

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE: 2015

THESE 2015 TOU3 2022

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

BEAUMELOU NANCY

**LA MENOPAUSE : ETUDE DE FAISABILITE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES  
A L'OFFICINE.**

Le 27 mars 2015

Directeurs de thèse :

Madame Peggy GANDIA et Madame Brigitte SALLERIN

**JURY**

Mme Gandia Peggy

Président

Mme Bassaler Mary-Lise

Assesseur

Mme Sallerin Brigitte

Assesseur

**PERSONNEL ENSEIGNANT**  
**de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> octobre 2014**

**Professeurs Émérites**

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

**Professeurs des Universités**

**Hospitalo-Universitaires**

M. CHATELUT E	Pharmacologie
M. FAVRE G	Biochimie
M. HOUIN G	Pharmacologie
M. PARINI A	Physiologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique
M. SIÉ P	Hématologie
M. VALENTIN A	Parasitologie

**Universitaires**

Mme BARRE A	Biologie
Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. BENOIST H	Immunologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B	Biochimie
M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. FABRE N	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
Mme MULLER-STAUMONT C	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F	Chimie analytique
M. SALLES B	Toxicologie
Mme SAUTEREAU A-M	Pharmacie galénique
M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

## Maitres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. CESTAC P	Pharmacie Clinique	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie	Mme AUTHIER H	Parasitologie
Mme JUILLARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique	M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique	Mme BON C	Biophysique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie	M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme THOMAS F	Pharmacologie	Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
		M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
		Mme CABOU C	Physiologie
		Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
		Mme COSTE A (*)	Parasitologie
		M. DELCOURT N	Biochimie
		Mme DERAËVE C	Chimie Thérapeutique
		Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
		Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F	Toxicologie
		Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
		Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
		Mme LEFEVRE L	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
		M. LEMARIE A	Biochimie
		M. MARTI G	Pharmacognosie
		Mme MIREY G (*)	Toxicologie
		Mme MONTFERRAN S	Biochimie
		M. OLICHON A	Biochimie
		M. PERE D	Pharmacognosie
		Mme PHILIBERT C	Toxicologie
		Mme PORTHE G	Immunologie
		Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
		M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D	Hématologie
		Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(\*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

## Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche	
Mme COOL C (**)	Physiologie	Mme PALOQUE L	Parasitologie
Mme FONTAN C	Biophysique	Mme GIRARDI C	Pharmacognosie
Mme KELLER L	Biochimie	M IBRAHIM H	Chimie anal. - galénique
M. PÉRES M. (**)	Immunologie		
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique		
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique		

(\*\*) Nomination au 1<sup>er</sup> novembre 2014

A notre jury de thèse,

A notre présidente et co-directrice de thèse, Mme Peggy Gandia.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et présider cette thèse et surtout de m'avoir aidé à en déterminer le sujet. Merci également pour vos cours durant toutes ces années. La qualité de votre enseignement et votre pédagogie, réellement ancrées dans la réalité, auront marqué mes études.

A notre directrice de thèse, Mme Brigitte Sallerin.

Je vous remercie d'avoir pris le relais dans la direction de cette thèse. Merci pour vos précieux conseils et votre temps. Merci également d'avoir réorienté le sujet afin de rendre ce travail plus proche du quotidien des pharmaciens d'officine. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A notre jury, Mme Mary-lise Bassaler.

Je vous dois beaucoup dans ce métier. Vos conseils, votre rigueur et votre disponibilité m'ont énormément appris. Que ce travail soit l'expression de mes remerciements pour la confiance que vous m'apportez. Un grand merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A mon père, merci pour tes valeurs, ta gentillesse, ton amour, d'avoir été sans concession en me cédant toujours tout, pour ta mauvaise humeur avec humour, pour ton impatience en me laissant tout mon temps, d'être peu présent mais toujours là.

A ma mère, mon amie, ma sœur, ma confidente, ma fille, mon mentor, ma patiente. Tu es toutes les femmes de ma vie en toi réunies, mon âme sœur, mon égérie. Bref, je t'aime quoi !

A ma sœur, j'te kiffe. On ne va pas pleurer. Je suis tellement fière de toi.

A mon petit frère, trop grand et trop costaud. Merci de m'avoir supportée pendant toutes ses années.

A mamie Gigi, merci de m'avoir soutenue, pour les semaines dans mes petits appartements pour t'occuper de moi, pour tes bons petits plats, tes goûters. A mon papy, de là-haut, j'en suis sûre.

A papy et mamie de Flavin, pour les coups de fil de temps en temps et les week ends bien nourrissants. Merci également à toute ma famille et à ma belle-famille pour leurs encouragements.

A Emilie et Stéphan, mes amies pour la vie, ma famille, mes coachs. Vous m'avez offert des rôles merveilleux : marraine de ma Juju et super copine de Liloye. Vous avez été là toujours, tout le temps. Je vous le dis quand même, je vous aime.

A ma Laura, ma patate, mon oignon, ma citrouille. A nos soirées, à pied ou à vélo, nos footings. Ma belle amie, tu comptes beaucoup pour moi et tu me manques beaucoup aussi. Notre rencontre était inévitable et nos retrouvailles presque mensuelles le sont tout autant.

A la Cavalerie de Lahourcade, centre équestre de mon cœur, à toute la fine équipe équipe. A Sylvie, pour ton soutien toujours sans faille, un grand merci. Vive le cheval.

A Julie, Milène, Marie, Anthony et Catherine. Merci pour ces belles années, les TP, les soirées, les TP après soirées ! Rien n'aurait été pareil sans vous. Merci pour tout ça.

A la pharmacie Guillon Daumas du Crès, merci Mme Daumas de m'avoir fait confiance. A Sophie, mon idole, tu m'as montré qu'on peut être femme, maman de 2 enfants, épouse,

pharmacienne, sportive et tout ça en Mini Cooper, la classe. Carine, ma coupine, l'efficacité incarnée, tu me manques tellement !

A la pharmacie du Béarn à Monein, merci de m'avoir fait confiance durant tous ces étés et de continuer encore et encore.

A la pharmacie des Pyrénées à Pardies, à toute l'équipe pour m'avoir accueillie pour mes stages et tous ces bons moments durant ces dernières années.

A mon mari, « ces derniers mots seront pour toi » !!! Je pensais que tu étais tout pour moi mais en fait tu es bien plus que ça. Toutes ces années à tes côtés ont été magnifiques et celles qui arrivent seront encore plus belles. J'ai enfin terminé, merci de m'avoir supportée, chérie et aimée. Merci de rendre ma vie toujours plus belle. L'avenir est à nous.

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Partie 1 : La ménopause.....	13
1. Définitions .....	13
1.1. La ménopause .....	13
1.2. La périménopause .....	13
1.3. La ménopause précoce [1 ; 2 ; 3] .....	13
1.4. La ménopause tardive [1 ; 2 ; 3] .....	14
2. Epidémiologie [2; 4].....	14
3. Le cycle de reproduction de la femme [2 ; 3 ; 5 ;6 ;7].....	14
3.1. La régulation hormonale .....	14
3.1.1. Le GnRH .....	14
3.1.2. La FSH.....	15
3.1.3. La LH .....	15
3.2. Fonction endocrine de l'ovaire .....	16
3.2.1. Les œstrogènes .....	16
3.2.2. La progestérone .....	17
3.3. Les différentes phases du cycle.....	17
3.3.1. La phase folliculaire .....	17
3.3.2. L'ovulation .....	17
3.3.3. La phase lutéale.....	17
4. Physiologie de la ménopause [1 ; 9 ; 10 ; 11].....	19
4.1. Le capital folliculaire .....	19
4.2. Hormonologie de la périménopause .....	20
4.2.1. Raccourcissement des cycles .....	20
4.2.2. Troubles menstruels.....	20

4.3.	Hormonologie de la ménopause .....	20
5.	Diagnostic [1 ; 2 ; 3].....	21
5.1.	La périménopause .....	21
5.2.	La ménopause .....	21
5.2.1.	Clinique .....	21
5.2.2.	Test à la progestérone .....	21
5.2.3.	Cas particuliers .....	22
6.	Les signes cliniques de la Ménopause [13 ; 14].....	23
6.1.	Symptômes à court terme.....	23
6.1.1.	Bouffées de chaleur vasomotrices et suées.....	23
6.1.2.	Asthénie [2; 3] .....	25
6.1.3.	Déprime [2 ; 3].....	25
6.1.4.	Arthralgies et myalgies [2 ; 3] .....	26
6.1.5.	Insomnies [2 ; 3].....	26
6.1.6.	Troubles génito-urinaires [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 18].....	27
6.1.7.	Perte de la libido [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 18].....	27
6.1.8.	Prise de poids [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 19 ; 20 ; 21].....	28
6.1.9.	Effets sur peau et phanères [2 ; 3 ; 22 ; 23; 24] .....	29
6.2.	Symptômes à long terme .....	31
6.2.1.	Mémoires et maladies d'Alzheimer [26 ; 27].....	31
6.2.2.	Maladies cardiovasculaires [2 ; 3 ; 28] .....	32
6.2.3.	Ostéoporose.....	33
7.	Suivi de la femme menopausee .....	39
1.	Le traitement hormonal de la ménopause .....	41
1.1.	Introduction [38] .....	41
1.2.	Principe du THM [1 ; 2 ; 3 ; 39] .....	41

1.2.1.	Les contre-indications du THM.....	42
1.2.2.	Le bilan préthérapeutique.....	42
1.3.	Molécules et doses .....	43
1.4.	Schémas thérapeutiques [1] .....	45
1.4.1.	Schémas avec règles .....	46
1.4.2.	Schémas sans règles.....	47
2.	Débat autour du traitement hormonal de la ménopause [37 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 42]....	48
2.1.1.	Risques du THM [2 ; 3 ; 39].....	48
2.1.2.	Avantages du THM [2 ; 3 ; 42 ; 45].....	52
2.1.3.	Recommandations d'utilisation du THM [15 ; 39 ; 42] .....	54
2.1.4.	Conclusions [47].....	54
3.	Alternatives au traitement hormonal.....	55
3.1.	Les règles hygiéno-diététiques [13] .....	55
3.1.1.	Règles de vie .....	56
3.1.2.	Le calcium [48 ; 49].....	57
3.1.3.	La vitamine D [48 ; 50 ; 51] .....	60
3.1.4.	L'activité physique [13 ; 52 ; 53].....	61
3.2.	Allopathie.....	63
3.2.1.	Les bouffées de chaleur .....	63
3.2.2.	Les troubles cutanés [22 ; 23 ; 24] .....	65
3.3.	Phytothérapie.....	67
3.3.1.	Les phyto-œstrogènes [57 ; 58 ; 62] .....	67
3.4.	Homéopathie [65 ; 66] .....	75
1.	Introduction [68-69-70] .....	79
2.	La loi HPST [71-72-73-74-75] .....	80
a.	Répartition des médecins et accès au soin de ville.....	80

b.	Mesures de santé publique et de prévention .....	81
c.	Création des agences régionales de santé .....	81
d.	Création de communautés hospitalières de territoire .....	81
3.	Place du pharmacien dans la loi HPST [76-77-78-79].....	82
4.	Les entretiens pharmaceutiques [79-80-81-82-83-84-85-86] .....	84
a.	Introduction .....	84
b.	Les obstacles .....	86
1.	Le patient.....	86
2.	Le pharmacien .....	86
3.	Les relations pluridisciplinaires .....	87
4.	Environnement et gestion du temps .....	87
c.	Les techniques.....	87
d.	Les outils.....	88
e.	La rémunération [87].....	89
f.	Discussion.....	91
1.	Introduction .....	92
1.	Avantages de la profession de pharmacien pour le suivi des femmes ménopausées.....	93
2.	Obstacles au suivi de la femme ménopausée par le pharmacien.....	93
2.	Construction d'un entretien pharmaceutique pour les femmes ménopausées .....	93
a.	Objectifs .....	93
b.	Préparation .....	95
1.	Recrutement et sélection .....	95
2.	Travail en amont.....	95
3.	Prise de rendez vous .....	96
c.	Outils.....	97

1.	Fiche de suivi et guide d'entretien .....	97
2.	Exercices de compréhension.....	100
3.	Calendrier de suivi .....	105
4.	Fiche mémo .....	110
5.	Evaluation.....	110
3.	Les entretiens pharmaceutiques en pratique .....	111
a.	Introduction .....	111
b.	Mme B.....	111
1.	1 <sup>er</sup> entretien de Mme B .....	112
2.	2 <sup>ème</sup> entretien .....	121
3.	Discussions autour des entretiens de Mme B.....	125
c.	Mme L.....	126
1.	Préparation du premier entretien .....	126
2.	Entretien de Mme L .....	130
3.	Conclusion.....	137
d.	Discussions sur les entretiens pharmaceutiques .....	137
1.	Intérêts et devenir des entretiens pharmaceutiques .....	137
2.	Difficultés rencontrées lors de ces entretiens .....	138

## Introduction.

La ménopause, tout comme la grossesse, n'est pas une maladie, cependant aux vues des modifications qu'elle entraîne, elle peut être traitée comme telle. Il s'agit plutôt d'un phénomène naturel quasiment spécifiquement humain, qui arrive au même âge depuis la nuit des temps.

