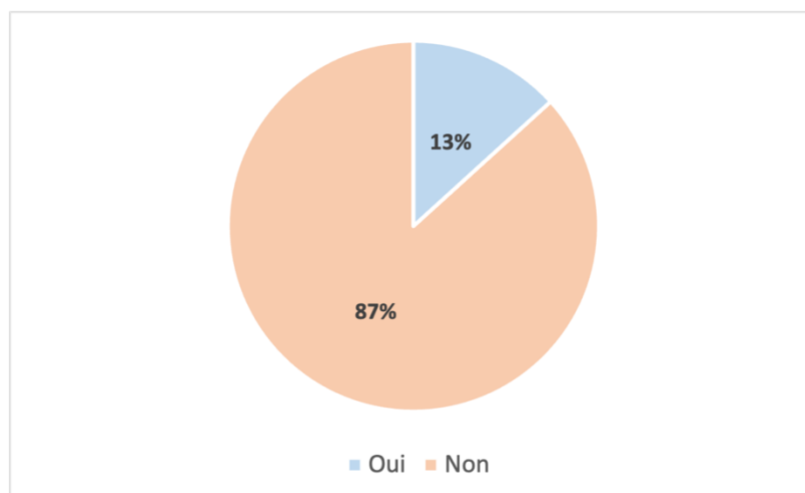
Tout d'abord, les symptômes qui provoquent en majorité une demande régulière auprès du pharmacien sont les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil.

Les symptômes qui entraînent essentiellement une demande occasionnelle auprès du professionnel de santé sont plus nombreux et incluent l'humeur dépressive, l'anxiété et l'irritabilité, la fatigue physique et mentale, la sécheresse vaginale, ainsi que la prise de poids.

Enfin, les symptômes qui suscitent rarement une demande auprès du pharmacien englobent les troubles urinaires, les troubles de la libido, les douleurs musculaires et articulaires, les maux de tête, la détérioration de la qualité de peau ainsi que la sensation de gêne au niveau du cœur.

Question 5 : Les patientes ont-elles d'autres interrogations concernant la ménopause ? (Sur la physiopathologie, sur d'autres symptômes non énoncés à la question précédente, ou autres)

Figure 5 : Proportion des interrogations supplémentaires concernant la ménopause



87% des femmes n'ont pas d'interrogations supplémentaires au comptoir, autre que sur les symptômes. Néanmoins, 13% des patientes ont des questions complémentaires.

Question 6 : Si oui, lesquelles ?

Cette question facultative a obtenu 11 réponses, soit 11% des pharmaciens répondant.

Les interrogations transmises par les patientes aux pharmaciens peuvent être dissociées en trois catégories.

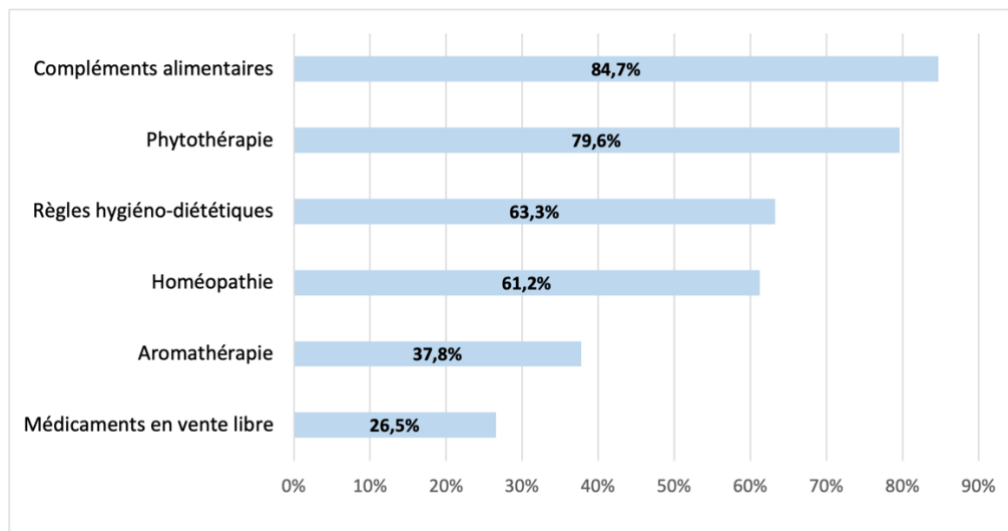
Tout d'abord, elles s'interrogent sur certains symptômes non cités à la question 4, comme l'impact de la ménopause sur les phanères (N = 1).

Ensuite, elles questionnent le pharmacien sur la physiopathologie de la ménopause (N = 6). Les questions portent sur la durée des symptômes, les complications possibles, l'âge moyen de survenue de la ménopause, les signes spécifiques de la péri-ménopause, ainsi que l'influence de la génétique sur la sévérité des symptômes.

Enfin, elles demandent les options thérapeutiques possibles avec notamment des demandes pour des solutions naturelles non hormonales (N = 3). Ainsi que des demandes sur la toxicité des traitements hormonaux et leurs durées d'utilisation (N = 1).

Question 7 : Que proposez-vous le plus souvent pour répondre aux besoins de ces patientes ?

Figure 6 : Répartition des différentes solutions proposées par les pharmaciens pour répondre aux besoins des patientes



Une majorité de pharmaciens, soit 84,7%, optent pour les compléments alimentaires et 79,6% privilégient la phytothérapie. Ensuite, les règles hygiéno-diététiques sont mentionnées par 63,3% des pharmaciens et l'homéopathie par 61,2%. Les solutions moins fréquemment proposées sont l'aromathérapie adoptée par 37,8% des pharmaciens et les médicaments en vente libre par 26,5%.

Question 8 : Pouvez-vous apporter des précisions sur vos réponses ci-dessus ?

Cette question facultative a obtenu 43 réponses, soit 44% des pharmaciens ont souhaité compléter les réponses précédentes.

Les informations fournies par les pharmaciens peuvent être classées en plusieurs catégories. Tout d'abord, la plupart des pharmaciens qui recommandent des produits homéopathiques suggèrent l'utilisation du produit Acthéane® (N = 9). Néanmoins, un pharmacien préconise plutôt l'association de la souche Belladonna 9CH avec glonoïnum 7CH ainsi que Lachesis 15CH.

Ensuite, la phytothérapie constitue une alternative fréquemment privilégiée par les pharmaciens. En effet, de nombreuses gammes sont disponibles, mais le complément alimentaire Feminabiane méno-confort® de chez Pileje est celui qui est mentionné par la majorité des pharmaciens (N = 7). De plus, ils font souvent référence aux produits Sérellys ménopause® (N = 4), Manahé Ménopause® (N = 4) et Méno-actif® d'Aragan (N = 3). D'autre part, certaines plantes sont recommandées exclusivement (N = 5), telles que la sauge, le trèfle rouge, l'actée à grappe noire, le houblon, et parfois la bourrache, la grande camomille et la canneberge. Enfin, d'autres spécialités de phytothérapie sont citées comme Yméa ménopause® (N = 1), Hollis ménopause® (N = 1), Granions ménopause® (N = 1), Ergyflavone® du laboratoire Nutergia (N = 1), ainsi que Meno taido menoactiv® (N = 2).

Par ailleurs, plusieurs professionnels proposent l'utilisation du médicament Abufene® (N = 4). Deux autres pharmaciens conseillent des compléments contenant des oméga 3 et des oméga 6 afin de « réaliser un rééquilibrage hormonal ».

Dans les réponses obtenues, la gemmothérapie est régulièrement présente (N = 4), en particulier la spécialité Fem50+® du laboratoire HerbalGem. La micronutrition proposée par le laboratoire NHCO, le Climax ménopause® a été mentionné une fois et selon le pharmacien, il suscite « des retours positifs ».

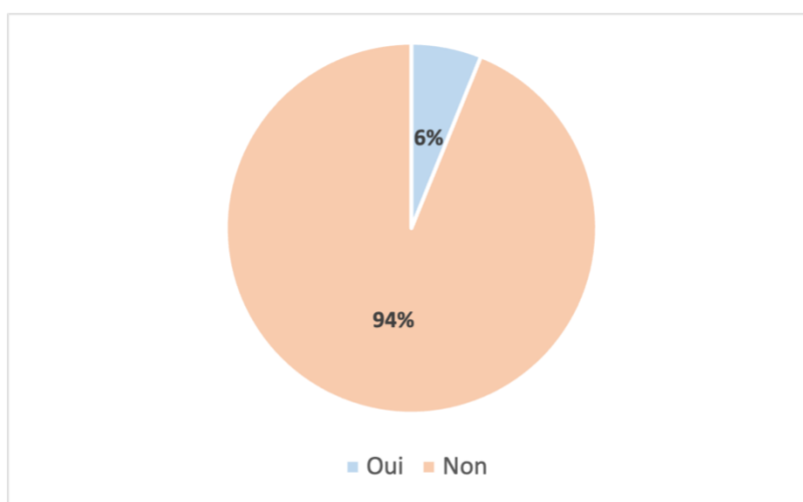
L'ensemble des pharmaciens ayant répondu à cette question ont leurs préférences, mais douze d'entre eux sélectionnent les différentes options « en fonction des symptômes, et surtout des souhaits de la patiente afin d'assurer une observance optimale. » De plus, ils se renseignent préalablement sur les antécédents médicaux pour orienter leurs conseils.

Enfin, six pharmaciens fournissent des conseils généraux tels que l'utilisation de nettoyants doux pour l'hygiène intime, des crèmes relipidantes, la prise de mélatonine pour les troubles du sommeil, l'utilisation de vitamines pour la fatigue associée, l'utilisation de collagène pour favoriser la beauté de la peau et la mobilité articulaire, l'utilisation de safran pour influencer sur l'humeur ainsi que le magnésium pour atténuer l'anxiété et les douleurs. Puis, ils donnent des conseils sur l'alimentation.

Cinq pharmaciens signalent qu'il n'existe pas de « solution miracle et que chaque femme est différente ». Ainsi, « la présentation de plusieurs options est essentielle pour éviter que la femme ne se décourage en cas d'un éventuel échec ».

Question 9 : Avez-vous déjà reçu une formation spécifique sur la ménopause ?
Si oui, préciser le type de formation reçue et sa durée.

Figure 7 : Répartition des pharmaciens en fonction de leurs formations sur la ménopause

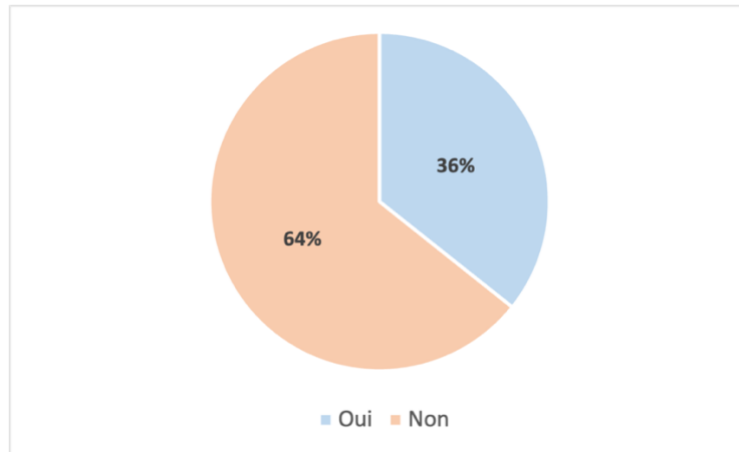


94% des pharmaciens n'ont pas bénéficié de formation spécifique.

Parmi les six pharmaciens ayant suivi une formation, deux d'entre eux ont participé à une formation en ligne intitulée « les troubles de la ménopause » proposée par « ma formation officinale ». Trois d'entre eux ont reçu quelques heures de cours dans leurs facultés pendant leur formation initiale. Enfin, un pharmacien s'est initié sur le sujet lors de son diplôme universitaire de micronutrition.

Question 10 : Selon vous, avez-vous les connaissances suffisantes pour répondre aux besoins des patientes ?

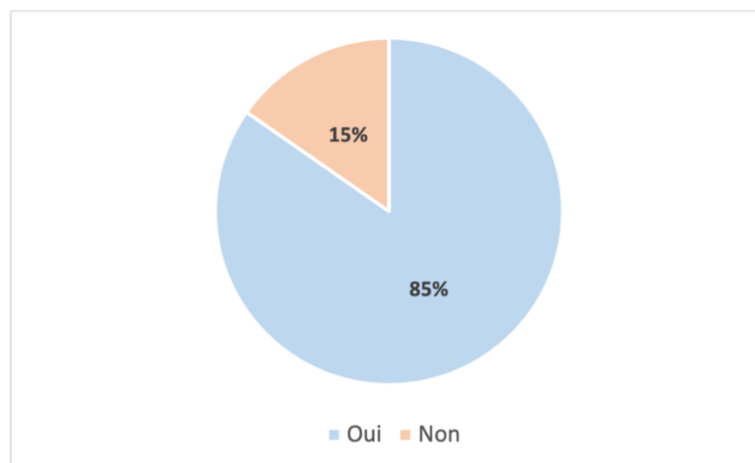
Figure 8 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause



64% des pharmaciens considèrent ne pas disposer des connaissances suffisantes pour répondre aux besoins des femmes ménopausées, tandis que 36% estiment avoir les connaissances nécessaires.

Question 11 : Seriez-vous intéressé pour réaliser des entretiens pharmaceutiques sur la ménopause ?

Figure 9 : Répartition des pharmaciens selon leur intérêt pour l'entretien pharmaceutique



85% des pharmaciens manifestent un intérêt pour la mise en place d'entretiens pharmaceutiques en lien avec la ménopause dans leur officine, tandis que 15% ne sont pas réceptifs à cette proposition.

Question 12 : Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge des femmes ménopausées ?

Les suggestions répertoriées par 20 pharmaciens sont diverses.

Tout d'abord, les pharmaciens mentionnent l'importance d'avoir un espace de confidentialité pour échanger avec les patientes (N = 2). En effet, « la ménopause demeure un sujet délicat, que les femmes hésitent à aborder en raison de son association avec la notion de vieillesse ». Deux pharmaciens recommandent de promouvoir la communication sur la ménopause afin de réduire le tabou social qui lui est lié.

Les pharmaciens font état de leur manque de connaissances sur le sujet et suggèrent de suivre une formation (N = 6) afin de dispenser des conseils plus précis et de répondre plus efficacement aux demandes. Les pharmaciens rappellent la complexité de la prise en charge de la ménopause en raison des « fluctuations périodiques, où la patiente peut être stable à un moment puis soudainement se retrouver confrontée à des symptômes désagréables ». Ils conseillent l'obtention d'une documentation (N = 3) telle qu'un guide d'entretien, accompagné de documents non affiliés à un laboratoire, afin d'enrichir leurs connaissances, leurs conseils au comptoir et de pouvoir également mettre à disposition des documents informatifs aux patientes.

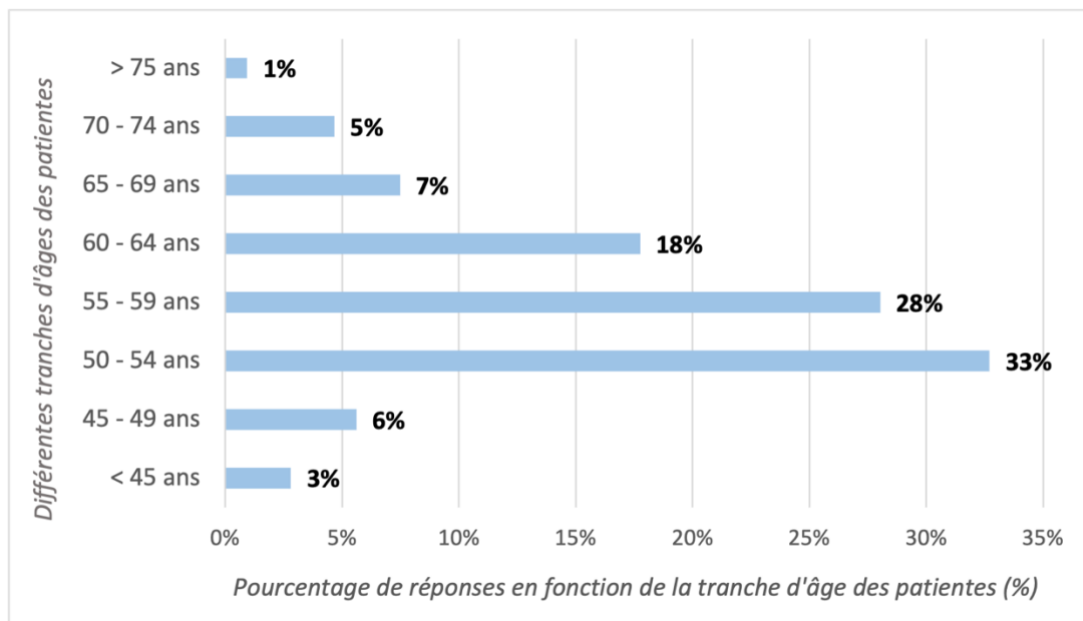
Enfin, ils soulignent la bonne initiative de l'entretien proposé, et la lecture de cette thèse pourrait les aider à parfaire leur formation (N = 7).

b) Réponses des patientes

Le questionnaire a obtenu 107 réponses.

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

Figure 10 : Répartition des patientes en fonction de leur âge

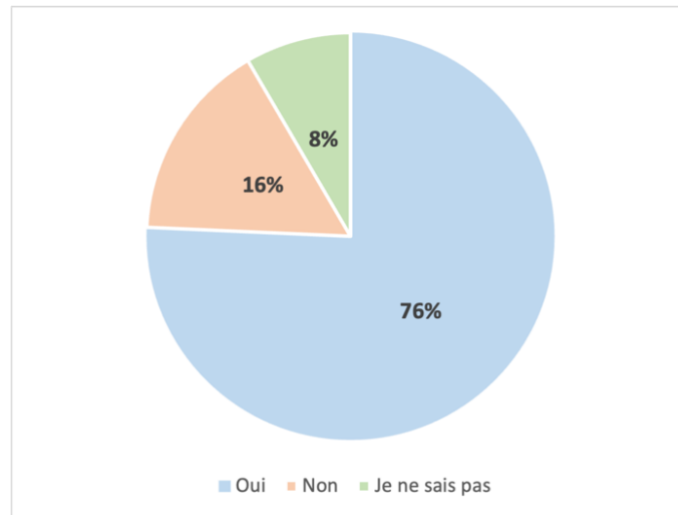


79% femmes qui ont répondu au questionnaire sont âgées de 50 à 64 ans : 33% entre 50 – 54 ans, 28% entre 55 – 59 ans et 18% entre 60 – 64 ans.