Si l'on parle tant de nos jours de cette ménopause, c'est qu'il y a encore quelques siècles, il ne restait que quelques années à vivre après ces troubles du cycle menstruel. Aujourd'hui avec l'augmentation de l'espérance de vie, les femmes ménopausées vivent plus longtemps, près de 30 ans sans ces oestrogènes.

A partir de l'âge moyen de 50 ans, la femme va une nouvelle fois subir de grands changements, aussi bien hormonaux, physiques que psychiques. Une nouvelle étape doit être franchie, un nouveau virage est pris. La ménopause est là. Cette période de la vie inéluctable, à laquelle toute femme sera confrontée et que quasiment toutes préféreraient éviter. Si pour certaines, cette phase à laquelle elles se sont préparées se passe très bien, pour d'autres, les changements à venir vont représenter une remise en question totale de leur statut de femme. Leur vie est chamboulée, parfois elles ne sont plus celles qu'elles étaient avant. Elles sont irritables, fatiguées et vivent au rythme de leur bouffées de chaleur.

Heureusement, il existe des traitements, ces derniers consistent à remplacer les hormones manquantes. C'est le but du traitement hormonal substitutif auquel on préfère maintenant le terme de traitement hormonal de la ménopause. Mais peut-on faire confiance à ces traitements si controversés ? Qui croire ? A qui se fier ? Pourquoi ne pas tenter ces innombrables traitements dont nous harcèlent radio et télévision et qui promettent de traverser cette difficile période naturellement et sans conséquence ?

C'est là que doivent intervenir les professionnels de santé : gynécologues, généralistes mais aussi pharmaciens. Il faut savoir amener la femme à se confier à nous, qu'elle partage ses doutes et ses interrogations. A l'avenir, le pharmacien ne pourra plus se contenter d'une simple distribution du médicament accompagnée de conseils associés, il lui faudra faire preuve d'empathie afin de mieux suivre ses patients et de les aider à mieux gérer la maladie. Comprendre ce que l'autre ressent, l'écouter activement sans juger et se mettre à sa place. Il faut l'aider d'abord à se soigner mais surtout à devenir maître de sa

pathologie. Rien de tel pour se prendre en main que de se connaître et de savoir définir et comprendre sa maladie.

Cette thèse a pour objectif de connaître les besoins des femmes en informations sur tous les plans de la ménopause, d'étudier la possibilité de mise en place d'entretiens pharmaceutiques pour la ménopause en se basant sur quelques exemples, de mettre au point des méthodes et des outils d'éducation et de tester ces entretiens chez quelques patientes.

Afin d'atteindre ces objectifs, une première partie sera consacrée à la régulation hormonale de la femme et à la définition de la ménopause et de ses troubles. Une seconde partie résumera tous les traitements envisageables pour lutter contre les troubles ménopausiques. Une troisième partie définira la place et les objectifs des entretiens pharmaceutiques. Enfin une dernière partie sera consacrée à la possible mise en place d'un programme d'entretiens pharmaceutiques et aux discussions possibles sur ces réalisations.

# Partie 1. LA MENOPAUSE.

## 1. DEFINITIONS

### 1.1. La ménopause

La ménopause se définit, selon l'OMS, comme un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne.

Une femme est donc considérée comme ménopausée lorsqu'elle présente une aménorrhée (période sans menstruation) d'au moins douze mois consécutifs sans pathologie pouvant expliquer cette situation. [1 ; 2 ; 3]

### 1.2. La périménopause

La périménopause représente, toujours selon l'OMS, la période précédant la ménopause, au cours de laquelle apparaissent des signes cliniques ou biologiques annonçant la ménopause et se poursuivant un an au-delà de l'arrêt des règles.

C'est une période de transition au cours de laquelle la fonction de sécrétion de l'ovaire s'éteint progressivement. Ceci est dû à l'épuisement du capital folliculaire. [1 ; 2 ; 3]

### 1.3. La ménopause précoce [1 ; 2 ; 3]

Une ménopause est dite « précoce » lorsqu'elle survient avant 40 ans. Les causes sont diverses.

- Chirurgicale : une femme à qui on a enlevé intégralement les ovaires, ne présentera plus de fonction ovarienne.
- Iatrogène : Certains traitements médicamenteux de type chimiothérapie car ils provoquent une atrophie folliculaire liée à la toxicité directe qui entraîne une fibrose et accélère l'apoptose.
- Idiopathique : antécédents familiaux
- Origine virale : le plus souvent le virus ourlien contracté entre l'âge de 6 et 8 ans.

- Auto-immune : des autoanticorps dirigés contre la thyroïde, le pancréas ou les glandes surrénales entraînent un déséquilibre hormonal.

#### **1.4. La ménopause tardive** [1 ; 2 ; 3]

Après l'âge de 55 ans, on parlera de ménopause tardive. Elle est relativement rare. Une surveillance est nécessaire car ce retard accroît les risques de cancer du sein ou de l'endomètre.

## **2. EPIDEMIOLOGIE** [2; 4]

La ménopause naturelle survient la plus souvent aux alentours de 50 ans. En France, 7% des femmes de 40 à 44 ans, 33% des femmes de 45 à 49 ans, 83% des 50-54 ans et la quasi-totalité de femmes de plus de 60 ans sont ménopausées.

300 000 à 500 000 nouvelles femmes atteignent l'âge de la ménopause chaque année. L'âge moyen se situe entre 50 ans et demi et 52 ans, âge qui a très peu varié par rapport à l'espérance de vie de la femme. Aussi l'augmentation de la longévité crée une situation nouvelle dans les pays développés car les femmes devront passer le tiers de leur vie sans sécrétion hormonale ovarienne. L'âge de la puberté, le nombre de grossesse ou la prise de contraceptifs oraux n'influencent pas l'âge de survenue de la ménopause. Cependant, l'apparition de la ménopause est en relation avec certains facteurs :

- L'hérédité : mère et fille seront ménopausées relativement au même âge
- L'ethnie, le climat, les conditions socio-économiques
- Le tabagisme avancerait de 18 mois l'âge de la ménopause

## **3. LE CYCLE DE REPRODUCTION DE LA FEMME** [2 ; 3 ; 5 ;6 ;7]

### **3.1. La régulation hormonale**

#### **3.1.1. Le GnRH**

Le fonctionnement de l'hypophyse, glande située au centre de l'encéphale, est sous le contrôle de la sécrétion pulsatile du GnRH (gonadotrophin-releasing hormone), hormone

elle-même sécrétée par l'hypothalamus, structure nerveuse composée de noyaux gris, participant à de nombreuses fonctions centrales et située au-dessus de l'hypophyse. Ceci permet la libération des deux gonadotrophines la LH et la FSH. Le GnRH est un peptide sécrété selon une fréquence et une amplitude très précises qui varieront au cours des étapes de la vie reproductive de la femme. Il sera lui-même régulé par les stéroïdes sexuels, les gonadotrophines et d'autres neurotransmetteurs.

### 3.1.2. La FSH

La Fsh ou hormone folliculo-stimulante est produite par l'antéhypophyse. Sa sécrétion est stimulée par la GnRH. La FSH stimule le développement et la maturation du follicule ovarien et donc par conséquent la production d'oestradiol pendant la phase folliculaire du cycle.

### 3.1.3. La LH

L'hormone lutéinisante est formée par les mêmes cellules gonadotropes que la FSH dans l'antéhypophyse. Son rôle est de déclencher l'ovulation qui apparait entre 36 et 48 heures après le pic de LH, provoqué par le rétrocontrôle positif de l'œstradiol. Elle est également responsable de la maturation folliculaire et notamment de la transformation du follicule rompu en corps jaune dans la deuxième partie du cycle. De plus, elle permet la sécrétion de progestérone et d'œstrogène par ce même corps jaune.

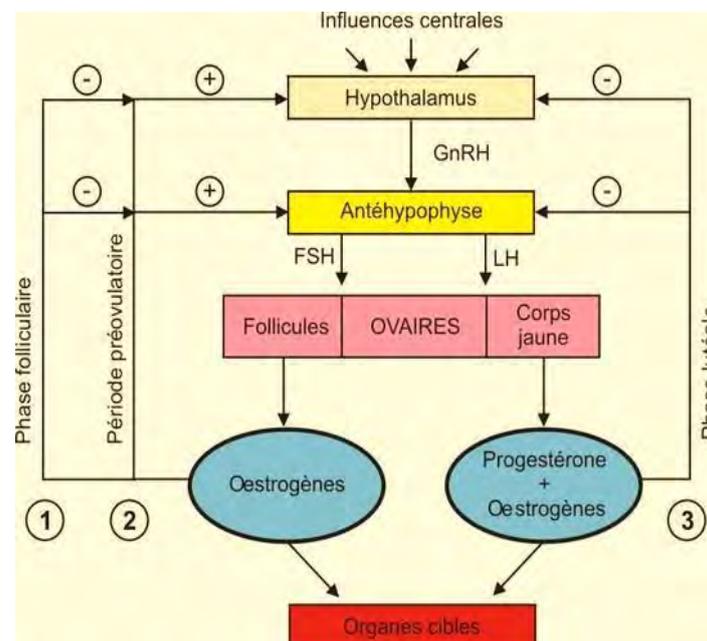


Tableau 1 : La régulation hormonale chez la femme [5]

## 3.2. Fonction endocrine de l'ovaire

### 3.2.1. Les œstrogènes

Il existe de nombreux types d'œstrogènes, chez la femme non enceinte, c'est le  $\beta$ -œstradiol qui domine. Il est synthétisé dans les ovaires à partir du cholestérol.

Les fonctions des œstrogènes sont diverses :

- Développement et maturation des caractères sexuels secondaires (répartition du tissu adipeux au niveau des seins, de l'abdomen, du pubis et des hanches, tonalité de la voix, croissance des cheveux et des poils)
- Augmentation de l'anabolisme des protéines
- Diminution du taux de cholestérol sanguin

Lorsque leur concentration sanguine est basse, elles exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire.

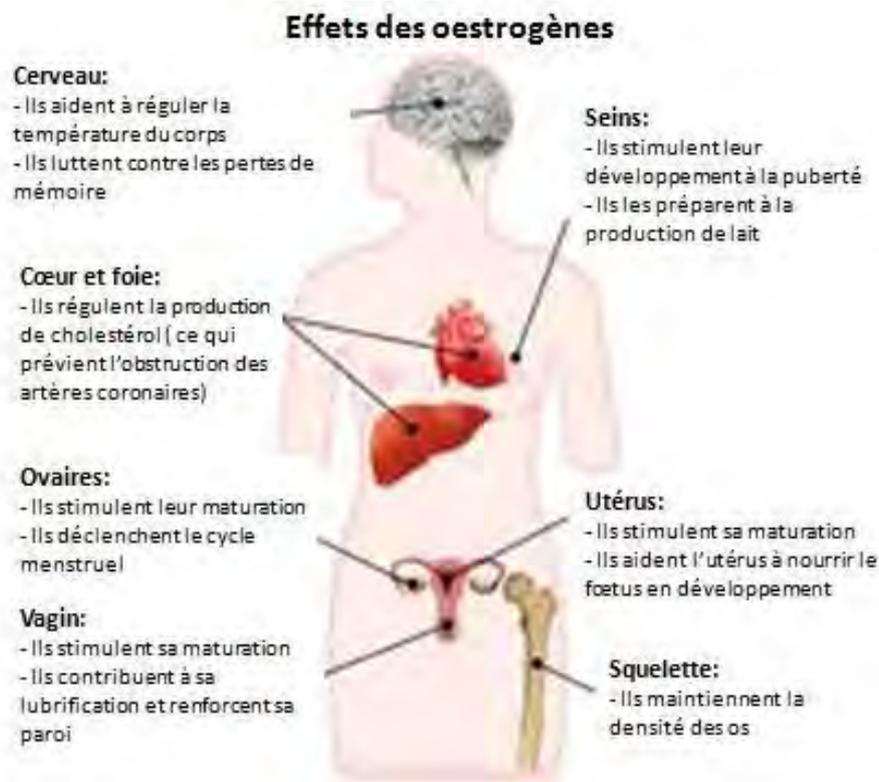


Tableau 2 : Effets des oestrogènes sur les différents organes cibles [8]

### 3.2.2. La progestérone

La progestérone, produite en deuxième partie de cycle, favorise l'implantation de l'œuf fécondé dans la paroi utérine. Elle modifie d'ailleurs l'épaisseur et la viscosité de l'endomètre. Elle prépare aussi les glandes mammaires à la sécrétion de lait.

Elle provient de la lutéinisation des cellules de la granulosa, cellules qui entourent l'ovocyte, et de la thèque qui vont former le corps jaune.

## **3.3. Les différentes phases du cycle**

### 3.3.1. La phase folliculaire

Il s'agit de la première phase du cycle qui mène à l'ovulation. Elle débute le premier jour des règles. Sa durée varie entre 10 et 14 jours et aboutit au recrutement d'un follicule mature. Cette phase est dépendante de la FSH qui va stimuler la croissance de plusieurs follicules contenus dans les ovaires, cependant un seul atteindra la maturité, le follicule de De Graaf. La FSH agit sur les cellules de la granulosa, et initie par ce biais la production des œstrogènes. C'est l'action associée de la FSH et des œstrogènes qui permet la croissance et le recrutement du follicule dominant unique destiné à ovuler.

Lorsque le taux d'œstrogènes a atteint un certain seuil, l'hypophyse freine la sécrétion de FSH et augmente celle de LH.

### 3.3.2. L'ovulation

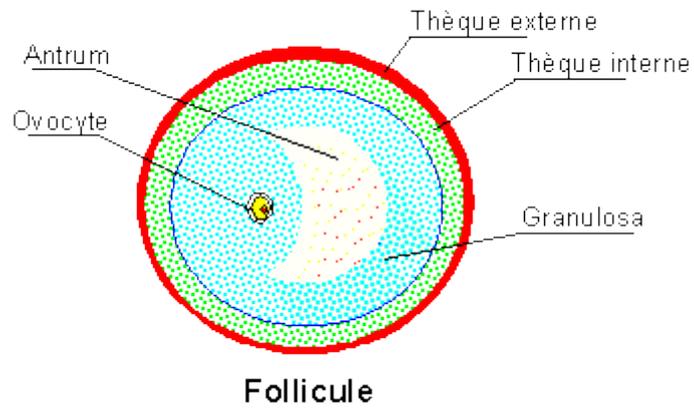
Elle apparaît généralement au milieu du cycle, soit au 14<sup>ème</sup> jour, même si cela peut varier d'une femme à l'autre. Entre 10 et 24 heures avant survient un pic de LH, qui jusqu'à présent reste le meilleur indicateur de l'ouverture du follicule et la libération de l'ovocyte.

### 3.3.3. La phase lutéale

Après la libération de l'ovule, le follicule se transforme en corps jaune sous l'influence de la LH. Ce dernier va sécréter de la progestérone et des œstrogènes, sa durée de vie est de 14 jours. La progestérone va alors exercer un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de LH qui diminuera en fin de cycle.

L'ovule libéré est capté par le pavillon des trompes de Fallope et rejoint l'utérus. Sa durée de vie est de 1 à 2 jours sans fécondation. Si la fécondation a lieu, l'ovule fécondé se

fixera dans l'endomètre de l'utérus pour devenir fœtus. Sinon, le corps jaune va s'atrophier 9 à 11 jours après l'ovulation. La durée de la phase lutéale est toujours proche de 14 jours.



*Tableau 3 : Structure interne d'un follicule [6]*

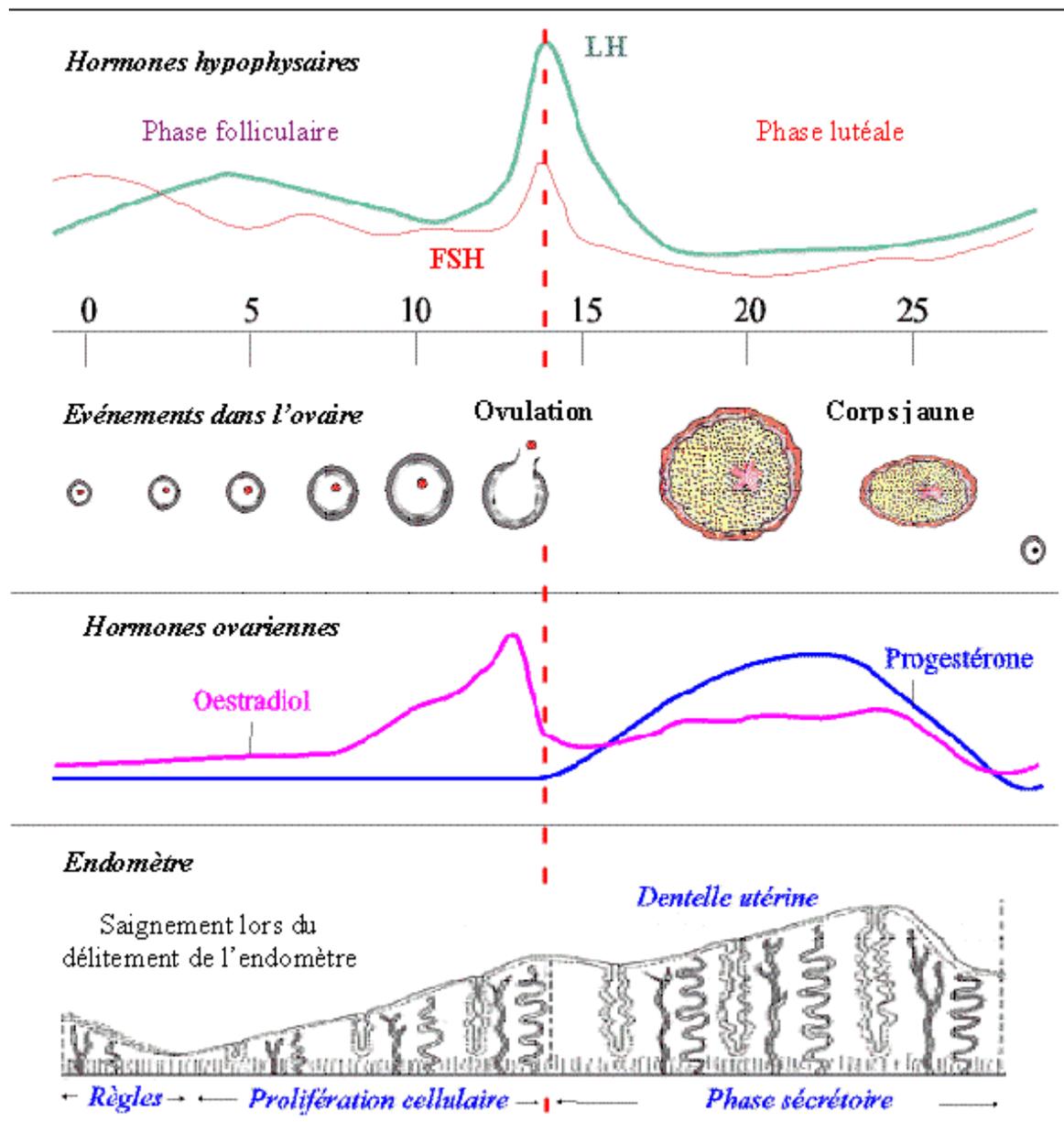


Tableau 4 : Le cycle ovulatoire [8]

## 4. PHYSIOLOGIE DE LA MENOPAUSE [1 ; 9 ; 10 ; 11]

### 4.1. Le capital folliculaire

Le capital folliculaire est maximal à la 20<sup>ème</sup> semaine de vie fœtale, il est alors riche de 7 millions de follicules primordiaux. Il s'en suivra une longue dégénérescence jusqu'à épuisement. La première atresie massive a lieu à la naissance avec une perte de 80%, leur nombre est alors de 2 millions. A la puberté, le stock est de l'ordre de 300000. Durant

sa vie reproductive, la femme va avoir entre 400 et 500 ovulations, or à chaque cycle pour 1 follicule qui va devenir ovocyte, ce sont 1000 follicules qui vont disparaître. Au moment de la ménopause, on estime que le capital ovarien est de l'ordre de 1000 follicules. Avant d'arriver à cet état de ménopause, la femme va subir une période plus ou moins longue d'anarchie hormonale avec des irrégularités menstruelles, appelée périménopause.

## **4.2. Hormonologie de la périménopause**

La périménopause est caractérisée par la variabilité des sécrétions hormonales, ce qui correspond à la diminution progressive de la fonction exocrine de l'ovaire avec raréfaction des ovulations.

### **4.2.1. Raccourcissement des cycles**

Il y a diminution de l'inhibine qui est une hormone produite par les cellules de la granulosa sous l'influence de la FSH et dont le rôle est d'inhiber par rétrocontrôle la sécrétion hypophysaire de FSH. Le taux de FSH augmente et les follicules réagissent moins bien aux messages chimiques ce qui pose un problème de recrutement et de dominance folliculaire. Le processus d'hypersecretion de FSH accélère la croissance folliculaire et entraîne un raccourcissement des cycles.

### **4.2.2. Troubles menstruels**

L'âge moyen de la périménopause est de 47 ans plus ou moins 5 ans. Comme les perturbations biologiques, les manifestations cliniques peuvent être très variables selon les femmes et même selon les cycles. En effet, on peut observer des périodes normales, mais aussi des manifestations d'hyperoestrogénie conséquence de l'accélération de la maturation folliculaire, associée à une insuffisance lutéale, due à l'anovulation et alternant avec une hypoestrogénie qui traduit l'arrêt du fonctionnement ovarien.

## **4.3. Hormonologie de la ménopause**

Les gonadotrophines hypophysaires FSH et LH sont élevées ce qui reflète la diminution des taux d'inhibines et d'œstradiol. Les dosages de FSH s'élèvent au-dessus de 30 UI/L alors qu'ils variaient entre 4 et 10 UI/L pendant la périménopause. Il n'y a plus de sécrétion d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires, la production d'œstradiol provient uniquement de la conversion périphérique des androgènes surrénaliens. Outre

l'aménorrhée, ces changements hormonaux vont entraîner des symptômes appelés troubles du climatère.

## **5. DIAGNOSTIC** [1 ; 2 ; 3]

### **5.1. La périménopause**

Le diagnostic de périménopause est basé sur la clinique dans un contexte d'âge particulier, femme dans la cinquantaine présentant des signes évocateurs. Les troubles les plus évidents correspondent au caractère dysovulatoire des différents cycles, ils peuvent s'accompagner de ménorragies et/ou métrorragies. Les cycles peuvent être longs ou courts avec des périodes d'aménorrhée.

Puis d'autres signes apparaissent comme le syndrome prémenstruel accompagné de mastodynies avec gonflement des seins et de troubles du caractère, mais aussi des signes de carence oestrogénique et une prise de poids possible.

Les dosages hormonaux ont un faible intérêt dans ce diagnostic et ne sont d'ailleurs pas recommandés par l'OMS. En effet, la femme en périménopause présente un profil hormonal difficile à évaluer avec des variations importantes. L'augmentation du taux de FSH au 3<sup>ème</sup> jour du cycle est un signe de mauvais pronostic. Le dosage de l'inhibine n'est que le reflet de la réserve ovarienne.

### **5.2. La ménopause**

#### **5.2.1. Clinique**

Le diagnostic de la ménopause est établi sur l'observation clinique de la femme dans son ensemble si celle-ci présente des symptômes climatériques associés à une aménorrhée d'une durée minimale de 1 an, tout ceci vers l'âge de 50 ans.