Par ailleurs, 9% des femmes ont moins de 50 ans et 13% ont plus de 64 ans.

Question 2 : Êtes-vous ménopausée ?

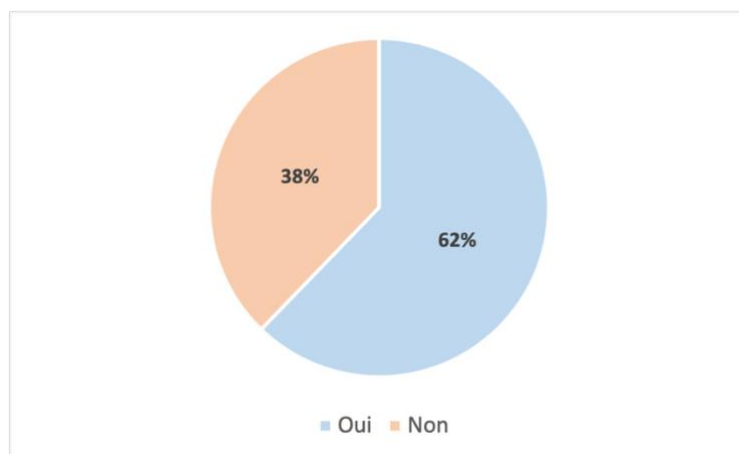
Figure 11 : Représentation du statut des femmes par rapport à la ménopause



Parmi les femmes ayant répondu, 76% sont ménopausées, tandis que 16% ne le sont pas et 8% ne le savent pas.

Question 3 : Ressentez-vous des symptômes en lien avec la ménopause ?

Figure 12 : Répartition des femmes en fonction de la présence des symptômes



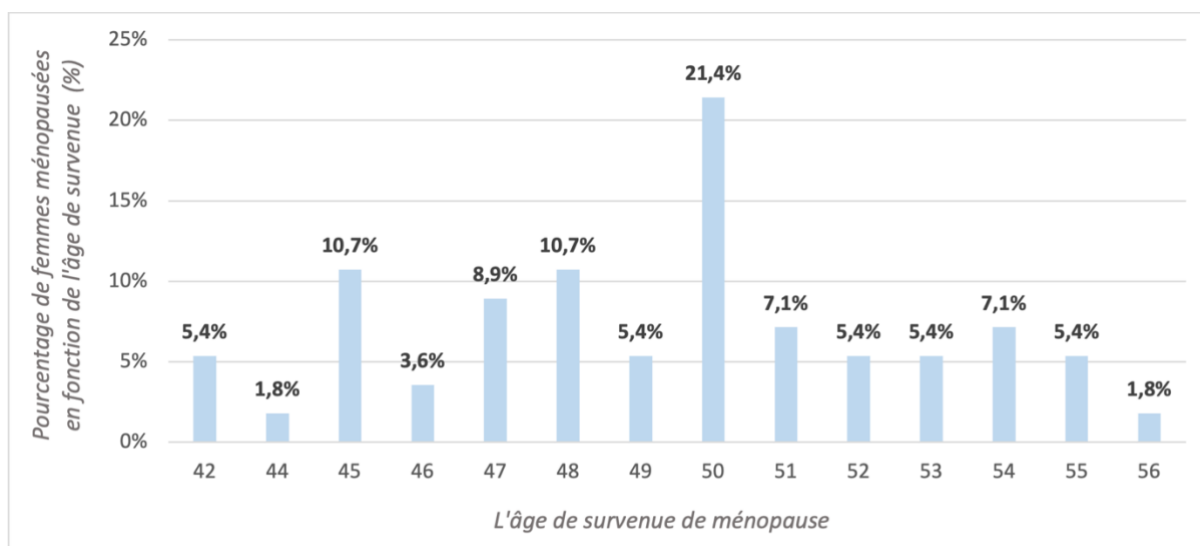
Parmi les 90 patientes qui sont ménopausées ou qui ne connaissent pas leur statut, 62% éprouvent des symptômes de la ménopause, tandis que 38% n'en ressentent pas.

Parmi les 34 patientes qui sont dépourvues de symptômes, sont retrouvées les 9 patientes incertaines de leur statut ménopausique.

Tenant compte de l'absence de symptômes et de traitement associé, certaines patientes sont d'emblée dirigées vers la question n°13.

Question 4 : A partir de quel âge avez-vous ressenti les premiers symptômes ?

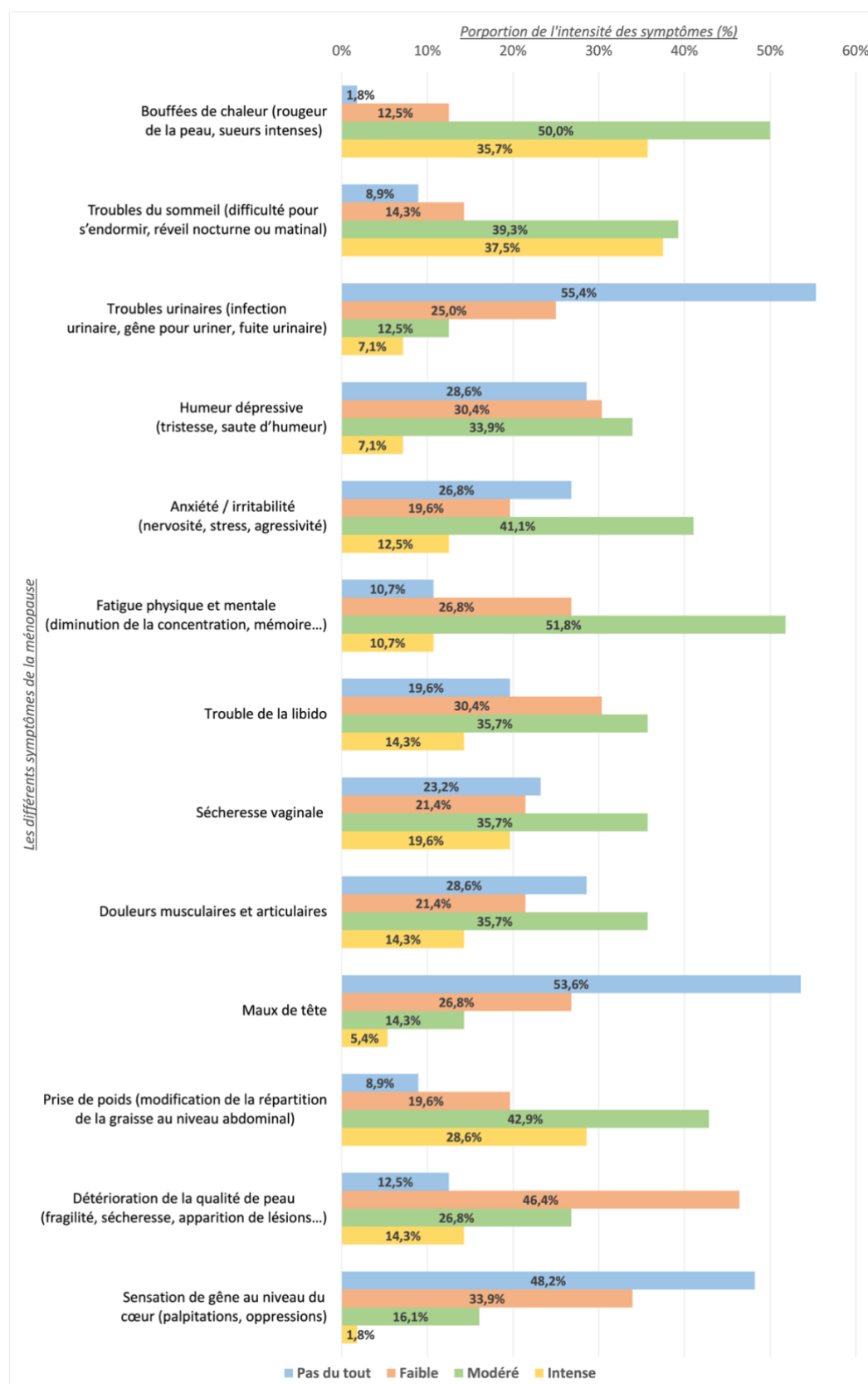
Figure 13 : Répartition des femmes ménopausées en fonction de l'âge de survenue des premiers symptômes



Parmi les 56 femmes ménopausées avec des symptômes, l'âge de survenue des premiers symptômes est compris entre 42 et 56 ans, avec un pic à 50 ans.

Question 5 : Dans la liste ci-dessous, pouvez-vous m'indiquer vos symptômes et leur intensité ?

Figure 14 : Répartition des symptômes en fonction de leur intensité



Les symptômes sont classifiés en quatre catégories : les symptômes non ressentis, les symptômes à faible intensité, les symptômes à intensité modérée, et enfin les symptômes à forte intensité.

Les symptômes qui ne sont pas ressentis en majorité sont les troubles urinaires avec 55,4% des patientes asymptomatiques, ainsi que les maux de tête (53,6%) et la sensation de gêne au niveau du cœur (48,2%).

La détérioration de la qualité de peau est le seul symptôme identifié par 46,4% des patientes comme ayant une faible intensité.

Les symptômes à intensité modérée qui sont retrouvés sont la fatigue physique et mentale nommée par 51,8% des femmes, les bouffées de chaleur (50%), la prise de poids (42,9%), l'anxiété et l'irritabilité (41,1%), les troubles du sommeil (39,3%), les douleurs musculaires et articulaires (35,7%), les troubles de la libido (35,7%), la sécheresse vaginale (35,7%) et l'humeur dépressive (33,9%).

Deux symptômes se détachent avec un ressenti à forte intensité : les troubles du sommeil (37,5%) et les bouffées de chaleur (35,7%).

Question 6 : Avez-vous d'autres symptômes ?

Seules 8 femmes présentent d'autres symptômes.

Les troubles digestifs sont mentionnés à deux reprises, notamment une légère constipation. Une patiente évoque une perte de poids, précisant toutefois que cela pourrait être lié à la reprise d'activité physique après la période d'inactivité du covid. Une patiente rapporte des envies soudaines de sucres.

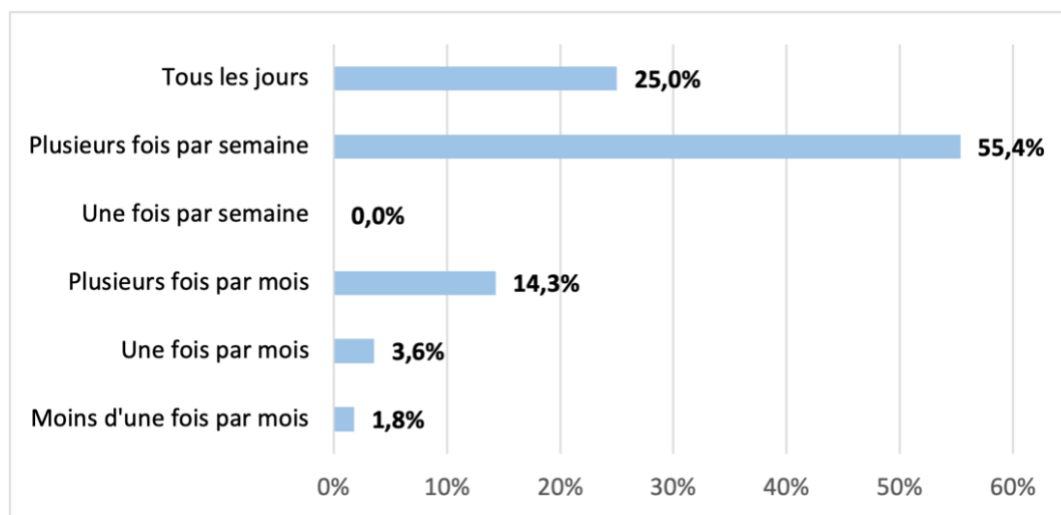
La sécheresse de la bouche et des yeux (N = 1) est signalée ainsi que l'augmentation des tendinites (N = 1).

Une patiente rapporte l'impact des fuites urinaires sur sa vie quotidienne, expliquant qu'elle restreint sa consommation d'eau pour éviter l'accentuation des fuites, car elle ne parvient pas à résoudre ce problème.

Enfin, une femme signale un état dépressif corrélé au tabou social, car selon elle « les femmes ménopausées sont régulièrement stigmatisées dans le milieu professionnel ».

Question 7 : A quelle fréquence ressentez-vous ces symptômes ?

Figure 15 : Répartition de la fréquence des symptômes

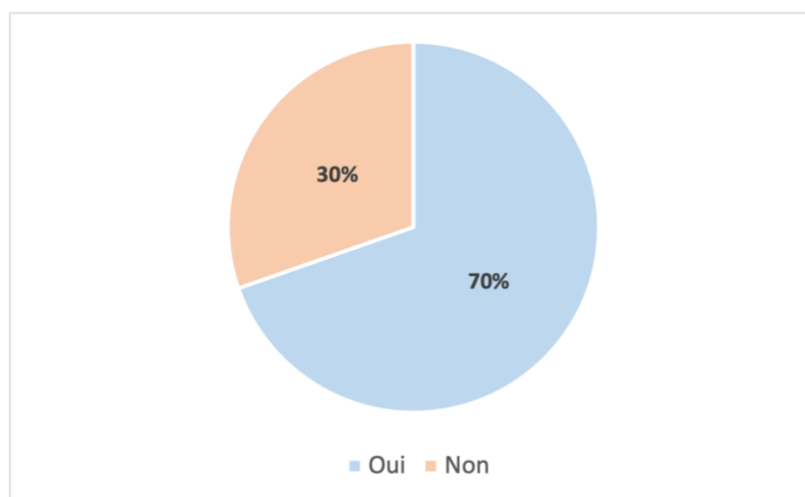


La majorité des femmes, soit 55,4% ressentent les symptômes plusieurs fois par semaine. Un quart des femmes (25%) sont impactées quotidiennement par les symptômes de la ménopause.

Certaines femmes éprouvent les symptômes moins fréquemment. En détail, 1,8% femmes ont des symptômes moins d'une fois par mois, 3,6% une fois par mois et 14,3% plusieurs fois par mois.

Question 8 : Vos symptômes ont-ils un impact sur votre qualité de vie quotidienne ?

Figure 16 : Impact des symptômes de la ménopause sur la qualité de vie quotidienne des femmes ménopausées



70% des femmes voient une altération de leur qualité de vie, tandis que 30% ne le ressentent pas.

Question 9 : Selon vous, y a-t-il des facteurs déclenchant vos symptômes ?

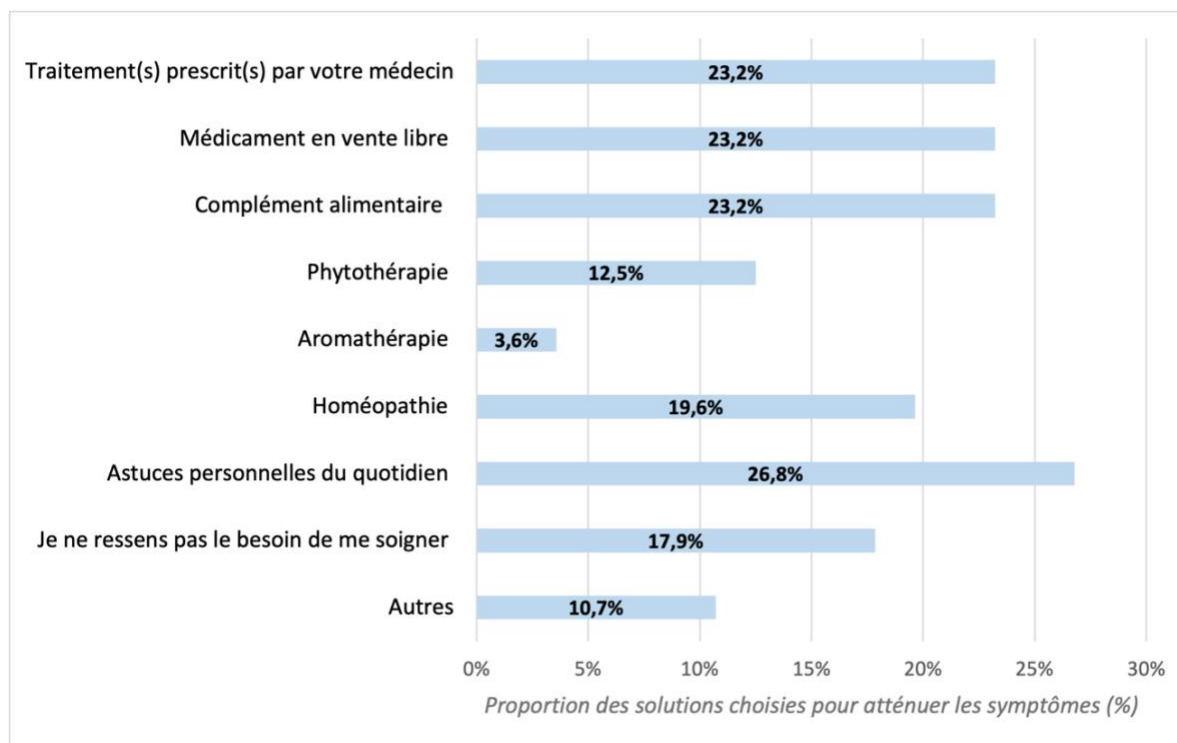
Certaines femmes ne perçoivent pas de facteur particulier influençant leurs symptômes. Cependant, d'autres femmes (N = 20) ont identifié des facteurs déclencheurs.

Le stress et l'anxiété sont des éléments souvent mentionnés (N = 11). Associées à cette anxiété, les émotions négatives sont citées comme jouant un rôle crucial dans l'apparition des symptômes, notamment lors de difficultés professionnelles ou lorsqu'une mauvaise nouvelle surgit. La chaleur est aussi fréquemment notifiée (N = 5) comme facteur initiateur.

Enfin, d'autres facteurs sont évoqués, tels que la consommation d'alcool (N = 1), la prise de poids (N = 1), la fatigue (N = 1), et le manque d'activité physique (N = 1).

Question 10 : Quelle(s) solution(s) avez-vous trouvée(s) pour atténuer vos symptômes ?

Figure 17 : Répartition des différentes solutions adoptées par les patientes pour atténuer leurs symptômes



Les options majoritairement sélectionnées sont les astuces personnelles du quotidien à hauteur de 26,8%, suivies par les compléments alimentaires, les médicaments en vente libre ainsi que les traitements prescrits par les médecins, tous à 23,2%.