#### **5.2.2. Test à la progestérone**

Le test à la progestérone est négatif : il s'agit d'administrer un progestatif (20 mg/j de rétrogestérone (Duphaston®) ou un dérivé prégnane) pendant 10 jours et de déterminer si l'arrêt du traitement correspond à une reprise des cycles. Ce test n'est pas obligatoire en

cas de ménopause typique. Il doit être répété pendant 2 à 3 mois consécutifs pour confirmer la carence oestrogénique liée à la ménopause.

Si des dosages sanguins étaient prescrits, ils montreraient en ménopause une augmentation de la LH et de la FSH et une diminution de l'oestradiolémie et en période de périménopause une augmentation de la FSH, un LH normale, une augmentation des taux d'oestradiol et une progestéronémie qui diminue. Cependant ces tests ne sont pas recommandés sauf en cas d'hystérectomie de la patiente. Les taux hormonaux sont trop variables en période de périménopause et les signes cliniques sont suffisants pour établir le diagnostic. [12]

### 5.2.3. Cas particuliers

La ménopause peut se révéler par une aménorrhée sans symptôme associé. Les signes fonctionnels peuvent être d'intensité très faibles voire absents. En cas d'aménorrhée associée à la prise d'une contraception orale (oestro-progestatifs ou progestatifs à effet antigonadotrope pris 20 jours par mois), il peut être difficile d'affirmer l'installation de la phase post ménopausique.

## 6. LES SIGNES CLINIQUES DE LA MENOPAUSE [13 ; 14]

### 6.1. Symptômes à court terme

Ils sont également appelés troubles du climatère. Le climatère est l'ensemble des symptômes induits par la carence oestrogénique contemporaine de la périménopause puis de la ménopause. L'Agence Française pour l'Etude de la Ménopause a mis en évidence ces troubles et leur incidence.

Symptômes	Incidence
Bouffées de chaleur	67%
Etat dépressif	38.5%
Suées	31%
Insomnie	26%
Atrophie vaginale	20%
Asthénie	18.5%

*Tableau 5 : Incidence des troubles du climatère chez la femme ménopausée [15]*

Ils sont variables d'une femme à l'autre. Certaines femmes traversent une véritable épreuve tandis que d'autres ne sont en rien gênées. Pour le praticien, il faut savoir recueillir l'ensemble des plaintes. Les signes qui priment pour la patiente ne sont pas toujours essentiels pour le médecin. Mais il faut savoir écouter et tout prendre en compte. L'interrogatoire est très important pour mettre en place la stratégie thérapeutique, au vue du peu d'intérêt des dosages hormonaux.

#### 6.1.1. Bouffées de chaleur vasomotrices et suées

##### 6.1.1.1. Incidence

Selon les estimations, plus de 75% des femmes vont en souffrir à la ménopause. Il s'agit du symptôme de la carence oestrogénique le plus fréquent. Elles peuvent durer quelques

mois à plusieurs années. Certaines femmes en souffrent même après 70 ans. Elles peuvent disparaître et revenir une très longue période plus tard.

#### 6.1.1.2. Physiopathologie [1; 2; 3; 16 ; 17]

Les bouffées de chaleur se caractérisent par une montée de chaleur, une sensation de brûlure envahissant le cou, le visage, le décolleté et le cuir chevelu. Elles s'accompagnent parfois de rougeurs et une sueur abondante peut perler sur le visage et mouiller le cuir chevelu. Elles sont imprévisibles mais peuvent être favorisées par les émotions, les efforts physiques intenses, les lieux surchauffés, les repas chauds ou épicés. Elles sont plus fréquentes la nuit, réveillent même la patiente rendant le sommeil agité. Elles peuvent être mal vécues, parfois gênantes et angoissantes. Toutes les femmes ne réagissent pas de la même façon devant ce phénomène. Certaines considèrent ce symptôme comme supportable tandis que d'autres le décrivent comme très handicapant.

Le praticien devra s'efforcer lors de l'interrogatoire de la patiente de préciser leur intensité, leur fréquence et le retentissement sur la vie relationnelle.

La thermorégulation est un phénomène complexe mais qui grâce à des mécanismes physiologiques permet de maintenir une température corporelle adaptée au bon fonctionnement du corps et à l'intégrité de ce dernier. Cette température doit être comprise entre certaines limites. Le seuil supérieur délimite l'apparition des sueurs et le seuil inférieur celle des frissons, entre les deux se trouve la zone de neutralité thermique (ZNT). Les mécanismes de thermorégulation comportent 3 niveaux différents : le système nerveux central, la température corporelle centrale et le système vasculaire périphérique qui interagissent tous ensemble.

Le mécanisme exact de ces bouffées de chaleur n'est toujours pas élucidé. Elles sont certainement dues à un manque d'œstrogènes, mais cette carence n'est pas la seule cause. Le lien entre la carence œstrogénique et le centre de thermorégulation n'est pas établi.

Une hypothèse est que la chute des niveaux d'œstrogènes perturberait les différents systèmes neuronaux (système opioïde, sérotoninergique, noradrénergique, dopaminergique). Ceci aurait pour conséquence une réaction inappropriée du système nerveux à des variations modestes de températures corporelles et ainsi provoquerait des bouffées de chaleur.

Les femmes subissant des bouffées de chaleur voient s'abaisser le seuil supérieur et se relever le seuil inférieur de la ZNT. Cette zone va donc se réduire voir s'annuler. Les bouffées de chaleur sont généralement précédées d'une petite mais significative élévation de la température corporelle, augmentation qui représenterait le facteur initiateur. S'en suit alors une vasodilatation périphérique responsable de la rougeur avec une augmentation du flux sanguin et de la température cutanée. Cependant, les causes exactes de cette modification initiale de la température corporelle de la diminution de l'amplitude de la ZNT restent encore largement méconnues.

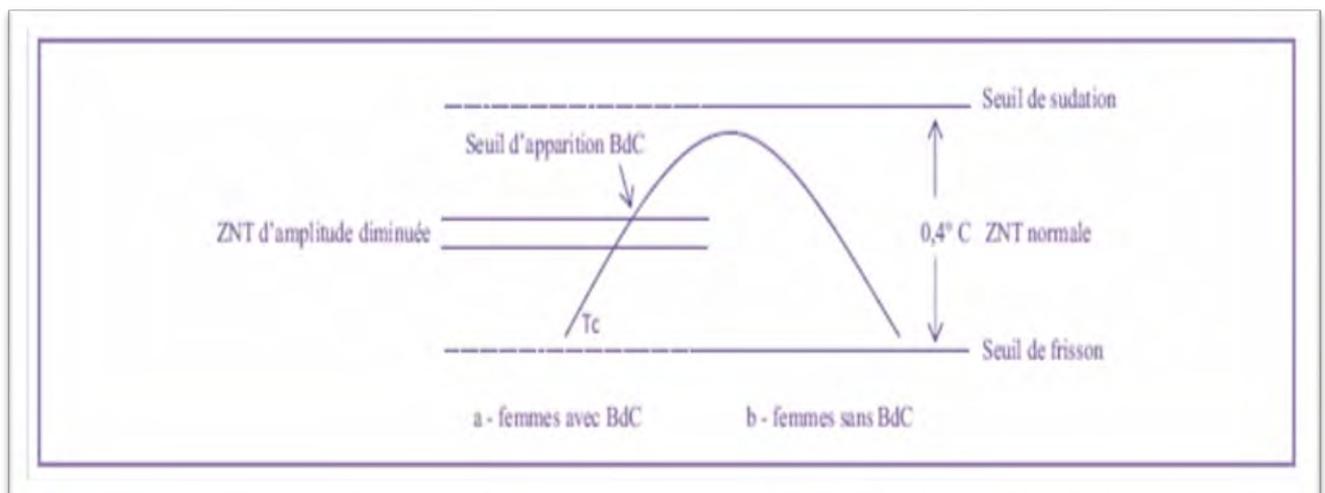


Tableau 6 : Représentation de la zone de neutralité thermique et du mécanisme d'apparition des bouffées de chaleur. [16]

### 6.1.2. Asthénie [2; 3]

Elle se définit par une fatigue intense, une perte de tonus, un manque d'élan vital. L'épuisement est aussi bien physique que psychique. La femme se plaint de son découragement à effectuer les choses. Plus de 63% des femmes estiment en souffrir.

Cette asthénie s'explique par un manque de sommeil provoqué par les nuits agitées dues aux bouffées de chaleur mais également à l'impact cérébral direct de la diminution des œstrogènes.

### 6.1.3. Déprime [2 ; 3]

La femme se plaint d'un état d'anxiété permanent, d'une peur irraisonnée. Elle est souvent liée à un sentiment de fatigue physique et psychique. Cependant, il ne s'agit pas de la

dépression psychiatrique au sens propre, mais plutôt d'une mélancolie, une tristesse inhabituelle.

Le manque d'œstrogène a un impact sur les neuromédiateurs cérébraux (sérotonine et dopamine). Le déséquilibre de ces systèmes peut être à l'origine de « déprimés ». Ce phénomène est accru par le fait de vivre au quotidien un certains nombres de symptômes gênants du climatère (bouffées de chaleur, insomnies, arthralgies,...). Un tiers des femmes se plaint de ce symptôme.

#### 6.1.4. Arthralgies et myalgies [2 ; 3]

A la fatigue, s'associent souvent des douleurs diverses et diffuses articulaires et musculaires. Toutes les articulations peuvent être touchées mais les plus fréquentes sont les épaules, les genoux, le rachis et les doigts. Elles sont variables en intensité et en durabilité. Elles sont gênantes et peuvent limiter certains mouvements par conséquent elles entraînent une consommation médicamenteuse inappropriée. La physiopathologie reste encore mal connue. Il y a une possible existence de récepteur à œstrogènes au niveau des cartilages articulaires et des insertions tendineuses musculaires. La preuve de leur hormono-dépendance est apportée par leur régression sous traitement oestrogénique approprié. Il ne faut pas attribuer ces douleurs à l'ostéoporose, qui est une manifestation totalement silencieuse hors fracture.

#### 6.1.5. Insomnies [2 ; 3]

Le sommeil est perturbé par le bouleversement hormonal provoqué par la ménopause. Lors d'une étude réalisée en 2010 sur un nombre important de femmes (3123 femmes ménopausées) une corrélation a été décrite entre la prise d'un traitement hormonal avec des œstrogènes et la diminution des troubles du sommeil. Ceci tend à prouver que les insomnies de la femme ménopausée peuvent être dues à une carence oestrogénique. Une femme sur trois se plaint d'insomnie à partie de la ménopause. Cependant, il faut également prendre en compte d'autres facteurs tels que les angoisses, la dépression, les sueurs nocturnes ainsi que les maux de tête qui sont loin de favoriser un bon sommeil. Ces insomnies engendrent à leur tour une fatigue chronique et une irritabilité qui peuvent accroître le phénomène de dépression.

Ce symptôme est souvent traité par des anxiolytiques ou des hypnotiques, cela semble être des traitements mal adaptés car non spécifiques de la cause. L'administration d'œstrogènes paraît être plus indiquée.

#### 6.1.6. Troubles génito-urinaires [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 18]

La vessie est un organe doté d'un nombre important de récepteur à œstrogènes en particulier dans la zone du sphincter. La carence oestrogénique peut entraîner des cystites, une pollakiurie, des urgences mictionnelles jusqu'à une incontinence urinaire. Ces troubles augmentent avec l'âge.

Les incontinenances urinaires peuvent être expliquées par la diminution des taux d'œstrogènes. Cette dernière potentialise les effets du vieillissement tissulaire par la voie d'une diminution de la vascularisation péri urétrale, une raréfaction des récepteurs nerveux, une atrophie des muqueuses et une altération de la musculature périnéale. Un interrogatoire précis sur l'ancienneté des troubles, leur évolution, ainsi que les circonstances déclenchantes des fuites permettra de préciser le mécanisme de l'incontinence. L'importance de la gêne et son retentissement sur la qualité de vie sont des éléments pouvant justifier une prise en charge thérapeutique.

Le plus souvent les femmes souffrent de cystites à répétition. En effet, les muqueuses plus sèches, sont plus accessibles aux bactéries. La cause est purement anatomique, l'urètre de la femme est court et ainsi les germes venant des intestins remontent vers la vessie et l'infectent. Les muqueuses privées des hormones qui les renforçaient, se défendent moins bien contre les infections.

C'est pour cela que devant tout trouble urinaire, il convient d'effectuer un ECBU afin de réaliser une leucocyturie et une bactériurie. Il faut aussi rechercher une constipation chronique qui peut aggraver une symptomatologie urinaire.

Ces troubles ont un retentissement considérable sur la vie de la patiente, sur l'image qu'elle a d'elle-même et sur la dignité de la personne. La moitié des femmes souffrent de ce genre de problème après la ménopause.

#### 6.1.7. Perte de la libido [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 18]

Un important nombre de femmes parlent d'une baisse de leur désir sexuel dès le début de la ménopause. En effet, la baisse des œstrogènes entraînent une sécheresse vaginale et

des dyspareunies (douleurs lors des rapports sexuels). Cependant, cette évolution ne peut pas être uniquement liée à la chute des taux d'hormones. La cinquantaine amène avec elle un certains nombres de transformations, notamment de l'apparence physique (prise de poids, vieillissement de la peau, affaissement des seins). L'état dépressif vu précédemment ainsi qu'une augmentation de l'anxiété peuvent amplifier ce phénomène. De plus, il faut prendre en compte les possibles difficultés d'érection du partenaire, relevées dans 25.2% des cas lors d'une étude menée en 1986.

Cette modification de la libido n'est pas observée chez toutes les femmes, certaines n'observent pas de changement notable.

#### 6.1.8. Prise de poids [2 ; 3 ; 13 ; 14 ; 19 ; 20 ; 21]

La prise de poids lors de la ménopause est la crainte principale des femmes. Cependant, ce n'est pas une réelle prise de poids mais plutôt une transformation de la silhouette qui se produit vers la cinquantaine. La chute des hormones féminines entraîne une nouvelle répartition des graisses qui se concentrent alors sur l'abdomen. Malgré cela 40 à 60% des femmes se plaignent de prendre 3 à 4 kilos au moment de la ménopause.

Il n'y a pas de récepteurs aux œstrogènes au niveau des adipocytes. Le rôle des œstrogènes sur le tissu adipeux n'est donc pas évident.

#### **Facteurs favorisant la prise de poids à la ménopause**

- **Antécédents même lointains d'obésité familiale**
- **Prise de poids lors des grossesses supérieure à 13 kg**
- **Enfants de gros poids à la naissance (>3.5 kg)**
- **Tendance au diabète**
- **Stress permanent et choc émotionnel (possiblement lié à la ménopause)**
- **Anorexie matinale**
- **Troubles du sommeil**

Un traitement hormonal peut aider à maîtriser cette prise de poids, mais il n'est généralement pas suffisant. Le maintien ou la mise en place d'une bonne hygiène de vie est indispensable.

#### 6.1.9. Effets sur peau et phanères [2 ; 3 ; 22 ; 23; 24]

En général, à la ménopause, la femme se plaint d'une accélération de certains signes du vieillissement cutané. Le fait que certaines de ces modifications peuvent être corrigées sous THM conduit à la notion de vieillissement cutané ménopausique. Le vieillissement cutané est inéluctable. Un certain nombre de troubles dermatologiques peut être visible dès la périménopause.

- L'atrophie vulvaire qui peut s'accompagner d'une atrophie et d'une sécheresse vaginale, conduisant à des dyspareunies et même à un véritable syndrome sec.
- La perte des cheveux, d'origine complexe : carence martiale, hypothyroïdie, lichen du cuir chevelu, ou simple alopécie du vieillissement.
- L'hypertrichose de la face
- L'acné qui survient surtout en périménopause, il s'agit le plus souvent d'une acné ancienne qui réapparaît.
- La pilosité génitale et axillaire tend à se raréfier avec l'âge mais surtout en post ménopause.

Il existe plusieurs causes au vieillissement cutané :

- Le vieillissement dû à l'âge dit vieillissement chronobiologique inéluctable ou intrinsèque (rides et ridules) : il est caractérisé par une perte des fonctions des composants cellulaires de la peau (kératinocytes, mélanocytes, cellules de Langerhans, fibroblastes) et des altérations des structures (derme, épiderme et microcirculation)
- Le vieillissement extrinsèque photo induit, la peau s'épaissit, devient jaunâtre et les rides sont profondes, ce vieillissement dit héliodermique est surtout caractérisé par des troubles pigmentaires (tâches de vieillesse). Le tabac joue un rôle délétère sur le derme (altération de la microcirculation et du collagène).

Le vieillissement hormonal provoque un tarissement des sécrétions ovariennes avec une chute des taux de progestérone puis d'œstrogène. La peau ménopausée devient plus fine,

plus sèche, moins souple. La femme se plaint d'une peau qui tire, qui tiraille. Ceci est expliqué par l'altération de la composition lipidique de la couche cornée, cependant il n'y a pas de modification de la teneur en eau de l'épiderme ou du derme. La couche cornée en surface de l'épiderme est au contraire plus épaisse, ce qui contribue à l'impression de sécheresse cutanée. De plus, il existe une diminution de la teneur du derme en collagène et en glycoaminoglycanes.

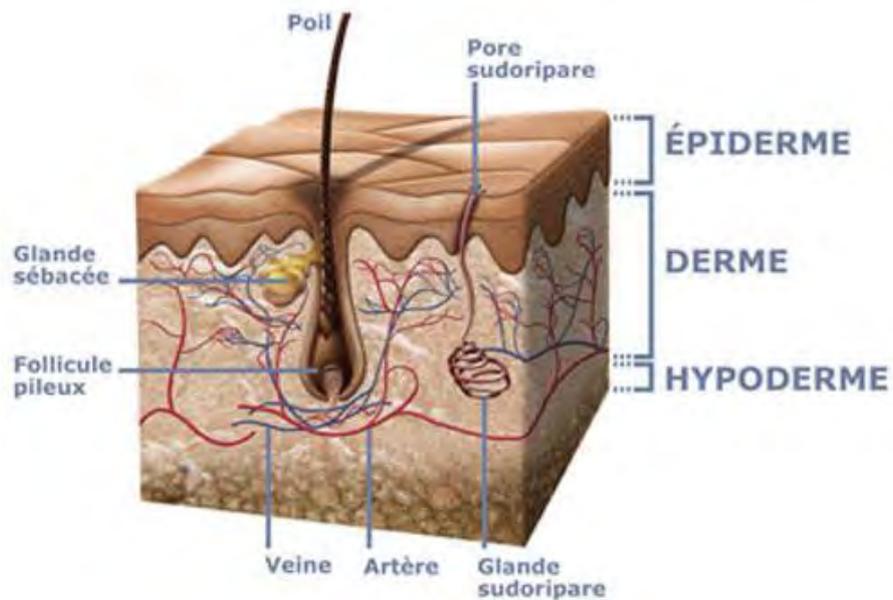


Tableau 7 : Structure de la peau

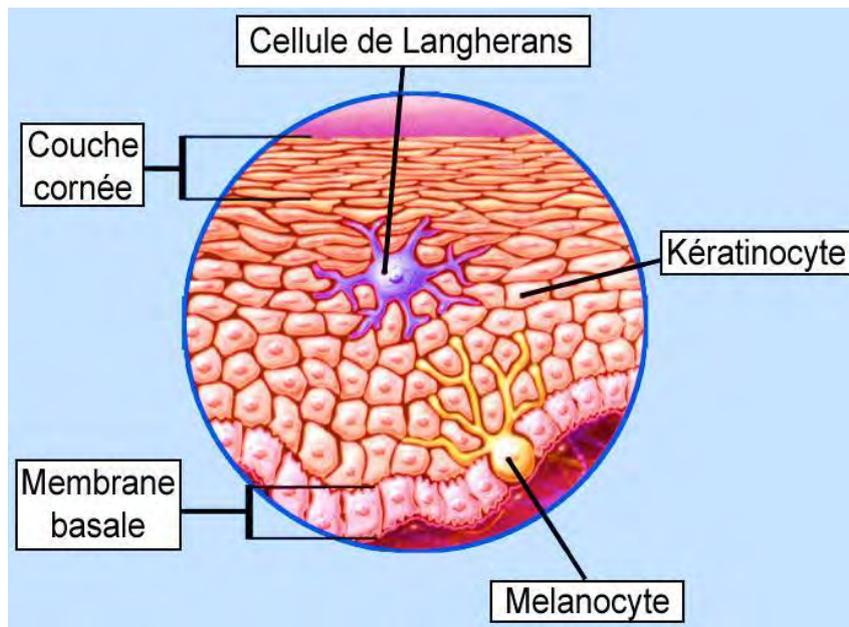


Tableau 8 : Structure de l'épiderme

Il existerait des récepteurs à œstrogènes sur les fibroblastes du derme voire de l'épiderme. Le traitement hormonal pallie l'affinement et la sécheresse de la peau, en corrigeant la diminution de l'épaisseur du derme et de sa teneur en collagène.

## **6.2. Symptômes à long terme**

### **6.2.1. Mémoires et maladies d'Alzheimer [26 ; 27]**

Les oestrogènes possèdent de nombreux effets au niveau du système nerveux central :

- Effet anti-apoptotique (mort cellulaire programmée) qui permet une protection des cellules neuronales
- Fort pouvoir antioxydant
- Stimulation générale du SNC
- Modulation des neurotransmetteurs en diminuant la noradrénaline, et en augmentant les taux de sérotonine, de dopamine et d'endorphine
- Diminution de la production de la protéine  $\beta$  amyloïde responsable des dépôts de plaques cause possible de la maladie d'Alzheimer
- Augmentation du débit sanguin au niveau du SNC

Ces différentes actions peuvent amener à penser que lors de la ménopause et de sa carence en œstrogène associée, la protection du SNC n'est plus et peut entraîner des

effets délétères sur ce dernier. Par conséquent, le traitement hormonal substitutif serait un moyen possible de lutter contre ces troubles. Cependant, les différentes études réalisées sur ce sujet ont longtemps été contradictoires et contenaient de nombreux biais. A l'heure actuelle, ils sont tout de même plus homogènes et vont vers un effet protecteur des oestrogènes vis-à-vis du vieillissement cérébral mais aussi de la maladie d'Alzheimer. Ces données nécessitent plus de travaux randomisés, contrôlés en double aveugle, afin de conclure définitivement sur la question. Comme souvent avec la ménopause aucune preuve irréfutable n'existe.

### 6.2.2. Maladies cardiovasculaires [2 ; 3 ; 28]

A la ménopause, le risque de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral et de thromboembolie s'accroît à un niveau tel que les affections vasculaires représentent la première cause de morbi-mortalité chez la femme ménopausée. En effet, entre 35 et 55 ans, la mortalité des hommes est 5 fois supérieure à celle des femmes (sauf en cas d'hypertension, d'obésité, de diabète, d'hyperlipidémie et de ménopause précoce). Les femmes bénéficient donc d'un sursis par rapport aux hommes, puisque l'on remarque un décalage de 10 à 15 ans entre les deux sexes. Jusqu'à l'âge de 75 ans, les hommes sont en effet plus nombreux à mourir de maladies coronariennes et ce n'est qu'ensuite que les femmes les rattrapent. Ces différences s'expliquent par la survenue de la ménopause et donc de l'effondrement des taux d'oestrogènes plasmatiques.

La carence en œstrogènes provoque de nombreuses modifications secondaires au niveau du cœur et des vaisseaux :

### **Effets de la ménopause sur les facteurs de risques cardiovasculaires**

**Elévation du LDL cholestérol**

**Légère diminution du HDL cholestérol**

**Augmentation du rapport cholestérol/HDL**

**Elévation de la lipoprotéine a**

**Elévation des triglycérides**

**Augmentation de la tension artérielle**

**Elévation de la glycémie**

**Diminution de la tolérance au glucose**

**Augmentation des taux d'insuline plasmatique**

**Augmentation de la masse corporelle**

**Elévation du fibrinogène et de la CRP**

**Elévation du plasminogène**

**Elévation du facteur VII**

**Diminution de l'antithrombine III**

Ces différents changements conduisent à des perturbations métaboliques, une altération de la structure et de la réactivité de la paroi vasculaire, tout ceci associé à des altérations de la dynamique cardiaque.