L'homéopathie représente 19,6% des choix des patientes. La phytothérapie est mentionnée à 12,5% et l'aromathérapie à 3,6%.

10,7% utilisent d'autres solutions que celles rapportées dans cette question et 17,9% des patientes estiment ne pas ressentir le besoin de se soigner.

Question 11 : Pouvez-vous apporter des précisions sur vos réponses ci-dessus ?

Cette question facultative a obtenu 32 réponses, soit 30%.

Pour commencer, les astuces personnelles du quotidien notifiées comprennent :

- La réalisation d'activité physique (marche et fitness) (N = 4) pour limiter la prise de poids, évacuer les pensées négatives et diminuer les douleurs articulaires.
- L'adoption d'une alimentation équilibrée (N = 4) avec une diminution des plats préparés et du sucre rapide, car les gâteaux ainsi que les sucreries amplifient les bouffées de chaleur d'après les patientes.
- La mise en place d'une bonne hygiène de sommeil (N = 2) en respectant les heures de coucher et de lever, et si la fatigue s'installe, prendre un rythme de repos.
- La prise de temps pour soi est encouragée par deux femmes, notamment avec la réalisation de soins pour se sentir mieux dans sa peau.
- L'hydratation de la peau quotidienne est identifiée comme nécessaire par une patiente.

Par ailleurs, les médicaments en vente libre choisis sont le paracétamol (N = 1) pour limiter les douleurs articulaires, et les gels intimes pour les sécheresses vaginales comme la spécialité Replens® (N = 1).

Concernant l'homéopathie, les deux spécialités mentionnées sont Actheane® (N = 1), du laboratoire Boiron ainsi que les gouttes de chez Lehning, soit Lachesis 122® (N = 1). Par ailleurs, une femme souligne l'efficacité du Glonoinum 9CH.

La phytothérapie est utilisée par certaines femmes et la majorité cite la spécialité Manhaé ménopause® (N = 3). Cependant, quelques-unes utilisent plutôt

Ménophytea® (N = 1), l'huile de bourrache et d'Onagre (N = 1), ainsi que les fleurs de Bach (N = 1).

En complément alimentaire, une femme opte pour le collagène marin pour la beauté de la peau ainsi que pour les douleurs articulaires.

D'autre part, les traitements prescrits par les médecins sont les traitements hormonaux (Dermestril®), les gels hormonaux (Oestrodose®, Estreva®), ainsi que des anxiolytiques (N = 1) et des traitements contre l'arthrose (N = 1).

Enfin, 10,7% des femmes utilisent d'autres solutions que celles rapportées dans la question précédente. Les solutions notifiées sont la psychothérapie, l'acupuncture, l'hypnothérapie, et la visite chez un énergéticien. De plus, pour résoudre les soucis urinaires, une patiente souligne l'efficacité importante de la rééducation périnéale qu'elle a suivie avec une sage-femme, lui permettant de réduire efficacement ses fuites urinaires et de renoncer à l'opération. Cette patiente précise que les exercices peuvent être faits quotidiennement à la maison et permettent de maintenir l'efficacité sur le long terme.

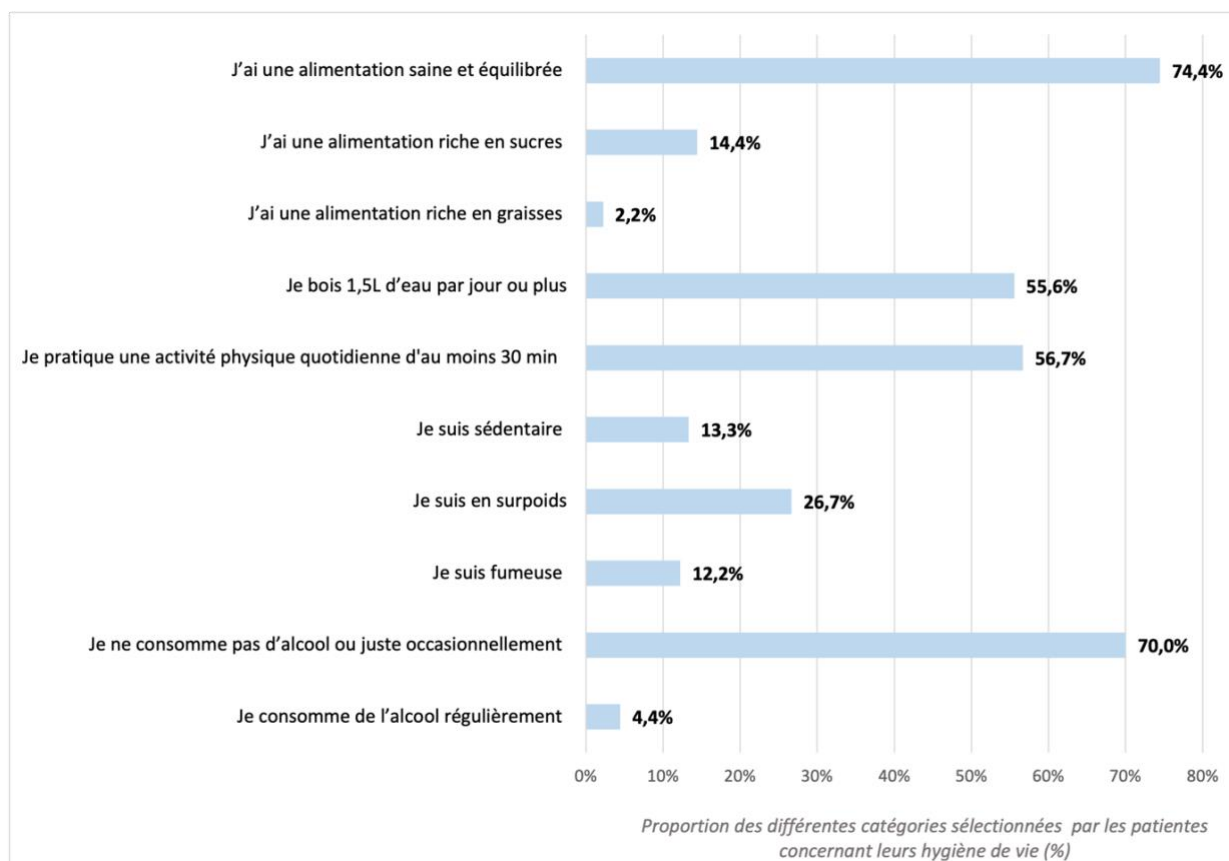
Question 12 : Si vous avez un traitement hormonal substitutif, quel est son nom et comment vous sentez-vous avec celui-ci ?

Cette question a obtenu 8 réponses.

Divers traitements hormonaux substitutifs sont utilisés. Tout d'abord, les THS appliqués localement comprennent l'Oestrodose® (N = 2), Estreva® (N = 2), et Trophigil® (N = 1). De plus, une patiente mentionne l'utilisation du dispositif transdermique Demestril® (1 timbre par semaine). Puis, le THS administré par voie orale notifié est la progestérone (Progestan®) (N = 2).

Question 13 : Cochez les cases qui vous correspondent :

Figure 18 : Proportion des différentes catégories sélectionnées par les patientes concernant leur hygiène de vie



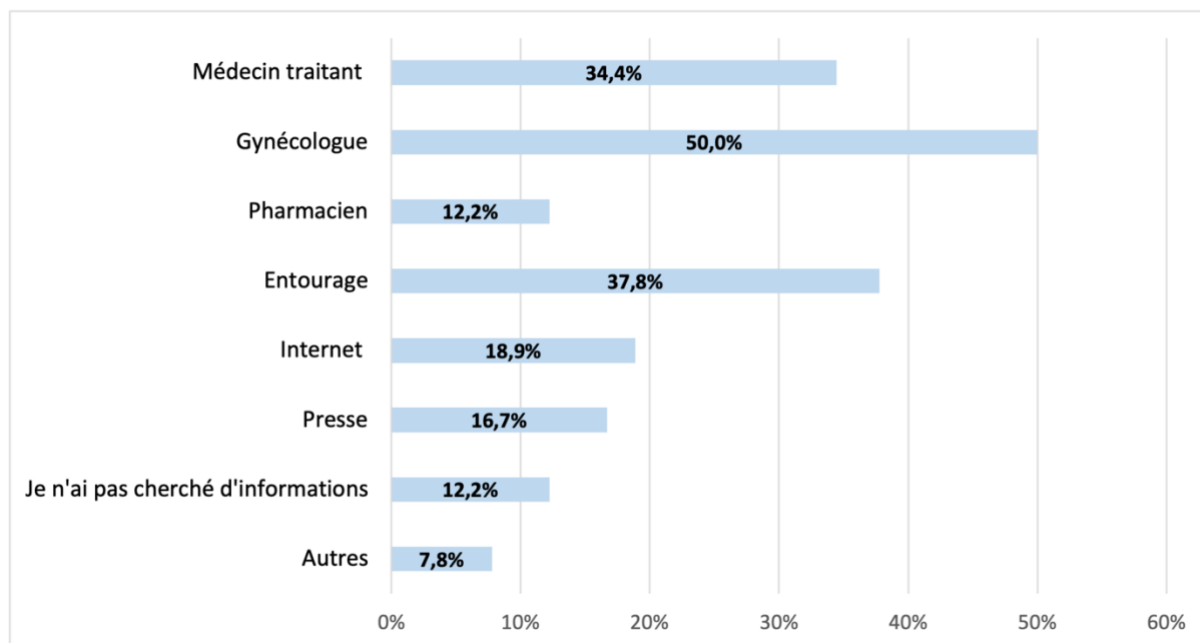
74,4% des patientes ont une alimentation saine contre 14,4% qui ont une alimentation riche en sucres et 2,2% riche en graisses. Par ailleurs, 55,6% des patientes boivent au minimum 1,5 litre d'eau quotidiennement.

De plus, 56,7% femmes déclarent pratiquer une activité physique quotidienne d'au moins 30 minutes contre 13,3% qui sont sédentaires. Par ailleurs, 26,7% des femmes sont en surpoids et 12,2% sont fumeuses.

Enfin, 70% des femmes ne consomment pas d'alcool ou juste occasionnellement par rapport à 4,4% des femmes qui consomment de l'alcool régulièrement.

Question 14 : Par qui ou par quel(s) moyen(s) avez-vous trouvé des informations concernant la ménopause ?

Figure 19 : Proportion des différentes sources utilisées par les femmes pour obtenir des informations sur la ménopause



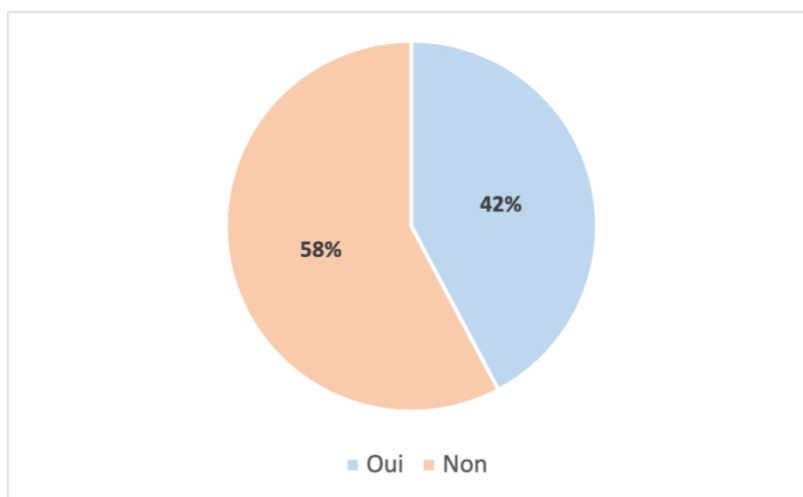
La majorité des femmes, soit 50% se dirigent vers leur gynécologue pour obtenir des renseignements sur la ménopause, le médecin traitant étant lui sollicité à 34,4% et le pharmacien à 12,2%.

De plus, 37,8% des femmes se renseignent auprès de leur entourage, 18,9% utilisent internet, 16,7% la presse, et 7,8% ont opté pour d'autres moyens d'informations. Ces femmes se sont informées par le biais de leur homéopathe, par des livres spécialisés ou encore par l'intermédiaire d'une infirmière.

12,2% des patientes n'ont pas cherché d'informations.

Question 15 : Pensez-vous être suffisamment informée ?

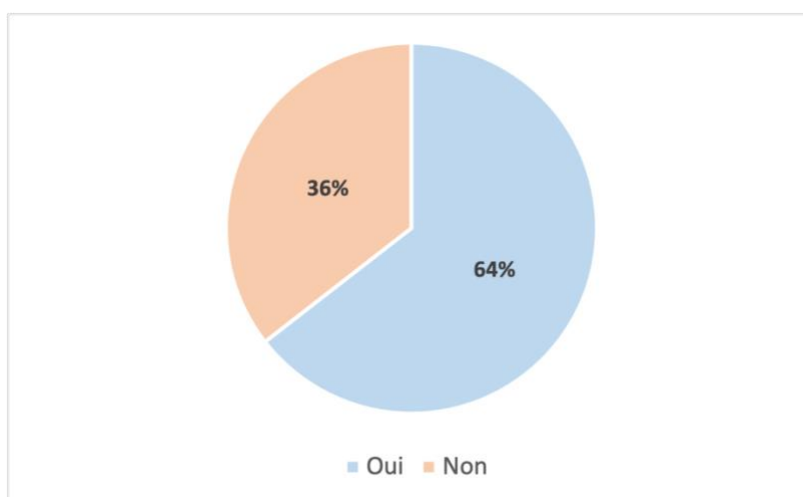
Figure 20 : Distribution des femmes en fonction de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause



58% des femmes estiment n'être pas suffisamment informées sur la ménopause.

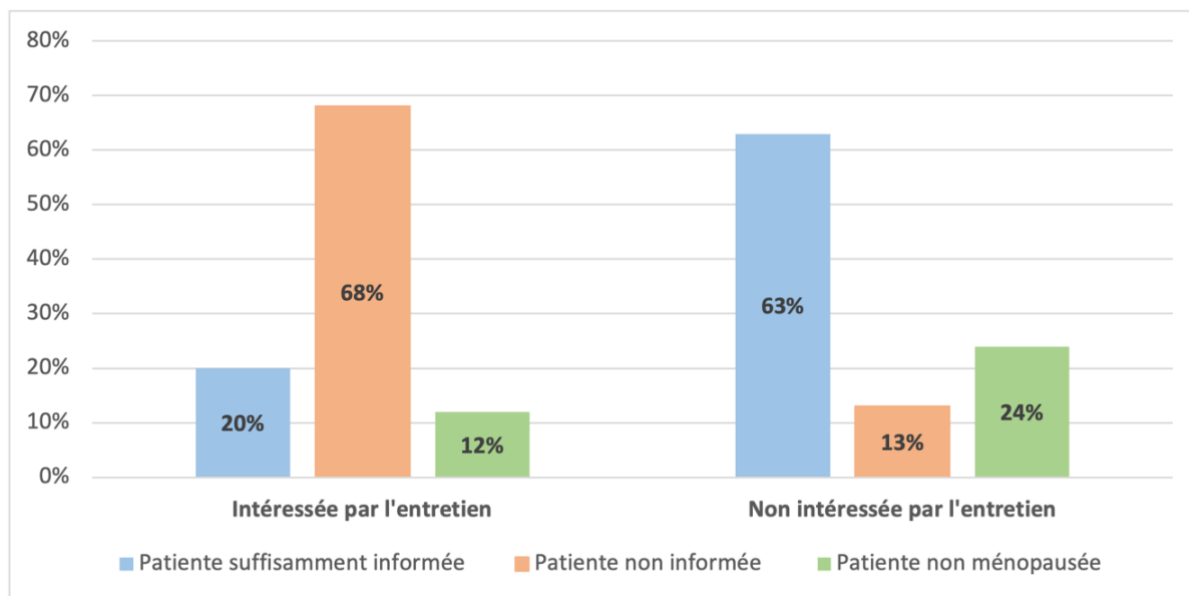
Question 16 : Seriez-vous intéressée par des entretiens à l'officine pour répondre à vos interrogations concernant la ménopause ?

Figure 21 : Répartition des femmes selon leur intérêt pour l'entretien à l'officine



64% des patientes qui ont répondu aux questionnaires sont intéressées pour la réalisation d'entretiens à l'officine.

Figure 22 : Répartition des femmes selon leur intérêt pour l'entretien à l'officine en fonction de leur statut ménopausique et de leur perception de leurs connaissances sur la ménopause



Parmi les femmes exprimant un intérêt pour un entretien, 20% estiment être suffisamment informées mais souhaitent obtenir des informations complémentaires, 68% estiment ne pas être assez informées, et 12% ne sont pas encore ménopausées mais désirent se préparer à cette transition.

En ce qui concerne les patientes qui ne manifestent pas d'intérêt pour l'entretien, 63% estiment être assez informées sur la ménopause, 13% ne se sentent pas amplement informées mais ne souhaitent pas obtenir davantage d'informations, et enfin 24% des patientes ne sont pas encore ménopausées et ne se sentent pas concernées par cet entretien pour le moment.

Question 17 : Que souhaiteriez-vous aborder avec votre pharmacien lors de cet entretien ?

Cette question facultative a obtenu 38 réponses, soit 35,5%.

Pour commencer, les femmes souhaitent obtenir des informations sur les signes indiquant le début de la ménopause et les risques associés (N = 5). Elles s'intéressent également aux symptômes caractéristiques (N = 5) tels que les bouffées de chaleur

ainsi qu'aux solutions naturelles pour les atténuer (N = 9). Certaines femmes désirent être accompagnées pour les troubles cutanés, les sauts d'humeur et la gestion du poids, voire la perte de poids.

Par ailleurs, elles espèrent obtenir des conseils pour améliorer leur quotidien (N = 11), notamment sur une alimentation appropriée et sur des astuces pour davantage appréhender les effets désagréables de cette étape de la vie. D'autres patientes souhaitent être informées sur les effets indésirables des traitements médicamenteux (N = 2).

Enfin, certaines patientes soulignent la difficulté actuelle pour obtenir un rendez-vous avec leur gynécologue ou leur médecin généraliste, et qu'il est important que le tabou social cesse. Elles apprécieraient ainsi des échanges confidentiels pour recevoir des renseignements sur la ménopause (N = 6).