### 6.2.3. Ostéoporose

#### 6.2.3.1. Introduction [29 ; 30 ; 31]

L'ostéoporose concerne environ 7.5 millions de femmes dans les pays développés. Le risque de fracture ostéoporotique est de 40% chez la femme alors qu'il est seulement de 13% chez l'homme. Chaque année, on dénombre plus de 60 000 nouveaux cas de fracture des vertèbres, 50 000 cas de fracture de l'extrémité supérieure du fémur et 35 000 cas de fracture du poignet.

Ces dernières années, le nombre de femmes atteintes d'ostéoporose n'a cessé d'augmenter. Ceci peut être imputé à la diminution de l'activité physique et à l'allongement de la durée de vie. Cela représente un véritable problème de santé publique non seulement en terme de coût mais aussi pour les répercussions sur la qualité de vie des patientes souffrant de fractures.

#### 6.2.3.2. Définition [2 ; 3 ; 29 ; 30 ; 31 ; 32]

L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une masse osseuse basse et une détérioration de l'architecture microscopique du tissu osseux. Ce qui mène à une fragilité osseuse et par conséquent à un risque de fracture augmenté. C'est une affection qui est reconnue comme problème de santé publique de par sa prévalence, l'incidence des fractures et leurs conséquences potentiellement graves.

Il existe différents types d'ostéoporose. Elle peut être soit primitive, soit secondaire. En ce qui concerne les types d'ostéoporoses secondaires, ils peuvent être d'origine iatrogène c'est-à-dire d'origine médicamenteuse ou apparaître à la suite d'une pathologie endocrinienne.

Dans l'ostéoporose primitive, on trouve l'ostéoporose sénile et l'ostéoporose post ménopausique. Cette dernière concerne 25% des femmes âgées de 50 à 70 ans. Elle touche surtout les os spongieux présents surtout dans les os plats (sternum, ailes iliaques), les os courts et les épiphyses des os longs. Cette ostéoporose se manifeste par des tassements vertébraux ou des fractures.

#### 6.2.3.3. Lien avec la ménopause [2 ; 3]

Le tissu osseux est composé de plusieurs types de cellules dont deux font parties du processus d'ostéoporose. D'abord les ostéoblastes, il s'agit de cellules formatrice de l'os, elles sont localisées à la surface interne et externe du tissu osseux en croissance. Puis, les ostéoclastes qui ont pour fonction la résorption de l'os, elles permettent le maintien de la forme de l'os, la suppression de l'excès de cal osseux après une fracture et participent au maintien de l'homéostasie phosphocalcique.

L'ostéoporose est une complication redoutable de la ménopause. Elle est due à une accélération brutale du processus de déminéralisation osseuse : l'activité ostéoblastique qui est oestrogénosensible, est diminuée, tout comme la synthèse de collagène de type 1

et l'absorption intestinale de calcium; la résorption ostéoclastique est quant à elle stimulée. L'os trabéculaire (vertèbres, poignet) est touché en premier lieu puis c'est au tour de l'os cortical (fémur). Les risques de fractures sont alors majorés.

#### 6.2.3.4. Diagnostic [29 ; 30 ; 31]

Il est d'abord clinique. Devant des douleurs lombaires de survenue brutale, intenses et augmentées par la toux ou les éternuements chez les 65-70 ans, des fractures du poignet suite à un choc minime vers l'âge de 55-65 ans ou toute fracture du col du fémur, des côtes ou du bassin, il convient d'évaluer la présence des facteurs de risque d'ostéoporose. Il faut également mesurer la taille du patient pour éliminer toute possibilité de fracture vertébrale silencieuse. Afin de poser un diagnostic d'ostéoporose, il est possible d'utiliser l'imagerie :

- La radiographie : utile uniquement si la perte osseuse est élevée, elle permet surtout de détecter les fractures.
- La scintigraphie osseuse : permet de visualiser l'ensemble du squelette, utile quand on ne peut pas voir une fracture avec une simple radiographie ou pour affirmer le caractère récent d'une fracture, mais elle ne précise pas la nature de la lésion.
- L'ostéodensitométrie : met en évidence une ostéopénie ou une ostéoporose avant l'apparition de fracture, elle prédit le risque d'apparition d'ostéoporose et d'évaluer l'efficacité des thérapeutiques utilisées. Elle mesure la densité minérale osseuse. Cependant, elle n'est prise en charge par la sécurité sociale que sur prescription médicale dans certaines indications. Chez la femme ménopausée, l'ostéodensitométrie est indiquée dans les cas suivant :
  - Antécédents de fracture du col du fémur sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré
  - Indice de masse corporelle inférieur à 19
  - Ménopause précoce avant 40 ans
  - Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins trois mois consécutifs

### 6.2.3.5. Traitement de l'ostéoporose

#### a. Traitement hormonal de la Ménopause [30 ; 31 ; 32 ; 37]

Tous les œstrogènes (sauf l'oestriol) ont démontré leur efficacité dans la prévention de la perte osseuse postménopausique. Les œstrogènes permettent la stabilisation du contenu minéral osseux mesuré en ostéodensitométrie. Les doses d'œstrogènes qui ont prouvé leur efficacité sont de 2mg/j per os, 1.5mg/j en gel percutané et 50 microgrammes/j en dispositif transdermique.

#### b. Tibolone [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36]

Commercialisé sous le nom de Livial<sup>®</sup>. Il s'agit d'un stéroïde particulier, considéré comme une prodrogue. Il posséderait des effets de prévention de la perte osseuse postménopausique équivalents aux œstrogènes utilisés à des posologies classiques. Cependant, les effets indésirables sont identiques à ceux des œstrogènes. L'effet antifracturaire n'est pas prouvé et il ne possède pas d'AMM dans cette indication. Néanmoins, il diminue les troubles climatériques et les problèmes de sécheresse vaginale mais il peut provoquer certains cancers.

#### c. Biphosphonates [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36]

Il s'agit d'une classe de médicament dont l'effet bénéfique a été démontré. C'est la classe thérapeutique de référence dans le traitement de l'ostéoporose. Ces molécules possèdent une forte affinité pour le tissu osseux. Ils agissent en diminuant le nombre d'ostéoclastes, en diminuant leur adhérence au tissu osseux et en inhibant leur activité de résorption.

La densité minérale osseuse est augmentée de 5%, ils préservent les qualités mécaniques de l'os.

Ils sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère, d'hypocalcémies, de grossesse, d'allaitement et de pathologies de l'œsophage pour les formes orales.

### Conseils lors de la délivrance de biphosphonates :

Il s'agit d'une classe caractérisée par une très faible biodisponibilité. Cette dernière est d'ailleurs quasiment nulle lorsque les biphosphonates sont administrés au cours d'un repas. Il doit être pris à jeun avec de l'eau plate faiblement minéralisée (180 à 240 ml).

Les comprimés doivent être avalés et non croqués ou sucés. La prise ne se fait jamais en position allongée et la patiente ou le patient doit rester debout ou assis au moins 30 minutes après la prise. Cela évite les risques d'irritations ou d'ulcérations de l'oesophage. Il faut conseiller de contacter son médecin en cas de dysphagies, douleurs et brûlures rétrosternales d'apparition récentes et concomitantes à la prise de biphosphonates.

Un syndrome pseudo-grippal d'intensité légère à modérée peut apparaître après la première prise.

L'Agence Française du Médicament recommande un examen dentaire régulier pour minimiser le risque de survenue d'ostéonécrose liée à la prise de biphosphonate. Cet effet indésirable est plus fréquent avec les formes injectables qu'avec les formes orales.

### Conseils en cas d'oubli :

On recommande de ne pas doubler la dose, ne pas rattraper la prise. Il ne faut pas décaler les prises suivantes. En aucun cas, le patient ne devra prendre deux comprimés le même jour. Lorsque la prise est mensuelle, il faut prendre le comprimé oublié le matin qui suit la constatation de l'oubli si le délai entre la prise de rattrapage et la prochaine prise est de plus d'une semaine. Il ne faut pas prendre deux comprimés dans la même semaine afin d'éviter les risques de lésions de la muqueuse buccale ou œsophagienne.

#### d. SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator) [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36 ; 55 ; 56]

Molécules qui modulent le fonctionnement des récepteurs à œstrogène. Le chef de file de cette classe thérapeutique est le tamoxifène. Celui-ci est administré dans le traitement du cancer du sein. Les données permettent de constater une prévention de la perte osseuse chez les femmes traitées par tamoxifène pour le cancer du sein. Cette molécule exerce un effet anti ostéoporotique significatif au niveau vertébral. Cependant, sa prise augmente le risque thromboembolique comme les œstrogènes. Il constitue une alternative au THM pour les femmes ménopausées ne souhaitant pas recevoir de THM. Le raloxifène est la

seule molécule de cette classe ayant eu l'AMM pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique.

#### e. Autres traitements [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36]

- Ranélate de Strontium (Protelos<sup>®</sup>)

Le strontium est un cation proche du calcium. Il diminue la différenciation des ostéoclastes et possède une activité ostéoformatrice en stimulant les précurseurs des ostéoblastes et en augmentant la synthèse de collagène. L'efficacité a été démontrée avec un traitement de 3 ans. La posologie est d'un sachet par jour, au coucher, 2 heures après le diner car il y a interaction pharmacocinétique avec les aliments. Il y a un risque de formation de complexes avec les tétracyclines et les quinolones. Après réévaluation par l'Agence Européenne des médicaments, l'utilisation du Protelos sera réservée au traitement de l'ostéoporose sévère chez la femme ménopausée ou chez l'homme adulte, à risque de fracture élevé, en cas d'intolérance ou de contre-indications à d'autres alternatives médicamenteuses. Le ranélate de strontium est contre-indiqué en cas de pathologie cardiaque. Le traitement doit être instauré par un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de l'ostéoporose. Un suivi plus important est recommandé par la lettre aux professionnels de santé émise par l'ANSM en Mars 2014. Le prescripteur doit :

- évaluer le risque cardiaque ou d'apparition de pathologies cardiovasculaires avant d'instaurer un traitement chez leurs patients,
- réaliser une surveillance régulière de ce risque chez leurs patients tous les 6 à 12 mois,
- arrêter le traitement si leurs patients développent une pathologie cardiaque ischémique, une artériopathie périphérique, une pathologie vasculaire cérébrale, ou en cas d'hypertension artérielle non contrôlée.

- Téréparatide (Forstéo<sup>®</sup>)

Le téréparatide est un analogue de la parathormone synthétisée par les cellules parathyroïdiennes. Il s'agit d'un médicament d'exception. Il fonctionne par recrutement des préostéoblastes et diminution de l'apoptose des ostéoblastes. Il agit aussi sur la calcémie

en augmentant l'absorption intestinale du calcium et sa réabsorption au niveau tubulaire. Il augmente l'excrétion de phosphate par les reins. Le Forstéo® est administré quotidiennement par voie sous cutanée dans la cuisse ou l'abdomen. Il n'est indiqué que dans l'ostéoporose post-ménopausique et l'ostéoporose masculine sévère c'est-à-dire compliquée d'au moins deux fractures vertébrales et dans l'ostéoporose cortisonique à haut risque fracturaire.

## **7. SUIVI DE LA FEMME MENOPAUSEE**

Ce suivi permettra de prévenir et de dépister les maladies survenant à partir de l'âge de 50 ans. Il devrait être le même pour toutes les femmes qu'elles prennent ou non un traitement hormonal.

- Un examen clinique : Contrôle de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance du traitement ; tous les 6 mois.
- Un examen gynécologique comprenant un examen général : Recommandé tous les ans, Prise de la tension artérielle, pouls, mesure de la taille et du poids ; palpation des seins ; frottis recommandé tous les 3 ans jusqu'à 65 ans
- Un bilan métabolique : Cholestérol total, Triglycérides, Cholestérol HDL, Cholestérol LDL, Apolipoprotéines A1 et B tous les ans
- Une mammographie : si pas d'anomalie, réalisation tous les deux ans ; si lésion douteuse (micro-calcifications ou opacités) réalisation tous les ans ou en alternance avec une échographie mammaire
- Une échographie utéro-ovarienne : Non systématique, réalisation en cas de métrorragies ou de spotting, voie endo-vaginale.
- Une surveillance osseuse : surtout chez les femmes prenant un THM pour cause d'ostéoporose ; ostéodensitométrie et dosages des marqueurs du remodelage osseux ; contrôle de l'efficacité du traitement 2 à 3 ans après la mise en route du traitement.