2. Analyse des résultats

a) Analyse du questionnaire « pharmacien »

Le taux de réponses obtenues est faible, moins de 5%. Il est nécessaire d'en tenir compte dans l'analyse. Les pharmaciens ayant répondu sont majoritairement expérimentés. De plus, l'installation de ces pharmaciens dans les zones périphériques peut influencer la typologie de la patientèle prise en charge et leurs besoins et attentes.

Les sollicitations des pharmaciens sont nombreuses, à hauteur de 77,5% et témoignent d'un besoin des femmes de prise en charge.

Les deux principaux symptômes pour lesquels les patientes interrogent leur pharmacien sont les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. Les deux symptômes sont habituellement retrouvés chez de nombreuses femmes selon les études : 80% pour les bouffées de chaleur et 50% pour les troubles du sommeil. Il paraît logique que les premières sollicitations du pharmacien soient en lien avec ceux-ci.

Les symptômes représentant une demande occasionnelle sont les symptômes psychiques (l'anxiété, l'irritabilité, l'humeur dépressive), la fatigue physique et mentale, la prise de poids et la sécheresse vaginale.

Enfin, cette étude identifie les symptômes moins rapportés par les patientes, tels que les troubles de la libido, les troubles urinaires, les douleurs musculaires et articulaires, les maux de tête et la sensation de gêne au niveau du cœur. Il peut être étonnant de trouver de faibles demandes auprès des pharmaciens en lien avec la sphère génito-urinaire : 58% d'absence de sollicitation pour les troubles urinaires et 74,5% pour les troubles de la libido. La prévalence de ces symptômes est proche de 50% chez les femmes ménopausées, ce qui laisserait attendre plus de sollicitations à hauteur des deux premiers symptômes : les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil.

Les patientes accordent beaucoup d'importance à leurs symptômes. En effet, 87% des femmes posent des questions uniquement sur les symptômes, bien que quelques-unes souhaitent approfondir leurs connaissances sur la physiopathologie et les solutions naturelles.

Pour répondre aux besoins des patientes, les pharmaciens privilégient les compléments alimentaires, la phytothérapie, l'homéopathie ainsi que la dispensation de conseils hygiéno-diététiques. Les pharmaciens sont pleinement dans leur rôle de conseil puisqu'ils abordent les alternatives aux traitements médicamenteux. En effet, les questionnements des femmes sur les traitements hormonaux sont peu fréquents chez les pharmaciens ayant répondu au questionnaire, seul un l'évoque comme sollicitation autre, ce qui est en adéquation avec les données épidémiologiques sur la prescription de ces traitements (5). Il semblerait également que l'activité physique soit rarement conseillée aux patientes. Les professionnels de santé ont probablement moins de références pour accompagner les femmes sur ce sujet. Il semblerait donc nécessaire de formuler des exemples d'activités physiques à pratiquer.

La grande majorité, soit 94% des pharmaciens, déclarent ne pas avoir suivi de formation spécifique sur la ménopause et 64% estiment ne pas disposer des connaissances suffisantes pour prodiguer un conseil adapté et répondre aux besoins des patientes alors que les sollicitations sont bien présentes dans leur activité au

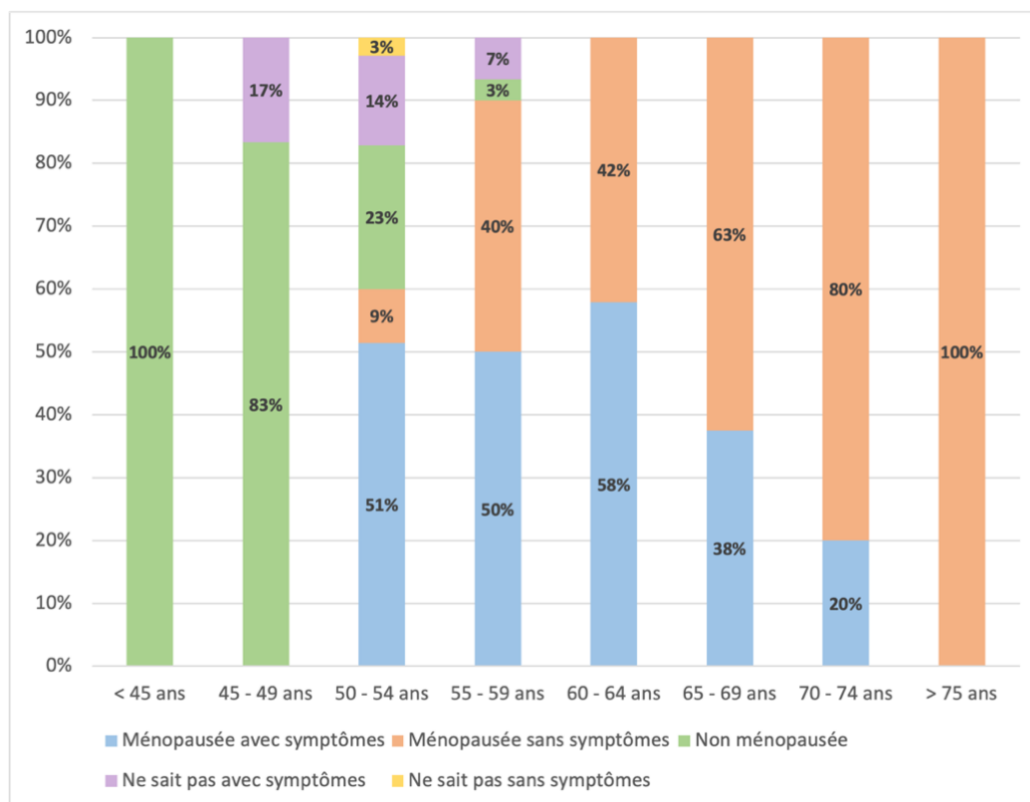
quotidien. Cela suggère que l'accompagnement des femmes pourrait être amélioré et qu'un outil pourrait être nécessaire pour aider les pharmaciens. En effet, ils sont en demande de formations complémentaires et de documentations spécifiques. Les pharmaciens souhaitent améliorer leurs réponses aux femmes ménopausées. Ils sont ouverts à des modifications de pratiques, en effet, 85% sont intéressés par la mise en place d'un entretien spécifique sur la ménopause.

b) Analyse du questionnaire « patiente »

La majorité des femmes qui ont participé à cette étude ont entre 50 et 64 ans, cela représente 79% des réponses. Néanmoins, parmi les participantes, 9% ont moins de 50 ans et 13% ont au moins 65 ans. Dans cette enquête, 76% des femmes sont ménopausées, tandis que 8% n'ont pas connaissance de leur statut ménopausique. Ces données populationnelles correspondent à celles retrouvées dans les études épidémiologiques par rapport à la tranche d'âge et à l'incertitude diagnostique (3).

Parmi les femmes ménopausées, 69% présentent des symptômes, tandis que 31% n'en éprouvent pas. La ménopause associée à des manifestations cliniques est donc fréquente et en fait un sujet de prise en charge à part entière pour le pharmacien dans sa pratique au quotidien.

Figure 23 : Répartition des femmes en fonction de leur âge, de leur statut ménopausique et de leur symptomatologie



Ce diagramme présente une synthèse des différents résultats recueillis. Cette répartition correspond à celle retrouvée dans les études cliniques. L'échantillon des femmes ayant répondu au questionnaire paraît représentatif.

Les symptômes les plus intenses chez les patientes sont les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. Ensuite, la plupart des femmes présentent des symptômes d'intensité modérée tels que l'humeur dépressive, l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue physique et mentale, les troubles de la libido, la sécheresse vaginale, les douleurs musculaires et articulaires ainsi que la prise de poids. L'ensemble de ces symptômes peuvent être gênants pour ces femmes justifiant une prise en charge plus approfondie à l'officine pour les atténuer. Les troubles urinaires sont peu nommés alors qu'ils sont habituellement présents chez plus de 50% des femmes ménopausées.

La majorité des femmes ressentent leurs symptômes plusieurs fois par semaine et un quart les éprouvent quotidiennement, ce qui justifie de l'importance d'une prise en charge adaptée pour aider les femmes à atténuer leurs symptômes.

De plus, 70% des femmes confirment l'impact des symptômes sur leur qualité de vie. Elles nomment une altération de celle-ci en lien avec l'intensité et la fréquence des symptômes d'inconfort. La banalisation sociale de la ménopause n'est pas en adéquation avec l'impact ressenti et nommé des femmes sur leur qualité de vie, avec une recherche d'amélioration symptomatique importante. Seules 17,9% estiment ne pas ressentir le besoin de se soigner.

Parmi les quelques patientes qui suivent un traitement hormonal substitutif, la majorité nomme l'utilisation d'un THS par voie locale, ce qui est en cohérence avec les données épidémiologiques sur la prescription de ces traitements (5).

Les règles hygiéno-diététiques attendues sont majoritairement retrouvées dans l'hygiène de vie de ces patientes. Toutefois, 27% d'entre elles sont en surpoids, et 12,2% sont fumeuses, ce qui suggère qu'il est nécessaire de renforcer les actions de prévention.

Bien que les femmes questionnent principalement sur les symptômes gênants, il est essentiel de fournir une information plus approfondie sur la ménopause, car 58% des femmes estiment ne pas être suffisamment informées. Cela est en adéquation avec les résultats d'une étude qui note que 34% des femmes de 45 à 54 ans estiment qu'il n'y a pas assez d'informations sur le sujet (115).

Dans cette quête d'informations complémentaires, les femmes recherchent principalement des informations sur la ménopause auprès de leur gynécologue, de leur entourage ainsi que de leur médecin traitant. Le rôle conseil du pharmacien sur cette thématique ne semble pas suffisamment identifié par les femmes, car seulement 12% des patientes sollicitent leur pharmacien pour obtenir des renseignements.

Dans l'objectif de proposer une adaptation de la prise en charge au comptoir de type entretien ciblé, 64% des femmes se montrent intéressées. La plupart d'entre elles ne se sentent pas suffisamment informées, et certaines ne sont pas ménopausées, mais souhaiteraient être mieux préparées lorsque cette période surviendra. 36% ne manifestent pas d'intérêt pour l'entretien du fait qu'elles possèdent assez d'informations et qu'elles ne sont pas ménopausées ce qui est compréhensible. Parmi

l'ensemble des femmes, seulement 4,7% ne sont pas intéressées malgré un manque d'informations. Ces résultats justifient une réflexion pour adapter la prise en charge des patientes intégrant l'importance de l'échange interpersonnel en lien avec la variabilité des besoins et des attentes en termes d'informations.

D. Discussion

Les femmes ayant répondu au questionnaire, sont majoritairement concernées par la ménopause, étant déjà ménopausées à 76%. Il est à noter que certaines femmes (8%) sont indécises sur leur statut. Cela souligne la difficulté de poser le diagnostic avec des symptômes pouvant apparaître en péri-ménopause et un diagnostic posé a posteriori.

Dans la recherche d'informations, les femmes n'identifient pas de façon privilégiée le pharmacien comme un professionnel pouvant les renseigner, ce qui peut suggérer des lacunes potentielles de ce dernier sur le sujet, incitant les femmes à se diriger vers un autre interlocuteur. Cependant, en pratique, les sollicitations du pharmacien sur cette thématique sont réelles et importantes.

Lorsque les femmes sollicitent leur pharmacien, elles abordent majoritairement leurs symptômes d'inconfort et sont en recherche de conseils pour améliorer leur qualité de vie. Une corrélation est retrouvée entre les symptômes gênants identifiés par les femmes et les questionnements vers le pharmacien. Ceux-ci identifient les mêmes symptômes comme sources de sollicitations au comptoir, en premier lieu les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. Par contre, certains symptômes ne sont pas nommés par les femmes et ne se retrouvent pas dans les sollicitations des pharmaciens.

Les troubles de la libido sont loin d'être inconstants chez les femmes ménopausées. Par contre, peu de sollicitations sont constatées par le pharmacien. Il peut être questionné les difficultés personnelles des femmes à aborder ce symptôme en lien avec la sphère intime, la perception du regard sociétal sur la ménopause et peut-être la configuration des officines ne permettent pas une confidentialité suffisante. D'après une étude, 48% des femmes de moins de 50 ans considèrent qu'il est difficile de parler

de la ménopause car elle est perçue comme un tabou sociétal (115). Il serait intéressant de savoir si les sollicitations pharmaceutiques sont différentes selon le sexe du pharmacien et l'âge de celui-ci. L'âge des femmes peut aussi modifier certaines demandes par rapport à l'éducation reçue et les informations déjà délivrées au cours de sa vie.

Au-delà des symptômes gênants, il est à noter le lien étroit entre les sollicitations des pharmaciens pour des informations complémentaires et le besoin exprimé par les femmes d'avoir des réponses à d'autres questionnements.

L'impact de la ménopause chez les femmes est réel et le besoin d'avoir une amélioration du confort de vie est très important avec la recherche de solutions médicamenteuses, non médicamenteuses ou juste d'avoir des conseils pour le quotidien. Les attentes des femmes concernent surtout les traitements non spécifiques et les conseils. Les réponses des pharmaciens vont dans ce sens puisque majoritairement, ils donnent des orientations en termes d'hygiène de vie et conseillent des approches naturelles telles que les compléments alimentaires, l'homéopathie et la phytothérapie. Une adéquation est retrouvée entre les besoins des femmes et les réponses apportées par les pharmaciens, ce qui peut faciliter l'observance des thérapeutiques et l'efficacité de celles-ci dans le quotidien des femmes. De plus, cette adéquation peut renforcer le rôle du pharmacien auprès des patientes, dans sa mission conseil. Cependant, il est important de noter que 38% des femmes ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir des réponses à leurs questionnements (115).

Les réponses aux questionnaires tant des femmes que des pharmaciens soulignent le caractère individuel du vécu de la ménopause et le besoin d'une prise en charge personnalisée et adaptée.

Cette prise en charge personnalisée par les pharmaciens repose nécessairement sur des connaissances sur la ménopause globale, mises à jour régulièrement. Le manque de connaissances est souligné par 64% des pharmaciens ayant répondu au questionnaire. Une formation complémentaire des professionnels sur cette thématique semble nécessaire pour permettre aux pharmaciens de définir un plan de soins personnalisé pour chaque patiente qui les sollicite.

Tenant compte de la diversité des demandes des femmes, de l'existence d'un nombre important de symptômes potentiellement impactant la qualité de vie, il peut être important de structurer le conseil pharmaceutique auprès des femmes permettant d'aborder les différentes thématiques plus simplement et de faciliter l'expression des femmes, en diminuant le « tabou social ».

La convergence entre les besoins et attentes des femmes ménopausées et les pratiques professionnelles des pharmaciens permet d'obtenir les éléments essentiels pour structurer le conseil pharmaceutique. La nécessité de répondre de façon personnalisée aux attentes des femmes suggère de mettre en place un entretien pharmaceutique spécifique, complété par une documentation spécifique. Cette approche est soutenue par 85% des pharmaciens et 64% des patientes.

IV. Proposition d'amélioration de l'accompagnement des patientes : mise en place d'un entretien pharmaceutique

A. Matériel et méthode

1. Construction de l'entretien

Au regard des résultats des deux questionnaires et de leur analyse, la proposition d'amélioration choisie pour optimiser l'accompagnement et la prise en charge des femmes ménopausées au comptoir est la mise en place d'un entretien pharmaceutique.

La construction de l'entretien repose sur les réponses fournies par les patientes et les pharmaciens afin de concevoir un échange pertinent et adapté. D'après les résultats, l'entretien doit principalement cibler les femmes entre 50 et 64 ans. La quantité d'informations transmises est corrélée aux résultats obtenus lors des enquêtes, afin d'être le plus en adéquation avec les besoins notifiés par les femmes. L'ensemble des données utilisées sont issues de la première partie de ce travail.

L'objectif de l'entretien pharmaceutique n'est pas la transmission descendante d'informations reçues passivement par la patiente. Le pharmacien doit faire preuve d'adaptabilité dans son discours et être à l'écoute du parcours et des interrogations des patientes. Son objectif est de faciliter l'échange avec les femmes ménopausées et de répondre de façon plus personnalisée à leurs attentes et besoins afin d'améliorer leur qualité de vie. Cet entretien prend appui sur une documentation structurée et adaptée sur la ménopause reprenant les différents aspects de prise en charge.

a) Méthodologie du livret « synthèse »

Cette documentation « livret synthèse » (*Annexe 3*) permet au pharmacien d'avoir des connaissances appropriées pour répondre plus facilement aux questions des femmes, voire de pouvoir aborder des aspects de la ménopause pouvant être passés sous silence lors des échanges au comptoir.

Le livret est composé de plusieurs parties. Premièrement, une brève introduction sur la ménopause est notifiée pour établir les prérequis en reprenant les éléments de la physiopathologie. En effet, les femmes ont des interrogations sur celle-ci. De plus, comprendre les mécanismes physiopathologiques permet souvent de mieux adhérer aux conseils thérapeutiques donnés. Par la suite, il est important de reprendre chaque symptôme en fournissant une explication concise de celui-ci, et de proposer une prise en charge adaptée à chacun, incluant des approches naturelles ainsi que des règles hygiéno-diététiques, conformément aux souhaits des patientes.

Puis une courte partie mentionne les comorbidités potentielles liées à la ménopause, afin que le pharmacien sensibilise la patiente sur les mesures de prévention. Enfin, quelques éléments sur les médicaments hormonaux sont abordés pour répondre aux éventuelles questions des patientes, si celles-ci se manifestent.

b) Méthodologie du guide d'entretien

Le livret synthèse est complété par un « guide d'entretien » (*Annexe 4*) permettant de structurer les échanges entre les patientes et les pharmaciens. Il regroupe les

différents thèmes et notions à aborder ainsi que les objectifs. Il fournit également des questions types pour orienter et faciliter la discussion.

Ce guide commence par le recueil des informations sur les pathologies chroniques, les antécédents médicaux et les traitements habituels de la patiente. Cela permet d'identifier le profil de la patiente afin de lui proposer des solutions qui ne seront pas en contre-indication avec ses traitements.

Le guide permet également de répertorier les symptômes gênants existants et les solutions déjà mises en œuvre pour les soulager, ainsi que le niveau d'efficacité ressenti par les patientes.

L'objectif est de mener un entretien adapté à chaque patiente, en adoptant une approche personnalisée. Dans cette même démarche, une section aborde le bon usage du traitement hormonal, qui sera évoqué uniquement si la patiente est concernée.

c) Méthodologie de la fiche « mon hygiène de vie »

Pour finir, une fiche intitulée « mon hygiène de vie » (*Annexe 5*) au format A5 a été formalisée pour fournir une documentation aux patientes à la fin de l'entretien. Cela leur permet de consulter les informations chez elles et de mieux les assimiler.

Cette fiche comprend la définition de la ménopause, des conseils généraux sur l'alimentation et l'activité physique, ainsi que des règles hygiéno-diététiques pour mieux appréhender les signes vasomoteurs et les troubles du sommeil, les deux symptômes les plus fréquents.

d) Outil supplémentaire : carte mentale des produits conseils

En parallèle de l'entretien, les équipes officinales ont à leur disposition une carte mentale vierge (*Annexe 6*) axée sur les différents symptômes de la ménopause. Celle-ci peut être complétée par les équipes avec les produits de conseil dont elles disposent pour chaque symptôme. Ce travail permet une meilleure appropriation des solutions

possibles à proposer aux femmes. Cette connaissance plus approfondie des solutions faciliterait le conseil personnalisé aux femmes au regard de leurs symptômes d'inconfort.

2. Mise en place de l'entretien

Pour mettre en place ces entretiens au sein des officines, il est important d'adopter les bonnes attitudes en termes de communication et de posture afin d'instaurer une relation de confiance entre la patiente et le pharmacien.

Tout d'abord, il est essentiel de choisir un espace calme de confidentialité pour favoriser un échange ouvert, et de se positionner à côté de la patiente à 45° pour instaurer un climat de coopération, plutôt que de se faire face, afin d'éviter toute impression de confrontation (116).

Une communication efficace repose également sur l'écoute active et la reformulation pour inciter la patiente à s'exprimer et lui montrer qu'elle est écoutée et comprise. De plus, l'utilisation de questions ouvertes est indispensable afin de permettre à la patiente de développer ses réponses et d'exprimer ses préoccupations. Enfin, le renforcement positif est à privilégier pour valoriser les actions déjà entreprises par la patiente et de l'encourager dans ses futures décisions.

La durée de l'entretien est variable, elle dépend principalement des interrogations de la patiente. Cet échange dure environ 20 à 30 minutes, mais ce temps doit être ajusté selon les besoins de la patiente.

3. Évaluation

A la fin de la rencontre, une « évaluation » (*Annexe 7*) de l'entretien est proposée à la patiente pour recueillir ses impressions. Elle est composée de trois questions visant à évaluer si ses attentes ont été satisfaites, à identifier les points forts et à repérer les axes d'améliorations de l'entretien. Cette évaluation s'intègre uniquement aux entretiens « test » pour ajuster l'entretien pharmaceutique au regard des réponses fournies par les femmes.

B. Résultats

Afin d'apprécier la faisabilité de cet entretien et la justesse des documents formalisés, cinq entretiens pharmaceutiques « test » ont été réalisés au sein d'une officine d'Indre-et-Loire. L'objectif était d'évaluer l'adéquation entre la proposition d'amélioration et l'attente des femmes, et d'identifier des pistes d'amélioration pour faire de cet entretien un outil pratique au quotidien.

C'est lors du passage des patientes à la pharmacie pour le renouvellement de leur traitement hormonal substitutif ou pour des demandes spontanées de conseils sur la ménopause que l'entretien pharmaceutique leur a été proposé.

1. Entretien n°1

Le premier entretien a été réalisé le 12/04/2024 pendant 25 minutes avec une patiente âgée de 52 ans. Elle a eu une hystérectomie complète en janvier 2024 ainsi qu'une prise en charge chirurgicale pour prolapsus génital. A la suite de ces interventions, les symptômes de la ménopause sont apparus à une très forte intensité. Pour limiter les bouffées de chaleur importantes, son médecin lui a prescrit de l'oestrodose® et du zopiclone pour ses troubles du sommeil d'origine anxieux.

Pour elle « la ménopause induit chez moi beaucoup de bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes ». Cependant, lorsque les autres symptômes ont été évoqués, elle a été surprise et a reconnu certains symptômes présents chez elle. Depuis quelques mois, elle ressent une sécheresse oculaire qui devient assez gênante ainsi que des douleurs articulaires, mais elle ne les liait pas à la ménopause, témoignant d'une certaine méconnaissance de la physiopathologie.

Pour atténuer ses bouffées de chaleur, la patiente a entrepris des méthodes de relaxation tous les soirs, et se supplémente en homéopathie (Lachesis L122), ce qui lui apporte un confort notable. En rappelant l'ensemble des règles hygiéno-diététiques à adopter pour les éviter au maximum, la patiente a pris connaissance du risque d'aggravation des bouffées de chaleur associé à sa consommation de tabac et de

caféine et va essayer de les limiter notamment le soir (moment où les bouffées sont davantage présentes).

En ce qui concerne les troubles du sommeil, la patiente arrive à s'endormir avec des exercices de sophrologie, mais elle se réveille vers 4 heures du matin et a du mal à se rendormir. En évoquant l'hygiène de vie, quelques points ont été identifiés comme pouvant être responsables de ses troubles, notamment son manque d'alimentation en raison de son état dépressif qui peut accentuer ses troubles du sommeil. De plus, avant son opération, elle effectuait 10km de course à pied par jour. Bien qu'elle ait repris progressivement son activité physique en se concentrant sur le renforcement musculaire, le fait de le pratiquer à 21 heures peut impacter son sommeil. Au regard de ces informations, elle va essayer de s'alimenter davantage le soir, et réaliser son activité physique le matin et en supplément, il lui a été recommandé de la mélatonine à libération différée pour agir sur ses réveils précoces.

Afin de limiter la sécheresse oculaire, il lui a été conseillé d'utiliser des gouttes lubrifiantes, de limiter l'air sec et de cligner des yeux fréquemment lorsqu'elle travaille sur son ordinateur. Enfin, pour soulager ses douleurs articulaires, elle va entreprendre une cure de collagène pendant 3 mois, qui avait déjà bien fonctionné quelques mois auparavant.

Au cours de l'entretien, il a été abordé le bon usage de l'oestrodose®. « Je l'applique tous les matins sur les bras en mettant 2 pulvérisations ». Il lui a été rappelé l'importance de l'appliquer sur une peau propre et sèche le matin ou le soir sur l'abdomen, les cuisses, les bras, mais surtout à l'exception des seins, et de se laver les mains après application. Les effets indésirables potentiels comme les œdèmes, les céphalées et les tensions mammaires ont été repris avec elle. Son suivi est très régulier.

Enfin, la prévention pour les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose a été abordée. Son alimentation est équilibrée mais pas assez conséquente dans la journée. Elle consomme très peu de poissons gras et n'a jamais été supplémentée en vitamine D, ainsi elle va en discuter avec son médecin et elle va également limiter sa consommation de sel. De plus, elle souhaiterait reprendre la course à pied, mais il lui

a été conseillé de réaliser de la rééducation périnéale au préalable pour éviter les fuites urinaires.

2. Entretien n°2

La seconde patiente qui a participé à un entretien le 17/04/2024 pendant 30 minutes est âgée de 48 ans et ménopausée depuis qu'elle a 45 ans. Les symptômes ont débuté à cette période. Elle a plusieurs pathologies chroniques, dont un épisode dépressif caractérisé, une épilepsie qui a débuté tardivement à l'âge de 35 ans, des discopathies cervicales et lombaires ainsi que de l'arthrose qui lui provoquent de fortes douleurs. Ses traitements comportent de la venlafaxine, du lévétiracétam, de l'oxazépam ainsi que de la prégabaline et un électrostimulateur pour réaliser de la neurostimulation électrique transcutané (TENS) pour soulager ses douleurs.

Concernant la physiopathologie de la ménopause, la patiente avait des informations erronées. Selon elle, la ménopause « est liée à la chute des hormones féminines, c'est-à-dire la progestérone et la hausse des hormones masculines, les œstrogènes ». Ainsi, lors de cet entretien, il a pu être repris les informations sur la physiopathologie de la ménopause.

La patiente présente différents symptômes, notamment des bouffées de chaleur importantes, des troubles du sommeil, une chute de cheveux et une prise de poids au niveau abdominal : « J'ai remarqué un réel changement au niveau de ma morphologie ».

Pour soulager ses symptômes, la patiente a débuté un traitement par CystineB6® et observe une amélioration, notamment au niveau de la qualité de ses ongles. Elle espère constater une amélioration au niveau de ses cheveux dans quelques mois. Elle a également opté pour un shampoing fortifiant à la quinine du laboratoire Klorane. Quant aux troubles du sommeil, elle a entrepris une cure du complément alimentaire Zzzquil® sommeil sous format de gommes à mâcher à base de mélatonine, de vitamine B6, de camomille, de valériane et de lavande. Elle remarque une nette amélioration pour s'endormir. A cela, il lui a été conseillé d'entreprendre une cure de magnésium, qu'elle a acceptée. Pour sa prise de poids et ses bouffées de chaleur, elle

n'a pas trouvé de solutions. La patiente refuse les traitements hormonaux, elle n'avait pas supporté une contraception hormonale et avait opté pour la mise en place d'un stérilet au cuivre. De ce fait, elle souhaite obtenir des solutions plus naturelles. Tenant compte de ses souhaits et de ses pathologies, il a été convenu d'essayer l'homéopathie, en particulier la spécialité du laboratoire Lehning, le Lachesis L122®. Par ailleurs, des conseils hygiéno-diétiques ont été rappelés à la patiente pour les symptômes vasomoteurs et les troubles du sommeil. La patiente a débuté l'entretien en expliquant qu'elle n'avait observé aucun facteur déclencheur spécifique pour ses bouffées de chaleur, mais lorsque l'alcool a été évoqué, son discours a changé : « Maintenant que vous le dites, tous les dimanches lorsque je prends l'apéritif chez mes parents, j'ai beaucoup de bouffées de chaleur ».

La patiente n'avait pas connaissance des potentielles conséquences de la ménopause sur sa santé. Son alimentation est équilibrée et elle boit au moins deux litres d'eau par jour. Elle limite la viande rouge à une fois par semaine et inclut suffisamment de produits laitiers et de choux pour assurer son apport en calcium. Cependant, elle ne pratique pas d'activité physique en raison de ses douleurs dorsales, car le fait de marcher la fait souffrir, et elle s'expose très peu au soleil. Elle a réalisé que son apport en vitamine D était insuffisant « effectivement cela fait longtemps que je n'ai pas pris d'ampoule de vitamine D, je vais en parler à mon médecin traitant le mois prochain et je vais consommer davantage de sardines, j'adore ça ! ».

La patiente a apprécié ce moment d'échange qui lui a permis d'en apprendre davantage sur la ménopause : « Merci pour ce moment et pour m'avoir écoutée. Prendre le temps, c'est important et vous m'avez apporté des informations sur des aspects auxquels je n'avais pas pensé. Je reviendrai le mois prochain pour vous faire un retour sur l'homéopathie. »

3. Entretien n°3

Le troisième entretien a été effectué le 19/04/2024 pendant 20 minutes avec une patiente âgée de 49 ans en préménopause. Les symptômes ont débuté il y a deux ans, lorsqu'elle avait 47 ans. La patiente a encore son dispositif intra-utérin libérant de la progestérone, le Mirena®. Après échange avec sa gynécologue, elles ont convenu

de conserver provisoirement le stérilet afin de limiter la chute trop brutale des hormones naturelles pour atténuer les symptômes.

La physiopathologie de la ménopause est plutôt bien comprise, car selon elle « la ménopause, c'est lorsqu'on ne peut plus avoir d'enfants parce qu'on a une chute des hormones ».

La patiente présente différents symptômes, notamment des bouffées de chaleur importantes, une sécheresse vaginale, des sauts d'humeur et une prise de poids au niveau abdominal. Pour soulager ses bouffées de chaleur, la patiente a débuté l'homéopathie Lachesis L122® il y a 3 mois, et constate une nette amélioration de ses bouffées. De plus, elle a débuté une activité physique mêlant des activités cardiovasculaires ainsi que des exercices de renforcement musculaire. Avec cette remise en forme, elle a réussi à perdre du poids, mais il n'y a pas eu de modification morphologique au niveau abdominal. A cela, elle a décidé d'entreprendre une alimentation plus saine. Auparavant, en raison de ses horaires de travail de nuit, elle mangeait rapidement des repas tous préparés. Elle boit au moins deux litres d'eau par jour, elle limite la viande rouge à une fois par semaine et inclut suffisamment de produits laitiers, d'eau Hépar® et d'épinard pour assurer son apport en calcium. De plus, la patiente ne boit pas d'alcool, a réduit sa consommation de café à maximum deux par jour et a arrêté de fumer il y a un an. Cependant, elle consomme peu de poissons gras et consomme beaucoup de sel. Ainsi, les conseils ont été prodigués.

Pour la sécheresse vaginale, elle n'a pour le moment rien essayé, mais commence à penser à la prise d'un médicament. Elle souhaite une option naturelle avant de songer aux hormones, et donc il lui a été recommandé des lubrifiants hydratants à base d'eau et d'acide hyaluronique, comme le Monasens®. Pour les sauts d'humeur, elle arrive à les contrôler pour le moment, mais elle ne sera pas contre des plantes pour la détendre davantage.

A la fin de l'entretien, la patiente était satisfaite d'avoir eu cet échange, car cela lui a permis d'avoir l'ensemble des informations nécessaires pour mieux vivre avec la ménopause.

4. Entretien n°4

Le 24/04/2024 pendant 20 minutes a eu lieu le quatrième entretien avec une femme ménopausée de 52 ans. En 2013, à l'âge de 41 ans, elle a eu une intervention pour traiter son endométriose. Il lui a été retiré l'ovaire gauche, les trompes, et l'utérus. Malgré cela, son ovaire droit produisait suffisamment d'hormones pour entraîner un dépôt d'endométriose significatif au niveau du colon. Par conséquent, une seconde intervention a été réalisée en 2018 pour retirer son ovaire droit et l'endométriose présente au niveau du colon. Suite à cette intervention, la patiente a été porteuse d'une stomie pendant 2 ans. Ces interventions ont induit une ménopause précoce chez cette patiente qui a ressenti des symptômes immédiatement. Pour soulager ses signes cliniques, son médecin lui a prescrit de l'oestrodose® (œstrogène en gel).

Par son parcours médical, la patiente a acquis de nombreuses informations sur la physiopathologie de la ménopause précoce, qu'elle a bien intégrées.

Les principaux symptômes qu'elle ressent sont les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, une prise de poids androïde ainsi qu'une fatigue importante. Parmi eux, les plus gênants sont « ma fatigue intense et ma prise de poids. Dès que je fais un excès, je le stocke instantanément et il m'est très difficile pour le perdre ». En évoquant les autres symptômes de la ménopause, aucun n'est présent chez cette patiente.

Afin de soulager ses symptômes, elle a opté pour le complément alimentaire Manhaé® en supplément de son traitement hormonal ce qui est assez efficace sur les bouffées de chaleur. De plus, elle a entrepris récemment une activité physique avec de la gym asiatique et de la zumba pour se bouger davantage. Cependant, elle a dû arrêter rapidement, sans avoir de résultats positifs : « Suite à mes opérations, il m'a été déconseillé de réaliser toute activité avec impact. Mais je voulais perdre du poids et j'adore danser, alors je me suis inscrite à la zumba. Après quelques mois, elle m'a provoqué de fortes douleurs ligamentaires au niveau du plancher pelvien et j'ai des fuites urinaires dès que je rigole, je tousse ou je bouge trop. Des examens ont révélé la présence d'endométriose au niveau de ma vessie, un diagnostic qui n'avait malheureusement pas été établi auparavant. Une intervention va devoir être effectuée. Désormais, j'ai très mal et je dois prendre tous les jours un anti-inflammatoire, l'Antadys®, pour me soulager, tout en arrêtant toute activité avec impact ». Il a été

important de l'informer de la rééducation périnéale qui peut être effectuée par une sage-femme.

Le bon usage du traitement hormonal a été abordé pendant cet entretien. Début 2024, la patiente a changé de traitement, passant de l'Oestrodose® à Estreva®, un gel hormonal moins concentré car le premier traitement lui causait des douleurs mammaires importantes. Elle applique 2 doses de gel le matin en alternant sur les cuisses ainsi que sur le bas du dos. Cela représente 1mg/jour ce qui est inférieur à la posologie moyenne mais cela lui convient. Il lui a été rappelé l'importance de l'appliquer sur une peau propre et sèche et de se laver les mains après chaque application, d'éviter tout contact avec de l'eau au moins une heure après l'application, et de ne pas l'appliquer sur la poitrine ou sur une peau lésée. Son traitement est réévalué tous les ans par sa gynécologue, et celle-ci envisage de lui arrêter à l'âge de 55 ans.

Selon la patiente, l'ostéoporose est la principale conséquence de la ménopause sur sa santé. Elle n'avait pas connaissance du risque de maladies cardio-vasculaires. Elle adopte déjà les bons gestes en termes d'alimentation, d'apport en calcium et de vitamine D. Cependant, elle a remarqué que la consommation de fromage le soir et d'alcool déclenchait des bouffées de chaleur, et elle a réussi à réduire celles-ci en diminuant sa consommation. En raison de ses problèmes de santé, elle n'arrive pas à perdre du poids sans effectuer d'activité physique. Il lui a été conseillé pour limiter la prise de poids, de réaliser de l'activité douce comme la natation, et de se supplémenter en konjac ou en fucus pour ressentir une sensation de satiété vers 18h, lorsque ses fringales sont les plus fortes. Concernant la fatigue, une cure de magnésium lui a été suggérée, qu'elle a acceptée.

5. Entretien n°5

Le dernier entretien a été réalisé le 26/04/2024 pendant 20 minutes. La patiente âgée de 55 ans est ménopausée et ses premiers symptômes sont apparus à l'âge de 50 ans avec notamment des douleurs mammaires. Sa première question a été « comment savoir quand on est ménopausée lorsqu'on a un stérilet hormonal qui n'induit aucune règle ? ». La physiopathologie a été expliquée soulignant qu'une

méthode simple pour le déterminer consiste à retirer le stérilet et observer le cycle. Cette patiente a en effet retiré son stérilet à l'âge de 54 ans et avait une aménorrhée.