<b><u>BILAN</u></b>	Avant traitement	3 <sup>ème</sup> mois	Tous les 6 mois	Tous les ans	Tous les 2 ans
<b>Clinique</b>	+	+	+	+	+
<b>Frottis</b>	±			±	±
<b>Investigation endométriale</b>					
<b>Biologique</b>					
- Glycémie à jeun	+	±		±	+
- Glycémie post- prandiale	±			±	
- Cholestérol	+	±		±	+
- Antithrombine III	±				
- Estradiol	±	+		+	±
- FSH	±				
<b>Ostéodensitométrie</b>	±			±	±
<b>Mammographie</b>	+			±	+

# Partie 2 : LES TRAITEMENTS DE LA MENOPAUSE

## 1. LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE

### 1.1. Introduction [38]

Le traitement hormonal substitutif ou THS arrive en France seulement dans les années 70, c'est-à-dire beaucoup plus tard qu'aux Etats Unis. Avant 1981, il n'y avait même pas de rubrique « ménopause » dans le Vidal®. Le nombre de médicaments disponibles entre 1970 et 2002 va tripler (23 entre 1975 et 1981 et 64 entre 1996 et 2002).

Aux vues des effets positifs de ces traitements sur les troubles liés à la ménopause et leur démocratisation notamment au niveau de la prescription des médecins, le pourcentage de femmes ménopausées prenant le THS explose.

- 3 à 6% entre 1975 et 1980
- 8 à 10% entre 1990 et 1992
- 32% en 1996
- 30 à 50% en 2004

Après 2002, l'usage du THS en France prendra un autre tournant. Le THM est d'autant plus efficace qu'il est instauré dans les 3 ans qui suivent le début de la ménopause et qu'il est poursuivi quelques années. Il peut tout de même être prescrit 10 ans après la ménopause mais son efficacité sera moindre.

### 1.2. Principe du THM [1 ; 2 ; 3 ; 39]

Le traitement hormonal de la ménopause a pour objectif, à court terme de faire disparaître ou tout du moins atténuer les effets immédiats de la ménopause c'est-à-dire les troubles du climatère, mais aussi à plus long terme de prévenir les risques d'ostéoporose.

Le THM est en pratique proposé à la femme présentant des troubles fonctionnels lié à la carence oestrogénique mais aussi à la femme ménopausée ayant des facteurs de risque d'ostéoporose, notamment en cas de ménopause précoce ou chirurgicale. Il n'est en aucun cas proposé de manière systématique. Il est prescrit au cas par cas, selon les

situations et le médecin se doit d'informer la patiente de l'ensemble des bénéfices attendus et des risques potentiels pouvant être engendrés par ce type de traitement.

### 1.2.1. Les contre-indications du THM

Certains antécédents pathologiques des patientes sont des contre-indications absolues au THM tels les cancers gynécologiques hormono-dépendants (cancer du sein et de l'endomètre) et des pathologies thromboemboliques artérielles et veineuses (infarctus du myocarde récent, AVC, AIT, embolie pulmonaire, thrombophlébite veineuse profonde). D'autres sont considérées comme relatives et doivent conduire à une évaluation de la balance bénéfice/risque du traitement (pathologies hépatiques, lupus érythémateux disséminé).

Certaines circonstances imposent le choix de la voie d'administration du THM. En effet, afin d'éviter le premier passage hépatique et donc de limiter l'augmentation des VLDL (very low density lipoprotein) et donc celle des triglycérides, la voie percutanée aura l'avantage chez les femmes souffrant d'hypertriglycéridémie.

### 1.2.2. Le bilan préthérapeutique

Il est indispensable de vérifier l'absence de contre-indication clinique.

- Une mammographie datant de moins d'un an
- Un bilan biologique avec exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun
- Une ostéodensitométrie : en pratique elle permet de connaître un état d'ostéopénie existant et donc l'importance d'une mise en place rapide du traitement. De plus, des études récentes ont lié une masse osseuse de haut niveau et une augmentation du risque de cancer du sein, d'où l'importance de connaître le niveau de masse osseuse afin de limiter la prescription du THM.
- Une échographie utéro-ovarienne : non indispensable, mais elle s'impose dans les cas de symptôme anormal avant la mise en place du traitement.

Dans tous les cas, la prescription du THM ne modifie pas la surveillance proposée aux femmes ménopausées avec au minimum une mammographie tous les 2 ans et un frottis tous les 3 ans.

L'intérêt du maintien du traitement doit être réévalué tous les ans à l'aide d'une fenêtre thérapeutique soit en diminuant progressivement les doses d'œstrogène, soit en arrêtant le traitement pendant quelques semaines.

### **1.3. Molécules et doses**

<b>OESTROGENES</b>	
<b>Oestrogènes par voie cutanée</b>	
<b>Délidose® = 17β oestradiol</b>	0,5 ou 1mg/sachet dose
<b>Estreva®= 17β oestradiol</b>	0,5mg/pression de 0,5g
<b>Oestrodose®= 17β oestradiol</b>	0,75mg/pression de 1,25g
<b>Oestrogel®= 17β oestradiol</b>	1,5mg/réglette-mesure de 2,5g
<b>Oestrogènes par voie transdermique</b>	
<b>Dermestril®= 17β oestradiol</b>	25, 50 et 100 µg/24h
<b>Oesclim®= 17β oestradiol</b>	25, 37.5, 50 et 75 µg/24h
<b>Thaïs®= 17β oestradiol</b>	25, 50 et 100 µg/24h
<b>Climara ®= 17β oestradiol</b>	50 µg/24h
<b>Dermestril septem®= 17β oestradiol</b>	25, 50 et 75 µg/24h
<b>Femsept®= 17β oestradiol</b>	50, 75 et 100 µg/24h
<b>Thaïs sept®= 17β oestradiol</b>	25, 50 et 75 µg/24h
<b>VivelleDot®= 17β oestradiol</b>	25, 37.5, 50 et 75 µg/24h

<b>Oestrogènes par voie orale</b>	
<b>Oestrogènes naturels</b>	
<b>Estreva® = 17β oestradiol</b>	Comprimé à 1,5mg
<b>Estrofem® = 17β oestradiol</b>	Comprimé à 1 et 2 mg
<b>Oromone® = 17β oestradiol</b>	Comprimé à 2 mg
<b>Provames® = 17β oestradiol</b>	Comprimé à 2 mg
<b>Autres Oestrogènes</b>	
<b>Progynova® = Valérate d'œstradiol</b>	Comprimé à 1 et 2 mg <i>Non remboursé</i>
<b>Physiogine® = Oestriol</b>	Comprimé à 1 mg
<b>PROGESTATIFS</b>	
<b>Progestérone naturelle</b>	
<b>Estima® = Progestérone</b>	Capsules à 100/200mg
<b>Utrogestan® = Progestérone</b>	Capsules à 100/200mg
<b>Progestatifs de synthèse</b>	
<b>Duphaston® = Dydrogestérone</b>	Comprimé à 10 mg
<b>Luteran® = Chlormadinone</b>	Comprimé à 5 et 10 mg
<b>Colprone® = Médrogestone</b>	Comprimé à 5 mg
<b>Lutenyl® = Nomégestrol</b>	Comprimé à 5 mg
<b>Surgestone® = Promégestone</b>	Comprimé à 0.125, 0.25 et 0.5 mg

OESTROPROGESTATIFS	
<b>Traitements continus</b>	
<b>Activelle®</b>	Oestradiol + Noréthistérone
<b>Climaston 2/10®</b>	Oestradiol + Dydrogestérone
<b>Climaston 1/10®</b>	Oestradiol + Dydrogestérone
<b>Climaston 1/5®</b>	Oestradiol + Dydrogestérone
<b>Kliogest®</b>	Oestradiol + Noréthistérone
<b>Trisequens®</b>	Oestradiol + Noréthistérone
<b>Traitements discontinus</b>	
<b>Climene®</b>	Valérate d'oestradiol + Cyprotérone
<b>Divina®</b>	Valérate d'oestradiol + Médroxyprogestérone

Tableau 9 : Molécules et doses utilisées dans le traitement hormonal de la ménopause [2 ; 34 ; 35 ; 36]

#### 1.4. Schémas thérapeutiques [1]

De nombreuses formules sont possibles, il faut parfois du temps pour trouver celle qui correspond le mieux à la patiente. Les œstrogènes peuvent être administrés soit de manière discontinue (25 jours par mois) ou de manière continue. Chez les femmes n'ayant pas subi d'hystérectomie, il est obligatoire afin de prévenir les risques de cancer du corps de l'utérus, d'associer pendant au moins 12 jours par mois un progestatif. C'est le mode d'administration de ce dernier qui fera distinguer les schémas dits « sans règles », des schémas dits « avec règles ». Nous présenterons ici les plus couramment utilisés.

### 1.4.1. Schémas avec règles

#### 1.4.1.1. Schéma séquentiel discontinu

C'est celui qui se rapproche le plus du rythme « naturel ». Il consiste à prendre des œstrogènes du 1<sup>er</sup> au 24<sup>ème</sup> ou 25<sup>ème</sup> jour du mois, ainsi qu'un progestatif du 14<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour. Durant les 5 derniers jours du mois survient un saignement qui ressemble à des règles. Il s'agit d'un saignement de la muqueuse utérine que l'on appelle « hémorragie de privation » parce qu'il résulte de l'arrêt des hormones.

Jours	J1	J14	J25	J30
Œstrogènes	[Barre continue de J1 à J25]			
Progestatifs		[Barre de J14 à J25]		
Règles			[Barre de J25 à J30]	

#### 1.4.1.2. Schéma séquentiel continu

Le traitement oestrogénique est donné tous les jours, tandis que le progestatif n'est administré que du 12<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du mois.

Jours	J1	J12	J25	J30
Œstrogènes	[Barre continue de J1 à J30]			
Progestatifs		[Barre de J12 à J25]		
Règles			[Barre de J25 à J30]	

## 1.4.2. Schémas sans règles

### 1.4.2.1. Schéma combiné continu

L'œstrogène est associé à un progestatif en continu, sans fenêtre thérapeutique. La posologie du progestatif est de moitié par rapport à celle utilisée dans les schémas séquentiels.

Jours	J1	J14	J25	J30
Œstrogènes	[Barre continue de J1 à J30]			
Progestatifs	[Barre continue de J1 à J30]			

### 1.4.2.2. Schéma combiné discontinu

L'association oestroprogestative est prescrite 25 jours par mois ou 5 jours sur 7. Pendant, la semaine d'intervalle des métrorragies peuvent survenir mais elles sont minimales et disparaissent au bout de quelques cycles.

Jours	J1	J14	J25	J30
Œstrogènes	[Barre de J1 à J25]			
Progestatifs	[Barre de J1 à J25]			

Les formules sont modulables à l'infini. C'est le médecin qui adaptera le traitement en fonction des différents symptômes de la patiente. Un traitement impliquant une interruption de quelques jours peut faire réapparaître des bouffées de chaleur.

## **2. DEBAT AUTOUR DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MENOPAUSE** [37 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 42]

En 2002, une crise eut lieu dans le milieu de la gynécologie, après la publication et la médiatisation de résultats inquiétants révélés par la Women's Health Initiative, enquête concernant les bénéfices et les risques liés à la prise d'un THM.

Tout ceci a bien sûr provoqué un accroissement de l'angoisse du grand public. Les effets négatifs de cette étude ont longtemps perduré et perdurent encore, d'autant que d'autres études ont confirmé le lien entre cancer du sein et THS en 2003. L'AFSSAPS sera même amenée à établir des recommandations :

« Chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la carence oestrogénique, un traitement hormonal substitutif peut être instauré, à la dose minimale efficace et ce tant que dure les symptômes. Que la femme ait des troubles climatériques ou non, le THS garde un intérêt dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique dans la mesure où les facteurs de risque ont été préalablement identifiés [...]. » [39]

D'ailleurs, après ces recommandations, datant de Décembre 2003, les prescriptions de THM ont diminuées. La loi du 4 mars 2002 donne le « droit à l'information » aux patientes, les médecins doivent donner une information claire, loyale et appropriée à la patiente qui donnera alors son consentement « éclairé ». [44]

### **2.1.1. Risques du THM** [2 ; 3 ; 39]

- Risque de cancer du sein :

La plupart de ces cancers sont hormono-dépendants ce qui signifie que leur apparition est influencée par les hormones féminines et notamment les oestrogènes. On peut alors s'interroger sur le possible sur-risque engendré par la prise d'un THM qui comprend des oestrogènes. Le THM prolonge l'imprégnation oestrogénique naturelle. De nombreux travaux ont été effectués aux Etats Unis et en Europe du Nord. Cependant, ils sont difficilement superposables à la France. En effet, les types de traitement, leur durée et leur mode d'administration sont différents de ceux appliqués en France. De plus, chaque pays a sa propre épidémiologie qu'il s'agisse du contexte social, environnemental ou culturel qui interfère souvent avec les maladies et les traitements.