Les symptômes ressentis par la patiente sont essentiellement des sueurs nocturnes impactant son sommeil. « Je dois changer de draps dans la nuit, ce qui est très gênant ». De plus, elle ressent une sécheresse cutanée avec l'apparition de taches ainsi que des bouffées de chaleur. Afin d'atténuer ses symptômes, la patiente prend des gélules d'houblon. Cependant, elle a entendu récemment que « ça peut être nocif pour sa santé, car c'est considéré comme des hormones ». Cela lui a fait peur, et a décidé d'en prendre qu'occasionnellement, mais cela a diminué son efficacité. Devant cette inquiétude, il a été convenu de l'arrêter et d'utiliser à la place un complément naturel sans phyto-œstrogènes, le Manhaé ménopause®. Au cours de la discussion, des conseils lui ont été apportés pour diminuer ses symptômes, notamment en remplaçant ses draps synthétiques par des draps en coton et en utilisant une crème solaire ainsi qu'une crème hydratante adaptée à son visage.

Les conséquences de la ménopause sur sa santé au long cours étaient peu connues, et après les explications apportées, elle va essayer d'effectuer davantage d'activité physique notamment en favorisant les petites sorties à pied plutôt que d'utiliser sa voiture. De plus, elle va également modifier ses habitudes alimentaires qui sont riches en sel et pauvres en céréales complètes ainsi qu'en poissons.

C. Discussion

Pour réaliser les entretiens, une proposition a été faite aux femmes se présentant à l'officine pour une prise en charge de la ménopause. Les cinq patientes qui ont participé aux entretiens « tests » ont immédiatement accepté de le réaliser. Certaines d'entre elles avaient déjà exprimé leurs souhaits lors de la diffusion du questionnaire. Deux autres patientes semblaient intéressées, mais le temps indiqué ne leur a pas permis de le faire immédiatement. Elles envisagent de revenir prochainement.

Les entretiens « tests » se sont déroulés dans un local confidentiel pendant 20 à 30 minutes avec des femmes âgées de 48 à 55 ans. Les questions employées sont majoritairement des questions ouvertes.

L'analyse de ces échanges a mis en évidence les points essentiels à aborder lors de l'entretien. En effet, les principales interrogations portent sur les symptômes, en particulier les bouffées de chaleur. A chaque entretien, des conseils ont été proposés pour soulager les symptômes et ils ont été très bien accueillis. Cependant, il a été identifié qu'il y avait un manque important de connaissances concernant la physiopathologie, les conséquences potentielles de la ménopause ainsi que les symptômes moins typiques. Cela témoigne de l'importance d'ouvrir l'échange avec les patientes, en abordant d'autres thématiques que celles pour lesquelles elles sollicitent le pharmacien. La compréhension globale de la ménopause a permis aux patientes ayant eu l'entretien d'ajuster leur prise en charge.

Concernant les troubles de la libido, les femmes ont souvent plus de difficultés à les évoquer spontanément. Cependant, lorsqu'un professionnel aborde le sujet, elles se sentent plus à l'aise pour en discuter.

Après cinq entretiens, le guide semble adapté pour aborder les différentes thématiques avec les femmes et répondre à l'ensemble des demandes.

La remise de la documentation « mon hygiène de vie » à chaque entretien a été approuvée. Par rapport à l'évaluation, les patientes n'ont pas souhaité remplir la fiche d'évaluation de l'entretien. Elles ont préféré exprimer leurs impressions à l'oral, qui ont été unanimement positives. Il aurait pu être plus approprié de leur fournir la fiche afin qu'elles puissent la remplir chez elles après avoir pris du recul, puis la ramener ultérieurement à l'officine.

De plus, pendant la rédaction de cet écrit, de nombreux échanges avec des femmes ménopausées ont été réalisés au comptoir, ce qui a permis de repérer les différents axes à privilégier dans la construction des outils avec l'aide des résultats des enquêtes.

Lors de la mise en pratique de ces outils par un pharmacien d'officine, celui-ci a établi que « l'outil est facile à prendre en main et favorise une discussion fluide. C'est un sujet qui intéresse les femmes, ce qui les amène à s'exprimer davantage sur différents aspects. Cela nécessite une maîtrise intégrale de la synthèse pour réussir à rebondir sur tous les points, ce qui était plus difficile pour le premier entretien réalisé ».

La fiche synthétique permet au pharmacien de répondre aux questionnements des femmes. Elle semble être complète, mais nécessite une appropriation par le professionnel de santé. Cette appropriation pourrait être envisagée à travers la mise en place d'une formation de courte durée proposée aux pharmaciens, répondant ainsi à leurs besoins en formation sur cette thématique.

Cependant certaines limites sont présentes dans ce travail. Tout d'abord, la réalisation de cinq entretiens n'est pas significative pour représenter l'ensemble de la population des femmes ménopausées, mais c'est un échantillon encourageant pour valider l'outil. De plus, l'appropriation par un seul pharmacien n'est pas suffisante et il serait intéressant de poursuivre la diffusion de ce travail afin d'obtenir des avis supplémentaires permettant d'identifier, si nécessaire, des pistes d'amélioration.

La communication sur cet entretien pharmaceutique auprès des professionnels est essentielle pour améliorer la prise en charge des femmes ménopausées, mais peut s'avérer difficile. La possibilité d'instaurer une formation pourrait être envisagée, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou de la formation continue via les facultés de pharmacie.

Un entretien pharmaceutique nécessite du temps, ce qui peut être une contrainte dans l'activité quotidienne du pharmacien. Cependant, les outils proposés sont pleinement en adéquation avec l'actualité pharmaceutique. En effet, ils s'inscrivent dans le cadre des bilans de prévention réalisés par les pharmaciens, dont les modalités ont été publiées dans le Journal Officiel du 28 mai 2024. L'objectif principal est d'entreprendre une démarche de sensibilisation et de prévention individualisée. Plusieurs thèmes doivent être abordés, y compris la ménopause, même si elle ne peut pas être le sujet principal. Néanmoins, ces bilans peuvent être l'opportunité d'initier un échange sur la ménopause pour les tranches d'âge 45-50 ans, afin de contribuer à lever le tabou sociétal. Les outils peuvent être utilisés lors de ces bilans, permettant aux pharmaciens de disposer des informations nécessaires pour répondre aux besoins des patientes. Cette pratique pourra être valorisée financièrement, ce qui pourrait lever certains freins à sa mise en œuvre (115,117,118).

Les trois médecins généralistes spécialisés en gynécologie, installés dans le cabinet médical proche de l'officine, ont exprimé leur intérêt pour en savoir davantage sur ce travail, après avoir reçu des retours positifs de leurs patientes sur nos échanges. Ils ont salué cette initiative et encouragé cet accompagnement quotidien des femmes, ce qui a été très valorisant.

V. Conclusion

La ménopause représente une étape inévitable dans le parcours de vie des femmes. Dix millions de femmes sont ménopausées, soit 15% de la population française. Bien qu'elle ne soit pas considérée comme une maladie, mais comme un phénomène naturel, elle peut être parfois sous-estimée au niveau de sa prise en charge. La ménopause induit chez les femmes de nombreux signes et symptômes impactant leur qualité de vie au quotidien et peut favoriser le développement de certaines pathologies au long cours.

L'optimisation de la prise en charge des femmes ménopausées par les professionnels de santé est essentielle. Le pharmacien joue un rôle important dans l'amélioration de celle-ci. En effet, l'entretien pharmaceutique, une méthode déjà utilisée par les pharmaciens pour permettre une prise en charge individualisée, est pleinement adapté à l'accompagnement des femmes ménopausées, compte tenu de la diversité des signes cliniques et des ressentis individuels. Cet entretien structuré et complémenté par de la documentation permet aux patientes d'obtenir une compréhension globale de la ménopause. Ainsi, l'impact de la ménopause sur la qualité de vie est reconnu et pris en considération.

Le pharmacien devient un interlocuteur privilégié dans le parcours de soins et de vie des femmes ménopausées.

Références bibliographiques

1. Ménopause : à quel âge et quels symptômes ? [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/menopause/symptomes-diagnostic>
2. Monniaux D, Mandon-Pépin B, Monget P. L'atrésie folliculaire, un gaspillage programmé. Med Sci (Paris). 1999;15(2):157.
3. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):305-17.
4. Lansac J, Marret H. Chapitre 27 - Ménopause. In: Lansac J, Marret H, éditeurs. Gynécologie pour le Praticien (Neuvième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018 [cité 18 juill 2023]. p. 407-28. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294756375000272>
5. Inserm [Internet]. [cité 8 juin 2024]. Ménopause · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/menopause/>
6. David B. Seifer, Elizabeth A. Kennard. Endocrinology and management.
7. Antonio Cano. Menopause : A comprehensive Approach. The springer; 2017.
8. Info-Menopause-GEMVI-2017.pdf [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Gyn%C3%A9cologie/Info-Menopause-GEMVI-2017.pdf>
9. Bricaire L, Laroche E, Bourcigaux N, Donadille B, Christin-Maitre S. Insuffisances ovariennes prématurées. La Presse Médicale. 1 nov 2013;42(11):1500-7.
10. Rousset-Jablonski C. Comment diagnostiquer la ménopause ? RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):318-28.
11. Gilot N. Progestérone - IBC - ULB % [Internet]. IBC - ULB. 2018 [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ulb-ibc.be/progesterone/>
12. Sturdee DW, Panay N. Recommandations pour la prise en charge de l'atrophie vaginale post ménopausique. 2010;
13. Gandhi et al. - 2016 - Genitourinary syndrome of menopause an overview o.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2816%2930518-X>
14. Sturdee et Panay - 2010 - Recommandations pour la prise en charge de l'atrop.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2020/08/ims-recommendations-2010-10-french.pdf>

15. Vigneswaran K, Hamoda H. The pathophysiology and management of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 1 mai 2023;33(5):135-40.
16. Inserm [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Ostéoporose · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/osteoporose/>
17. Dessapt AL, Gourdy P. Ménopause et risque cardiovasculaire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 nov 2012;41(7, Supplément):F13-9.
18. Zilberman JM. Menopausia: hipertension arterial y enfermedad vascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 1 avr 2018;35(2):77-83.
19. Nair AR, Pillai AJ, Nair N. Cardiovascular Changes in Menopause. *Curr Cardiol Rev*. 20 juill 2021;17(4):e230421187681.
20. Deecher DC, Dorries K. Understanding the pathophysiology of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats) that occur in perimenopause, menopause, and postmenopause life stages. *Arch Womens Ment Health*. déc 2007;10(6):247-57.
21. Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, Mood and Sleep in Menopausal Transition: The Role of Menopause Hormone Therapy. *Medicina (Kaunas)*. 1 oct 2019;55(10):668.
22. Nappi RE, Tiranini L, Sacco S, De Matteis E, De Icco R, Tassorelli C. Role of Estrogens in Menstrual Migraine. *Cells*. 15 avr 2022;11(8):1355.
23. Ornello R, De Matteis E, Di Felice C, Caponnetto V, Pistoia F, Sacco S. Acute and Preventive Management of Migraine during Menstruation and Menopause. *J Clin Med*. 24 mai 2021;10(11):2263.
24. Skin, hair and beyond: the impact of menopause [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13697137.2022.2050206?needAccess=true&role=button>
25. Katz HI, Prystowsky JH. CHAPTER 17 - Menopause and the Skin. In: Lobo RA, éditeur. *Treatment of the Postmenopausal Woman (Third Edition)* [Internet]. St. Louis: Academic Press; 2007 [cité 8 sept 2023]. p. 237-49. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123694430500223>
26. Reus TL, Brohem CA, Schuck DC, Lorencini M. Revisiting the effects of menopause on the skin: Functional changes, clinical studies, in vitro models and therapeutic alternatives. *Mechanisms of Ageing and Development*. 1 janv 2020;185:111193.
27. Hall G, Phillips TJ. Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1 oct 2005;53(4):555-68.
28. Kamp E, Ashraf M, Musbahi E, DeGiovanni C. Menopause, skin and common dermatoses. Part 2: skin disorders. *Clin Exp Dermatol*. déc 2022;47(12):2117-22.

29. Ko SH, Kim HS. Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women. *Nutrients*. 13 janv 2020;12(1):202.
30. Ko SH, Jung Y. Energy Metabolism Changes and Dysregulated Lipid Metabolism in Postmenopausal Women. *Nutrients*. 20 déc 2021;13(12):4556.
31. Kaunitz AM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol*. oct 2015;126(4):859-76.
32. Khan SJ, Kapoor E, Faubion SS, Kling JM. Vasomotor Symptoms During Menopause: A Practical Guide on Current Treatments and Future Perspectives. *Int J Womens Health*. 14 févr 2023;15:273-87.
33. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. déc 2018;45(4):629-40.
34. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal Atrophy. *Mayo Clin Proc*. janv 2010;85(1):87-94.
35. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. sept 2015;44(3):497-515.
36. Hachul H, Bittencourt LRA, Soares JM, Tufik S, Baracat EC. Sleep in post-menopausal women: Differences between early and late post-menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 juill 2009;145(1):81-4.
37. Baker FC, Lampio L, Saaresranta T, Polo-Kantola P. Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep Med Clin*. sept 2018;13(3):443-56.
38. Joffe H, Massler A, Sharkey KM. Evaluation and Management of Sleep Disturbance During the Menopause Transition. *Semin Reprod Med*. sept 2010;28(5):404-21.
39. Tandon VR, Sharma S, Mahajan A, Mahajan A, Tandon A. Menopause and Sleep Disorders. *J Midlife Health*. 2022;13(1):26-33.
40. Green SM, Key BL, McCabe RE. Cognitive-behavioral, behavioral, and mindfulness-based therapies for menopausal depression: A review. *Maturitas*. 1 janv 2015;80(1):37-47.
41. Miranda A. Farage, PhD,* Sallie Neill, MD,† and Allan B. MacLean, MD‡. Physiological Changes Associated with the Menstrual Cycle. In 2009. (OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY).
42. Peck T, Olsakovsky L, Aggarwal S. Dry Eye Syndrome in Menopause and Perimenopausal Age Group. *J Midlife Health*. 2017;8(2):51-4.
43. Fenton A. Weight, Shape, and Body Composition Changes at Menopause. *J Midlife Health*. 2021;12(3):187-92.
44. Mounier-Vehier C, Madika AL. Hypertension artérielle de la ménopause : dépister,

traiter, accompagner, prévenir. La Presse Médicale. 1 nov 2019;48(11, Part 1):1288-94.

45. Pouillès JM, Gosset A, Trémollières F. Ménopause, traitement hormonal de ménopause et ostéoporose. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):420-37.

46. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Traitements hormonaux de la ménopause. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754596/fr/traitements-hormonaux-de-la-menopause

47. Gosset A, Robin G, Letombe B, Pouillès JM, Trémollières F. Le traitement hormonal de la ménopause en pratique. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):358-72.

48. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers - Ref : FRTHM15 [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Traitements-hormonaux-de-la-menopause-et-risques-de-cancers>

49. Les traitements hormonaux de la ménopause - Traitements hormonaux [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Traitements-hormonaux/Les-traitements-hormonaux-de-la-menopause>

50. VIDAL [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Recommandations Ménopause. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/menopause-1711.html>

51. VIDAL [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Le traitement hormonal de substitution. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/menopause/traitement-hormonal-substitution.html>

52. VIDAL [Internet]. [cité 11 oct 2023]. LIVIAL 2,5 mg cp. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/livial-2-5-mg-cp-10196.html>

53. Al Wattar BH, Talaulikar V. Non-oestrogen-based and complementary therapies for menopause. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 25 août 2023;101819.

54. Raccach-Tebeka B, Boutet G, Plu-Bureau G. Alternatives non hormonales de prise en charge des bouffées vasomotrices post-ménopausiques. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):373-93.

55. Trémollières FA, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Management of postmenopausal women: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) and Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement (GEMVi) Clinical Practice Guidelines. Maturitas. sept 2022;163:62-81.

56. Lobersztajn A, Trémollières F. Ménopause et os. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 nov 2012;41(7, Supplement):F28-32.

57. VIDAL [Internet]. [cité 19 déc 2023]. Recommandations Ostéoporose. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/osteoporose-1660.html>
58. Tella SH, Gallagher JC. Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 1 juill 2014;142:155-70.
59. VIDAL [Internet]. [cité 20 déc 2023]. ABUFENE 400 mg cp. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/abufene-400-mg-cp-72.html>
60. dos Reis Lucena L, dos Santos-Junior JG, Tufik S, Hachul H. Lavender essential oil on postmenopausal women with insomnia: Double-blind randomized trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 1 juin 2021;59:102726.
61. Lee HW, Ang L, Choi J, Lee MS. Aromatherapy for Managing Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. oct 2021;27(10):813-23.
62. Salehi-Pourmehr H, Ostadrahimi A, Ebrahimpour-Mirzarezaei M, Farshbaf-Khalili A. Does aromatherapy with lavender affect physical and psychological symptoms of menopausal women? A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 1 mai 2020;39:101150.
63. Choi SY, Kang P, Lee HS, Seol GH. Effects of Inhalation of Essential Oil of *Citrus aurantium* L. var. *amara* on Menopausal Symptoms, Stress, and Estrogen in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 12 juin 2014;2014:e796518.
64. Döner Şİ, Dağ Tüzmen H, Duran B, Sunar F. The effect of aromatherapy massage with lemon and peppermint essential oil on menopausal symptoms: A double-blinded, randomized placebo controlled clinical trial. *EXPLORE [Internet]*. 13 sept 2023 [cité 1 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550830723002215>
65. Clere N. Prise en charge officinale des symptômes de la ménopause. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2017;56(564):37-9.
66. Bordet M, Colas A, Marijnen P, Masson J, Trichard M. Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment—Results of an observational study. *Homeopathy*. 1 janv 2008;97(1):10-5.
67. Résumé des caractéristiques du produit - ACTHEANE, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?typedoc=R&specid=65464525>
68. Lachesis Complexe n°122 : Médicament Homéopathique Ménopause [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.lehning.com/produit/lachesis-complexe-n122>
69. Czuczwar P, Paszkowski T, Lisiecki M, Woźniak S, Stępnia A. The safety and tolerance of phytotherapies in menopausal medicine – a review of the literature. *Prz Menopauzalny*. mars 2017;16(1):8-11.

70. Berthélémy S. Ménopause : accompagnement à l'officine. Actualités Pharmaceutiques. 1 mars 2015;54(544):40-4.
71. Moreira AC, Silva AM, Santos MS, Sardão VA. Phytoestrogens as alternative hormone replacement therapy in menopause: What is real, what is unknown. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 1 sept 2014;143:61-71.
72. Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review [Internet]. [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3109/13697137.2014.966241?needAccess=true>
73. Bedell S, Nachtigall M, Naftolin F. The pros and cons of plant estrogens for menopause. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 1 janv 2014;139:225-36.
74. Sirotkin AV, Harrath AH. Phytoestrogens and their effects. European Journal of Pharmacology. 15 oct 2014;741:230-6.
75. Saghafi N, Ghazanfarpour M, Sadeghi R, Hosseini Najarkolaei A, Ghaffarian Omid M, Azad A, et al. Effects of Phytoestrogens in Alleviating the Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Pharm Res. 2017;16(Suppl):99-111.
76. VIDAL [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Houblon - Phytothérapie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/houblon-humulus-lupulus.html>
77. Fattah A. Effect of Phytoestrogen on Depression and Anxiety in Menopausal Women: A Systematic Review. J Menopausal Med. 29 déc 2017;23(3):160-5.
78. Abdi F, Rahnemaei FA, Roozbeh N, Pakzad R. Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1 juin 2021;261:222-35.
79. Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complementary and Alternative Medicine for Menopause. J Evid Based Integr Med. 14 mars 2019;24:2515690X19829380.
80. Lamassiaude-Peyramaure S. Fatigue et insomnie. Actualités Pharmaceutiques. 1 févr 2009;48(482):37-9.
81. Stress et anxiété. Actualités Pharmaceutiques. 1 nov 2008;47(479):25-7.
82. Fraizier C, Derbré S. Prise en charge des troubles de la ménopause par les thérapies alternatives. Actualités Pharmaceutiques. 1 mars 2012;51(514):37-40.
83. Geneslay A, Derbré S. Place des compléments alimentaires à base de plantes dans le régime amaigrissant. Actualités Pharmaceutiques. 1 mai 2014;53(536):49-53.
84. Clere N. Régimes et produits minceur, faire le bon choix. Actualités Pharmaceutiques. 1 mai 2018;57(576):40-2.

85. Auffray-Gallet M, Rouger C. Les antimigraineux d'origine naturelle. Actualités Pharmaceutiques. 1 mars 2024;63(634):53-8.
86. Mahé O. Prise en charge des douleurs articulaires: exemples de l'arthrose et des douleurs post traumatiques.
87. VIDAL [Internet]. [cité 24 mars 2024]. La phytothérapie dans le traitement de l'arthrose. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/arthrose-rhumatismes/phytotherapie-plantes.html>
88. Dewi DAR, Arimuko A, Norawati L, Yenny SW, Setiasih NL, Perdiyana A, et al. Exploring the Impact of Hydrolyzed Collagen Oral Supplementation on Skin Rejuvenation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 15(12):e50231.
89. Khatri M, Naughton RJ, Clifford T, Harper LD, Corr L. The effects of collagen peptide supplementation on body composition, collagen synthesis, and recovery from joint injury and exercise: a systematic review. Amino Acids. 2021;53(10):1493-506.
90. Martínez-Puig D, Costa-Larrión E, Rubio-Rodríguez N, Gálvez-Martín P. Collagen Supplementation for Joint Health: The Link between Composition and Scientific Knowledge. Nutrients. 8 mars 2023;15(6):1332.
91. VIDAL [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Quels compléments alimentaires contre la chute de cheveux ? Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/chute-cheveux-alopécie/compléments-alimentaires.html>
92. VIDAL [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Bien traiter ses cheveux pour éviter les chutes. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/chute-cheveux-alopécie/soin-cheveux.html>
93. Mehrnoush V, Darsareh F, Roozbeh N, Ziraeie A. Efficacy of the Complementary and Alternative Therapies for the Management of Psychological Symptoms of Menopause: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Menopausal Med. 2021;27(3):115.
94. Biver E, Herrou J, Larid G, Legrand MA, Gonnelli S, Annweiler C, et al. Recommandations alimentaires dans le cadre de la prévention et du traitement de l'ostéoporose. Revue du Rhumatisme. 1 juill 2023;90(4):405-25.
95. Lecerf JM. Conseils nutritionnels pour la femme ménopausée. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):349-57.
96. Vetrani C, Barrea L, Rispoli R, Verde L, De Alteriis G, Docimo A, et al. Mediterranean Diet: What Are the Consequences for Menopause? Front Endocrinol (Lausanne). 25 avr 2022;13:886824.
97. Bien vivre la ménopause [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loiret/assure/sante/themes/menopause/vivre-lors-menopause>
98. Ishimi Y. Osteoporosis and Lifestyle. Journal of Nutritional Science and

Vitaminology, J Nutr Sci Vitaminol. 2015;61(Supplement):S139-41.

99. fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <http://gemvi.org/wp-content/uploads/2022/06/fiche-info-patiente-menopause-THM.pdf>

100. Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un patient présentant une ostéoporose. Actualités Pharmaceutiques. 1 déc 2017;56(571):53-6.

101. exercisebrochure-french.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2022-10/exercisebrochure-french.pdf>

102. Duclos M. Effets de l'activité physique et de la diminution des comportements sédentaires chez la femme ménopausée. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):335-48.

103. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Ménopause - Problèmes de santé de la femme. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/m%C3%A9nopause/m%C3%A9nopause>

104. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 1 janv 2021;106(1):1-15.

105. Prévenir l'infection urinaire et les récurrences de cystite [Internet]. [cité 22 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loiret/assure/sante/themes/cystite/prevention-recidives>

106. Pizzoferrato AC, Fritel X. Prise en charge des troubles de la statique pelvienne chez la femme ménopausée : le point de vue du gynécologue. La Presse Médicale Formation. 1 mars 2023;4(1):72-80.

107. 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 Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):394-413.

108. Couteau C, Coiffard L, Quequet C. Les hydratants et lubrifiants vaginaux – Quel statut pour ce type de produits ? Médecine & Droit. 1 déc 2021;2021(171):120-2.

109. Monteil M. PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHEZ L'ADULTE A L'OFFICINE.

110. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Insomnie et somnolence diurne excessive (SDE) - Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/troubles-du-sommeil/insomnie-et-somnolence-diurne-excessive-sde>

111. 2017LIL2E170.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2017/2017LIL2E170.pdf

112. Sergheraert L. Sécheresse oculaire, du traitement à l'orientation. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 oct 2023;62(629):48-52.
113. Lagorce T, Buxeraud J, Guillot X. Rôle du pharmacien dans l'accompagnement du patient arthrosique. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 avr 2016;55(555):30-4.
114. Khatoon A, Husain S, Husain S, Hussain S. An Overview of Menopausal Symptoms Using the Menopause Rating Scale in a Tertiary Care Center. *J Midlife Health*. 2018;9(3):150-4.
115. mon_bilan_prevention_fiches_thematiques.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mon_bilan_prevention_fiches_thematiques.pdf
116. Mémo-SFPC-La-posture-en-entretien-20220214.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://sfpc.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2022/03/Me%CC%81mo-SFPC-La-posture-en-entretien-20220214.pdf>
117. Article 6 - Arrêté du 28 mai 2024 relatif aux effecteurs, au contenu et aux modalités de tarification des rendez-vous de prévention - Légifrance [Internet]. [cité 11 juin 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000049607695
118. mon_bilan_prevention_livret_couv_institutionnelle.pdf [Internet]. [cité 11 juin 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mon_bilan_prevention_livret_couv_institutionnelle.pdf

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux officines

Étudiante en pharmacie à la faculté de Tours, dans le cadre ma thèse d'exercice, je souhaite mettre en place des entretiens pharmaceutiques afin d'optimiser la prise en charge et le suivi des femmes ménopausées au comptoir.

Ce questionnaire vise à recueillir des informations sur les besoins des femmes dans vos officines.

Sachez que toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Question 1	Depuis combien de temps travaillez-vous en officine ?

Question 2	Où se situe votre officine ?
☐ Centre-ville ☐ Centre commercial ☐ Zone semi-rurale, semi-urbaine ☐ Zone rurale	

Question 3	A quelle fréquence êtes-vous sollicité au comptoir pour des conseils liés à la ménopause ?
☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois par mois ☐ Moins d'une fois par mois ☐ Autres : _____	

Question 4		Pour quels symptômes avez-vous le plus de demandes de conseils au comptoir ?		
Symptômes	Fréquence des demandes de conseils			
	Jamais/très rarement	Occasionnellement (+/- 1 fois par mois)	Régulièrement (+/- 1 fois par semaine)	
Bouffées de chaleur (rougeur de la peau, sueurs intenses)	☐	☐	☐	
Troubles du sommeil (difficulté pour s'endormir, réveil nocturne ou matinal)	☐	☐	☐	
Troubles urinaires (infection urinaire, gêne pour uriner, fuite urinaire)	☐	☐	☐	
Humeur dépressive (tristesse, saute d'humeur)	☐	☐	☐	
Anxiété / irritabilité (nervosité, stress, agressivité)	☐	☐	☐	
Fatigue physique et mentale (diminution de la concentration, mémoire...)	☐	☐	☐	
Trouble de la libido	☐	☐	☐	
Sécheresse vaginale	☐	☐	☐	
Douleurs musculaires et articulaires	☐	☐	☐	
Maux de tête	☐	☐	☐	
Prise de poids (modification de la répartition de la graisse au niveau abdominal)	☐	☐	☐	
Détérioration de la qualité de peau (fragilité, sécheresse, apparition de lésions...)	☐	☐	☐	
Sensation de gêne au niveau du cœur (palpitations, oppressions)	☐	☐	☐	

Question 5		Les patientes ont-elles d'autres interrogations concernant la ménopause ? (Sur la physiopathologie, sur d'autres symptômes non énoncés à la question précédente, ou autres)	
☐ Oui ☐ Non			

Question 6		Si oui, lesquelles ? (Facultatif)	

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patientes

Étudiante en pharmacie, je réalise ma thèse d'exercice sur la mise en place d'entretiens pharmaceutiques en officine destinés à conseiller les femmes sur le sujet de la ménopause.

Pour cela, j'ai besoin de connaître vos interrogations et votre expérience personnelle au travers du questionnaire ci-joint. Celui-ci me permettra de mieux répondre à vos attentes.

Sachez que toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Question 1	Quel âge avez-vous ?

Question 2	Êtes-vous ménopausée ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas	

Si réponse « non » passer directement à la question 16

Question 3	Ressentez-vous des symptômes en lien avec la ménopause ?
☐ Oui ☐ Non	

Si réponse « non » passer directement à la question 13

Question 4	A partir de quel âge avez-vous ressenti les premiers symptômes ? (Facultatif)

Question 5	Dans la liste ci-dessous, pouvez-vous m'indiquer vos symptômes et leur intensité ?			
Symptômes	Intensité des symptômes			
	Pas du tout	Faible	Modéré	Intense
Bouffées de chaleur (rougeur de la peau, sueurs intenses)	☐	☐	☐	☐
Troubles du sommeil (difficulté pour s'endormir, réveil nocturne ou matinal)	☐	☐	☐	☐
Troubles urinaires (infection urinaire, gêne pour uriner, fuite urinaire)	☐	☐	☐	☐
Humeur dépressive (tristesse, saute d'humeur)	☐	☐	☐	☐
Anxiété / irritabilité (nervosité, stress, agressivité)	☐	☐	☐	☐
Fatigue physique et mentale (diminution de la concentration, mémoire...)	☐	☐	☐	☐
Trouble de la libido	☐	☐	☐	☐
Sécheresse vaginale	☐	☐	☐	☐
Douleurs musculaires et articulaires	☐	☐	☐	☐
Maux de tête	☐	☐	☐	☐
Prise de poids (modification de la répartition de la graisse au niveau abdominal)	☐	☐	☐	☐
Détérioration de la qualité de peau (fragilité, sécheresse, apparition de lésions...)	☐	☐	☐	☐
Sensation de gêne au niveau du cœur (palpitations, oppressions)	☐	☐	☐	☐

Question 6	Avez-vous d'autres symptômes ? (Facultatif)

Question 7	A quelle fréquence ressentez-vous ces symptômes ?
☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Une fois par semaine ☐ Plusieurs fois par mois ☐ Une fois par mois ☐ Moins d'une fois par mois ☐ Autres : _____	

Question 8	Vos symptômes ont-ils un impact sur votre qualité de vie quotidienne ?
☐ Oui ☐ Non	

Question 9	Selon vous, y a-t-il des facteurs déclenchant vos symptômes ? (Facultatif)

Question 10	Quelle(s) solution(s) avez-vous trouvée(s) pour atténuer vos symptômes ?
☐ Traitement(s) prescrit(s) par votre médecin ☐ Médicament en vente libre ☐ Complément alimentaire ☐ Phytothérapie ☐ Aromathérapie ☐ Homéopathie ☐ Astuces personnelles du quotidien ☐ Je ne ressens pas le besoin de me soigner ☐ Autres : _____	

Question 11	Pouvez-vous apporter des précisions sur vos réponses ci-dessus ? (Facultatif)

Question 12	Si vous avez un traitement hormonal substitutif, quel est son nom et comment vous sentez vous avec celui-ci ? (Facultatif)

Question 13	Cochez les cases qui vous correspondent :
☐ J'ai une alimentation saine et équilibrée ☐ J'ai une alimentation riche en sucres (supérieur à 5% de la ration journalière = 25g = 6 cuillères à café) <i>(Par exemple, je consomme au moins une fois par jour du soda, confiserie, pain blanc entier, plats préparés industriels...)</i> ☐ J'ai une alimentation riche en graisses <i>(Par exemple, je consomme au moins une fois par jour des fast-foods, de la charcuterie, pâte à tartiner, viennoiserie, gâteaux/pizzas industriels, chips, friture, cuisine riche en beurre/huile...)</i> ☐ Je bois 1,5L d'eau par jour ou plus ☐ Je pratique une activité physique quotidienne de 30 min minimum (marche, vélo...) ☐ Je suis sédentaire (je reste plus de 7h dans la journée en position assise ou allongée) ☐ Je suis en surpoids ☐ Je suis fumeuse ☐ Je ne consomme pas d'alcool ou juste occasionnellement (2 verres par jour maximum et pas tous les jours) ☐ Je consomme de l'alcool régulièrement (supérieur à 10 verres par semaine)	

Question 14	Par qui ou par quel(s) moyen(s) avez-vous trouvé des informations concernant la ménopause ?
☐ Médecin traitant ☐ Gynécologue ☐ Pharmacien ☐ Entourage ☐ Internet ☐ Presse ☐ Je n'ai pas cherché d'informations ☐ Autres : _____	

Question 15	Pensez-vous être suffisamment informée ?
☐ Oui ☐ Non	

Question 16	Seriez-vous intéressée par des entretiens à l'officine pour répondre à vos interrogations concernant la ménopause ?
☐ Oui ☐ Non	

Question 17	Que souhaiteriez-vous aborder avec votre pharmacien lors de cet entretien ? (Facultatif)

Annexe 3 : Outil « Synthèse de la ménopause »
(Imprimer en format livret : 2 pages par feuille recto verso)

Synthèse LA MÉNOPAUSE



Qu'est ce que c'est ?

Aménorrhée pendant 12 mois consécutifs lié à la chute des hormones (progestérone et oestrogènes). C'est un processus naturel mais qui peut être influencé par des facteurs génétiques et environnementaux.

- Combien ? 10 millions de femmes en France
- Quand ? **Entre 45 et 55 ans**. L'âge moyen d'apparition est 51 ans
- Durée des symptômes ? Variable, inter-individuel

Péri-ménopause : précède la ménopause, elle se manifeste par des anomalies de cycles à partir de 47 ans pendant 4 ans, avec l'apparition de signes cliniques tels que les bouffées de chaleur et l'irritabilité.

Prise en charge générale



Hygiène de vie

☐ **Régime méditerranéen** riche en :

 Fruits et légumes (500g/j)	 Huile d'olive extra-vierge + Colza
 Légumineuses	 Poissons gras (2/semaine)
 Céréales complètes	 Produits laitiers (3/j)

Il faut EVITER :

- Régime occidental riche en viande rouge, aliments raffinés/transformés
- Régime végétarien ou vegan (qui peuvent induire des carences)
- Excitants : café, alcool, tabac (qui peuvent déclencher les symptômes)
- Sel : maximum 6g/j

☐ **Calcium** : 1g/j

- Produits laitiers
- Eau enrichie (Hépar®, Contrex®)
- Oléagineux, légumineuses et certains légumes verts (choux, épinard...)

☐ **Vitamine D** : exposition au soleil (30min/j) + poissons gras

☐ **Activité physique** : 3 fois par semaine pendant 30 min à intensité modérée

- Renforcement musculaire : natation, pilate, vélo
- Exercice de charge avec impact : marche, course, danse, escalier



SYMPTÔMES VASOMOTEURS

Qui, quand, comment ?

- ✱ **Epidémiologie** : 80% des femmes
- ✱ **Fréquent** : 4-5 bouffées/j pendant 1-5 min
- ✱ **Durée** : 7 ans en moyenne

Pourquoi ?

Dysfonctionnement de la thermorégulation provoquant une susceptibilité accrue aux changements subtils de température. Ils sont intenses à la péri-ménopause puis s'atténuent grâce à l'adaptation progressive du cerveau

Facteur aggravant ?

Tabagisme, obésité, manque d'activité physique

Clinique ? Symptômes intenses et soudains

-  **Bouffée de chaleur**, hyperhidrose
-  **Rougeur** (visage, cou, poitrine)
-  **Sueurs nocturnes**
-  **Frissons** (compense la perte de chaleur)

Conséquences ?

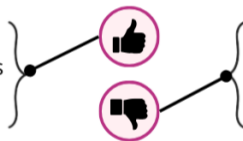
Vulnérabilité psychologique et physique + altération de la qualité de vie

Prise en charge ?

Hygiène de vie

Favoriser :

- ✓ Brumisateur eau à proximité
- ✓ Plusieurs couches de vêtements
- ✓ Vêtements légers en coton
- ✓ Activités relaxantes



Limiter :

- ✗ Environnement chaud
- ✗ Plats trop chauds ou épicés
- ✗ Excitants (café, alcool, tabac)

Homéopathie

- ✱ **Lachesis mutus**
- ✱ **Glonoinum**

Phytothérapie et compléments alimentaires (CA)

Plantes (phyto-oestrogènes)

- ✱ **Trèfle rouge, luzerne, soja, actée à grappe noire** : isoflavones
- ✱ **Graine de Lin** : lignanes
- ✱ **Houblon** : flavonones

Contre-indication :

Antécédents familiaux ou personnels de cancers hormono-dépendant
D'après HAS : maximum 1 mg/kg/j



CA sans phyto-oestrogènes :

- ✱ **Extrait de pollens purifié**

Approche non pharmacologique

- ✱ Hypnose, acupuncture, thérapies cognitivo-comportementales (relaxation, respiration...)

TROUBLES DU SOMMEIL

Epidémiologie ?

Fréquent : **50%** des femmes souffrent de troubles du sommeil

Pourquoi ?

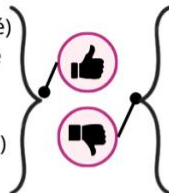
Changement physiologique associé au vieillissement, et diminution de la sécrétion endogène de mélatonine

Prise en charge ?

Hygiène de vie

Favoriser :

- ✓ Environnement calme (silence, obscurité)
- ✓ Environnement à température modérée
- ✓ Horaires fixes de coucher/lever
- ✓ S'exposer à la lumière la journée
- ✓ Relaxation (limite l'anxiété perturbatrice)
- ✓ Activité physique modérée jusqu'à 19h



Limitier :

- Excitants > 16h (*alcool, café, thé, tabac*) ✗
- Siestes longues et/ou après 16h ✗
- Alimentation trop riche/légère le soir ✗
- Aliments irritants la vessie (épices, asperges, chocolat) ✗

Compléments alimentaires

- ✳ **Mélatonine** : pour compenser la diminution physiologique
- ✳ **Vitamines** : vitamine C = "vitamine anti-fatigue"
- ✳ **Phytothérapie** : Valériane, Passiflore, Eschscholtzia... (*vérifier les interactions sur le site HEDRINE*)

Troubles psychiques

Pourquoi ?

Diminution de l'hormone du bonheur (sérotonine) et de l'hormone de sérénité (noradrénaline). Période dite de "**fenêtre de vulnérabilité**" : 4x plus de risque de développer un épisode dépressif

Clinique ?



Anxiété et irritabilité (stress, nervosité)

Humeur dépressive (tristesse, saute humeur)



Fatigue physique/mentale (↓ concentration)

Prise en charge ?

- ✳ **Plantes** : Aubépine, Mélisse, Valériane, Rhodiola
- ✳ **Relaxation** : yoga, méditation...

Sécheresse vaginale

Pourquoi ?

Atrophie vulvo-vaginale lié à la chute d'oestrogènes car ils participent à la richesse du tissu vaginal et augmentent le flux sanguin pour la lubrification

Clinique ?



Sécheresse vaginale

(irritation, brûlure, ulcération, leucorrhées)



Dyspareunie

(provoquant +/- perte de libido)

⚠ *Sujet régulièrement tabou pour les femmes
Echanger sur ce thème est nécessaire*

Prise en charge ?

Lubrifiants et/ou hydratants vaginaux

Prise de poids

Pourquoi ?

Changement dans la composition corporelle lié à la baisse des oestrogènes : **redistribution des graisses** en faveur d'une adiposité viscérale abdominale

Clinique ?



Hausse du tour de taille (abdominale)

Risques ?

Augmentation du risque des maladies cardio-vasculaires et du syndrome métabolique

Prise en charge ?

- ✳ Activité physique et alimentation équilibrée
- ✳ Phytothérapie (fucus, konjac, nopal, pectines)
 - △ Pas de plantes à caféine car elles ↑ température

Troubles cutanés

Pourquoi ?

Réduction du nombre de cellules cutanées due à la baisse des niveaux d'oestrogènes, ce qui rend la **peau plus vulnérable et sensible**

Clinique ?



Sécheresse cutanée (Peau terne, rugueuse, squameuse et prurit, irritation, inflammation)



Relâchement cutané (↑ rides)



Tâches cutanées (↓ pigmentation)

Prise en charge ?

- ✳ Photoprotection
- ✳ Dermo-cosmétiques hypoallergéniques, hydratants
- ✳ Phytothérapie (onagre, bourrache)

Autres symptômes



Douleurs musculaires et articulaires : lié à la sarcopénie (diminution de la masse musculaire)

↳ Activité physique, limiter le port de charge lourdes et la station debout prolongée + bonne hygiène de vie (cf page 1)
Collagène, et phytothérapie (harpagophytum, reine des prés, saule blanc, cassis, curcuma, bambou, prêle des champs)



Maux de tête : hausse de la fréquence et de la gravité des céphalées

↳ Repos à l'abri de la lumière, application de froid, hydratation ++, exercice régulier, phytothérapie (grande camomille)



Urinaire : infection urinaire, incontinence urinaire (mictions urgentes, impérieuses, dysurie)

↳ Sous-vêtements en coton, produits intimes non parfumés à pH neutre, rééducation périnéale



Sécheresse oculaire : inconfort et diminution de l'acuité visuelle

↳ Limiter les environnements secs, écrans, lentilles de contacts, et ajouter des substituts lacrymaux (unidose)



Perte de cheveux : associée à une diminution de leur diamètre

↳ Supplémentation en acide aminé soufré (cystéine, méthionine), vitamine B8 (biotine), et en levure de bière

Comorbidités potentielles liées à la ménopause

- ✳ **Maladies cardio-vasculaires** : hypertension artérielle ; athérosclérose ; dyslipidémie

Pourquoi ?

- Facteurs environnementaux : tabagisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée, stress
- Modification vasculaire à la ménopause = dysfonctionnement endothélial + rigidité artérielle
- Modification métabolique à la ménopause = ↓ catabolisme lipidique, ↑ LDL-c et dépôt graisseux

- ✳ **L'ostéoporose** : fragilité osseuse anormale augmentant le risque de fracture (1/3 des femmes ménopausées)



Traitements hormonaux substitutifs

- ✳ Indication ? Symptômes climatiques important ou s'il y a un risque accru de fracture
- ✳ Durée ? **5 ans** (après le rapport bénéfice-risque est défavorable)
- ✳ Risques ? Thrombo-embolique, cancer de l'ovaire, du sein, et de l'endomètre
- ✳ Contre-indication ? Multiples (pathologies hormono-dépendantes majoritairement)

Annexe 4 : Outil « Guide d'entretien »

GUIDE ENTRETIEN



La ménopause

 Nom : Prénom : Date de naissance :	Date de l'entretien :
<u>Date du début des symptômes de la ménopause :</u> <u>Antécédents médicaux :</u> <u>Pathologies chroniques :</u> <u>Traitements habituels :</u>	

Thèmes à aborder	Objectifs	Notions à aborder	Mémo	Commentaires
Présentation de l'entretien	Établir un environnement de confiance	- Se présenter - Confidentialité de l'entretien - Rappeler les objectifs de l'entretien - Il n'y a pas de questions inutiles	L'objectif est de répondre à vos questions et vous fournir des suggestions pour mieux vivre avec la ménopause	
Physiopathologie de la ménopause	Évaluer les connaissances de la patiente sur la ménopause	Définition de la ménopause	Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est la ménopause avec vos mots ?	
Symptômes de la ménopause	Connaitre les symptômes présents chez la patiente pour cibler le conseil	- Rappeler les principaux symptômes de la ménopause - Expliquer comment la ménopause provoque ses symptômes	Présentez-vous des symptômes ? Si oui, lesquels ? Quand ont-ils débuté ? Selon vous, qu'est ce qui est à l'origine de ces symptômes ? Lesquels sont les plus gênants pour vous ?	

Prise en charge de la ménopause	Orienter vers des solutions bénéfiques pour soulager ses symptômes	▸ Les mesures hygiéno-diététiques ▸ La prise en charge médicamenteuse en fonction des symptômes cités	Qu'avez-vous essayé ou que faites-vous pour soulager vos symptômes ? Quelle est l'efficacité des mesures mises en place ? Préférez-vous utiliser des remèdes naturels (phytothérapie, homéopathie...) ou plus traditionnels (allopathie) ?	
	Si traitement hormonal :	▸ Les modalités d'administration ▸ Les effets indésirables ▸ L'observance ▸ Le suivi	Pouvez-vous me préciser comment vous prenez votre traitement ? (Horaire de prise, mode d'application/administration...) Si vous ressentez des effets indésirables, quels sont-ils ? Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ? Quel type de suivi le médecin vous a-t-il recommandé de réaliser ?	
	Aborder le bon usage du médicament			
	Sensibiliser sur les comorbidités potentielles liées à la ménopause	Pour l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires (MCV) : ▸ Régime méditerranéen ▸ Calcium/vitamine D ▸ Activité physique		
		Si traitements médicamenteux pour l'ostéoporose/MCV : ▸ Aborder le bon usage (se référer ci-dessus : similaire au bon usage du traitement hormonal)	D'après vous, en dehors des symptômes évoqués précédemment, quelles peuvent-être les conséquences de la ménopause sur votre santé ? Quelles sont vos habitudes alimentaires ? (Par exemple, avez-vous une alimentation riche en sucres, faible en sel ou suivez-vous un régime végétarien ?) Pratiquez-vous une activité physique ? Si oui, à quelle fréquence ?	
Conclusion	S'assurer d'avoir répondu à l'ensemble de ses questions	▸ Conclusion : résumer chaque partie synthétiquement, et fournir la fiche mémo « Mon hygiène de vie »	Avez-vous des questions ? Ou des remarques ?	

Annexe 5 : Outil « Mon hygiène de vie »

Mon hygiène de vie

LA MÉNOPAUSE



Qu'est ce que c'est ?

Aménorrhée pendant 12 mois consécutifs lié à la chute des hormones (progestérone et oestrogènes), entre 45 et 55 ans.



Prise en charge générale



❑ Régime méditerranéen riche en :



Fruits et légumes (500g/j)



Huile d'olive extra-vierge + Colza



Légumineuses



Poissons gras (2/semaine)



Céréales complètes



Produits laitiers (3/j)

⊗ Il faut EVITER :

- Régime occidental riche en viande rouge, aliments raffinés/transformés
- Régime végétarien ou vegan (qui peuvent induire des carences)
- Excitants : café, alcool, tabac (qui peuvent déclencher les symptômes)
- Sel : maximum 6g/j

❑ Calcium : 1g/j

- Produits laitiers, eau enrichie (Hépar®, Contrex®)
- Oléagineux, légumineuses et certains légumes verts (choux, épinard...)

❑ Vitamine D : exposition au soleil (30min/j) + poissons gras

❑ Activité physique : 3 fois par semaine pendant 30 min à intensité modérée

- Renforcement musculaire : natation, pilate, vélo
- Exercice de charge avec impact : marche, course, danse, escalier



Symptômes vasomoteurs

Favoriser :

- ✓ Brumisateur eau à proximité
- ✓ Plusieurs couches de vêtements
- ✓ Vêtements légers en coton
- ✓ Activités relaxantes



Limiter :

- ✗ Environnement chaud
- ✗ Plats trop chauds ou épicés
- ✗ Excitants (café, alcool)

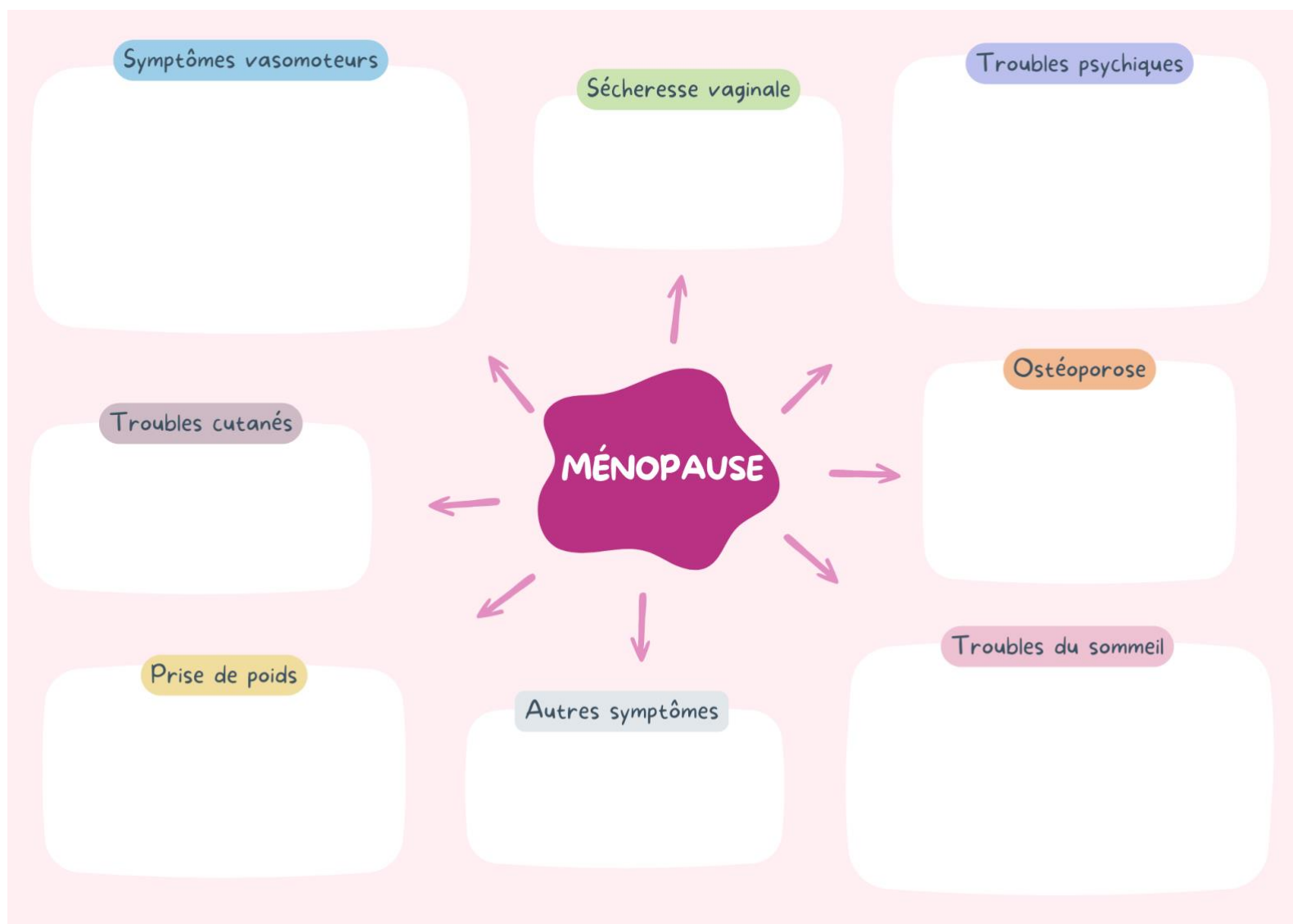


Troubles du sommeil

- ✓ Environnement calme (silence, obscurité)
- ✓ Environnement à température modérée
- ✓ Horaires fixes de coucher/lever
- ✓ S'exposer à la lumière la journée
- ✓ Relaxation (limite l'anxiété perturbatrice)
- ✓ Activité physique modérée jusqu'à 19h

- ✗ Excitants > 16h (alcool, café, thé, tabac)
- ✗ Siestes longues et/ou après 16h
- ✗ Alimentation trop riche/légère le soir
- ✗ Aliments irritants la vessie (épices, asperges, chocolat)

Annexe 6 : Carte mentale sur les symptômes de la ménopause



Annexe 7 : Outil « Évaluation de l'entretien »

EVALUATION



La ménopause

Date :

Nom (patiente) :

Date de naissance :

Questionnaire d'évaluation de l'entretien :
Votre évaluation contribuera à améliorer les entretiens à venir.

Question 1

Le contenu était-il en adéquation avec vos attentes ? Si non, qu'est-ce qui vous a manqué ?

Question 2

Quel(s) élément(s) avez-vous jugé le(s) plus pertinent(s) et pourquoi ?

Question 3

Quel(s) critère(s) avez-vous le(s) moins apprécié(s) ? Avez-vous des suggestions pour améliorer cet entretien ?

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Coline KERIEL

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21800977

N° Thèse : 43

Nom et Prénom : KERIEL Coline

Sujet : La place du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des femmes
ménopausées et développement d'un entretien pharmaceutique afin
d'améliorer leur prise en charge

Tours, le : 10 juillet 2024

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)

L. Foucault-Fruchard



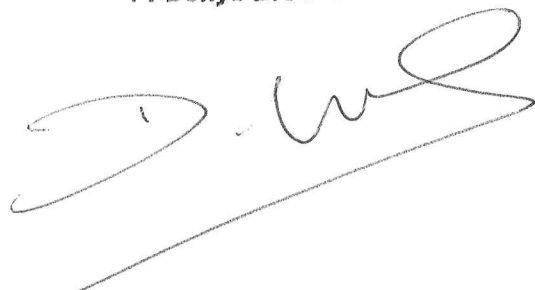
Vanessa BREBION



Vu et Transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



KERIEL Coline	N°43
La place du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des femmes ménopausées et développement d'un entretien pharmaceutique afin d'améliorer leur prise en charge	
La ménopause représente une étape inévitable dans le parcours de vie des femmes. Dix millions de femmes sont ménopausées, soit 15% de la population française. Bien qu'elle ne soit pas considérée comme une maladie mais un phénomène naturel, elle peut être parfois sous-estimée au niveau de sa prise en charge. Pourtant la ménopause induit chez les femmes de nombreux signes et symptômes impactant leur qualité de vie au quotidien et peut favoriser le développement de pathologies au long cours. L'accompagnement de ces femmes avec une prise en charge individualisée est essentiel à proposer. Le pharmacien d'officine a un rôle conseil majeur dans cette prise en charge, étant un interlocuteur connu, de proximité. Par l'extension de ses soins pharmaceutiques auprès des patients, il est un acteur privilégié dans le parcours de soins et de santé des femmes ménopausées. Afin de préciser la réalité de terrain, deux questionnaires ont été élaborés et proposés d'une part aux femmes pour connaître leurs vécues, leurs besoins et attentes face à la ménopause, et d'autre part aux pharmaciens d'officine pour appréhender leurs pratiques professionnelles dans l'accompagnement des femmes ménopausées au comptoir. Au travers des résultats et dans l'objectif d'être plus en adéquations avec les besoins et attentes des femmes ménopausées mais aussi des pharmaciens d'officine, la formalisation d'un entretien pharmaceutique a été proposée au comptoir associant une documentation et un guide d'entretien pharmaceutique.	
MENOPAUSE, ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE, PHARMACIEN D'OFFICINE, ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES	
<u>JURY</u> <u>PRÉSIDENT</u> : Mme Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacien, Professeur, Faculté de pharmacie -Tours <u>MEMBRES</u> : Mme Laura FOUCAULT-FRUCHARD, Pharmacien clinicien MCU-PH - CHRU Tours Mme Vanessa BREBION, Pharmacien titulaire d'officine - Parçay-Meslay Mme Laura DROUET, Gynécologue obstétricienne - Chambray-les-Tours	
Thèse soutenue le 10 juillet 2024 à la Faculté de Pharmacie de TOURS	