➤ Des essais français pilotés par l'INSERM ont permis d'éclaircir le débat sur le THM en France. La première lancée en 1990, l'E3N réalisée sur 100 000 femmes, montre que le risque de cancer du sein est légèrement augmenté par la prise d'un THM mais qu'il diffère en fonction de la nature du THM utilisé et plus particulièrement du type de progestérone. Le sur-risque est observé en cas d'utilisation de progestatifs de synthèse. Par contre, aucune augmentation de ce risque n'est constatée avec l'association d'un œstrogène cutané et de progestérone naturelle micronisée.

➤ L'étude Women's Health Initiative (WHI) : il s'agit d'une étude randomisée en double aveugle réalisée sur 16608 femmes ménopausées de 50 à 79 ans. Ces femmes étaient sans antécédent cardio-vasculaire. Chaque femme a reçu soit un THM avec 0.625mg/j d'œstrogènes conjugués équins et 2.5mg/j d'acétate de médroxyprogestérone, soit un placebo. Le suivi moyen était de 5,2 ans. Il a été observé 166 cancers du sein chez les femmes recevant un traitement hormonal contre 124 chez les femmes recevant le placebo. Aux vues de ces résultats, l'étude a été interrompue en mai 2002.

Les effets néfastes de cette étude n'ont été observés que chez des femmes ayant précédemment pris un THM. Il n'a pas été remarqué d'excès de cancer chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein.

➤ L'étude Million Women Study (MWS), réalisée en Grande Bretagne sur plus d'un million de femmes ménopausées entre 50 et 64 ans, publiée dans The Lancet en 2003, a permis de démontrer que l'association oestro-progestative augmente le risque de manière plus importante que des œstrogènes utilisés seuls. Cette étude a permis de confirmer les résultats de l'étude WHI.

Il existe donc un surrisque d'apparition de cancer du sein attribuable au traitement hormonal de la ménopause. Cependant, il est bon de rappeler que ce risque est faible par rapport aux autres facteurs de risque tels que l'obésité, l'alcool ou encore les antécédents familiaux de cancer. Les associations oestro-progestatives présentent un risque supérieur à celui observé avec un œstrogène seul. Ce risque disparaît selon les études entre 1 et 5 ans après l'arrêt du traitement. Il faut rappeler qu'aucune étude n'a montré d'augmentation de la mortalité sous THM. Au contraire, il a été montré que les tumeurs apparaissant sous THM sont de petite taille et il a été observé une meilleure survie à 5 ans. Une étude de cohorte a même démontré une réduction de 16% de la mortalité chez les femmes prenant

un THM. Cela serait certainement dû à une meilleure surveillance des femmes sous THM et donc à un dépistage plus précoce de ces cancers.

- Risque thromboembolique veineux

Le THM augmente le risque thrombo-embolique veineux en particulier lors de la première année de traitement. Le risque est d'autant plus important que la femme est âgée. Ce risque pourrait dépendre de la voie d'administration des oestrogènes et du type de progestatifs. L'étude française ESTHER a montré que le risque thrombo-embolique veineux était triplé chez les femmes recevant de l'oestradiol par voie orale alors qu'il ne l'était pas lors d'une administration transdermique. Cela ne signifie pas que ce type de traitement peut être administré à des patientes présentant un risque majoré de phlébite. Le risque serait même accru lorsque l'oestrogène est associé à des progestatifs de synthèse (dérivés norpregnanes) par rapport à la progestérone naturelle. D'autres études doivent confirmer ces résultats. L'utilisation d'un THM chez des patientes présentant des antécédents d'accident thromboembolique veineux ou un état thrombotique connu nécessite une évaluation attentive du rapport bénéfice/risque pour la patiente.

- Risque de cancer de l'endomètre :

Selon l'étude MWS, les oestrogènes administrés seuls augmentent le risque de cancer de l'endomètre. Ce risque est dose et durée dépendants. Il se voit annuler par l'administration concomitante d'un progestatif en quantité suffisante au moins 10 jours par mois.

- Risque de cancer de l'ovaire :

Ce risque ne se verrait pas augmenter dans la majorité des études. Cependant, une augmentation du risque aurait été mise en évidence lors de durée de traitement supérieure à 10 ans. Par contre, certaines méta-analyses n'ont trouvé aucun effet dose ni effet durée. D'autres études doivent être entreprises pour résoudre ces incertitudes.

- Risque cardiovasculaire :

L'étude HERS randomisée en double aveugle sur 2763 patientes ménopausées ayant des antécédents cardio-vasculaires et qui reçoivent une association de 0.625mg/j d'oestrogènes équinés conjugués et 2.5mg/j d'acétate de médroxyprogestérone montre que ce traitement ne diminue pas le risque de survenue d'événements cardio-vasculaires.

L'étude WHI montre que le THM augmenterait même le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral surtout au cours de la première année de traitement. Cependant, il faut noter que ces études ont été réalisées avec des associations de THM très peu utilisées en France.

- Risques de troubles cognitifs :

Il n'existe pas de preuve irréfutable qui défendrait l'utilisation d'un THM pour retarder le vieillissement cérébral voire prévenir la maladie d'Alzheimer. Contrairement à ce qui était espéré, aucune donnée ne met en évidence un effet protecteur du THM.

- Autres :

Le THM peut aussi être responsable d'effets indésirables. Ces derniers peuvent être éliminés rapidement avec une réadaptation du traitement.

- Maux de tête : ils apparaissent surtout chez les femmes qui y sont sujettes avant même le début du traitement, ces maux se remarquent surtout pendant l'arrêt des oestrogènes, il faut donc, en ce cas, préférer un schéma continu.
- Chute des cheveux : c'est surtout le cas lorsque le progestatif prescrit a des propriétés androgéniques, il faudra donc envisager un changement de traitement ou rechercher d'autres causes possibles.
- Pilosité excessive : certaines molécules peuvent entraîner ce genre de problème
- Nausées : c'est un phénomène rare, il peut être dû à un excès d'œstrogène, il sera alors bon de revoir et d'affiner les doses.
- Saignements : il s'agit d'hémorragies de privation qui durent dans le temps, il faudra réajuster le traitement et notamment les doses de progestatif qui éviteront à la muqueuse utérine de trop s'épaissir. Si cela ne suffit pas, il faudra voir avec la patiente si elle prend régulièrement son traitement ou rechercher d'autres causes possibles.

- **Prise de poids** : la plupart des femmes pensent que les hormones font grossir, or le traitement hormonal de la ménopause est plus bénéfique pour le poids car il évite une mauvaise répartition des graisses. De plus, il a un effet sur le moral ce qui peut éviter le grignotage responsable d'une prise de poids. En début de traitement, il est possible que la femme se sente « gonflée », cela est dû à de la rétention d'eau, une réadaptation du traitement et des doses sera envisagée par le médecin.

## 2.1.2. Avantages du THM [2 ; 3 ; 42 ; 45]

### 2.1.2.1. Effets sur la perte osseuse

La minéralisation du squelette nécessite la présence des œstrogènes. Ils permettent de constituer et de conserver une masse osseuse suffisante. Lors de la ménopause et donc de l'arrêt de la sécrétion des œstrogènes, leur rôle protecteur disparaît. La résorption osseuse augmente entraînant une perte minérale et une altération de la microarchitecture osseuse. L'étude américaine WHI a permis d'affirmer que les œstrogènes diminuent la survenue des fractures ostéoporotiques. Le risque fracturaire a été diminué de 34% chez les femmes ayant reçu des œstrogènes. En effet, ces derniers possèdent une action anti-ostéoclastique qui permet une augmentation de la masse osseuse et ce surtout la première année. Chez la femme présentant déjà une ostéoporose avant l'instauration du traitement, celui-ci permet d'en retarder l'évolution.

Les doses d'œstrogènes efficaces dans la prévention de la perte osseuse post ménopausique sont de 2mg/j per os, 1.5mg/j en gel percutané et 50 µg/j en dispositif transdermique.

A l'arrêt du THM, la perte osseuse reprend au rythme physiologique.

### 2.1.2.2. Effets sur les troubles du climatère

- Action sur les bouffées de chaleurs :

Lors de la ménopause, la carence oestrogénique provoque des troubles du climatère, il est donc logique que ces troubles soient rectifiés par un traitement hormonal. Ce traitement améliore la qualité de vie des patientes en 2 à 3 semaines. Le traitement ne

sera prescrit que si la femme ne présente aucune contre-indication et que ces troubles altèrent la qualité de vie de la patiente.

- Action sur la peau :

Les effets du THM sont avant tout dermiques. Le THM pallie l'affinement et la sécheresse de la peau. Le THM est aussi capable de corriger la diminution de la teneur en collagène du derme. Les effets du THM en termes d'extensibilité cutanée, d'élasticité cutanée et de perte d'eau transcutanée sont plus aléatoires. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données sur l'existence d'effets du THM sur l'épiderme, ce qui peut d'ailleurs être lié à l'absence de récepteurs aux œstrogènes sur les cellules de cette couche de la peau.

En conclusion, l'oestrogénothérapie est le seul traitement systémique du vieillissement cutané. Elle corrige l'atrophie dermique et la perte en collagène. Cependant, elle n'a aucune action sur les autres signes tels que l'acné, l'alopécie et l'hypertrichose quand ils sont présents. Le THM doit donc être associé à d'autres mesures de prise en charge de l'atrophie et de la sécheresse cutanée. [23]

- Action sur la prise du poids :

Le traitement hormonal empêche les hormones mâles d'être trop actives et donc retarde la prise de poids dites « androgénique ». La répartition des graisses se localise encore sur les hanches et les cuisses. Ce traitement n'empêche pas le suivi des règles hygiéno-diététiques.

- Action sur la libido :

Les œstrogènes, en maintenant une bonne qualité des muqueuses, évitent donc la sécheresse vaginale responsable de la difficulté d'avoir une sexualité épanouie à cet âge. De plus, le THM permet d'éviter l'atrophie du vagin, il limite alors les dyspareunies.

- Action sur l'appareil urinaire :

Les œstrogènes renforcent la muqueuse vésicale, ce qui diminue le risque d'infection et les fuites urinaires. On préférera alors une administration par voie locale afin de limiter le passage systémique.

### 2.1.2.3. Effets sur le cancer colorectal [46]

Toutes les études ont montré une réduction du risque de survenue de cancer colorectal chez les patientes prenant un THM. La plupart de ces études montrent un effet protecteur d'autant plus important que la durée du traitement est longue. Cependant, l'effet protecteur régresse dès l'arrêt du traitement. Les mécanismes de cette protection sont encore mal connus. D'autres études doivent être réalisées pour confirmer ces résultats.

### 2.1.3. Recommandations d'utilisation du THM [15 ; 39 ; 42]

L'importance à l'instauration du THM est d'évaluer la balance bénéfique/risque. Cette dernière est favorable lorsque les troubles du climatère dégradent la qualité de vie de la patiente et si celle-ci ne présente aucune contre-indication.

La conduite à tenir est la suivante :

- Pour que la prescription soit adaptée et éclairée, toutes les informations utiles doivent être fournies à la femme ménopausée. Les risques et les bénéfices doivent lui être exposés.
- Le traitement doit être réévalué régulièrement, au minimum une fois par an.
- Un examen clinique et gynécologique complet doit être réalisé avant toute initiation de traitement.
- Le traitement doit être le plus court possible, à la dose la plus faible possible.

### 2.1.4. Conclusions [47]

Aujourd'hui, le sujet est encore en débat et cela malgré les nombreux biais et les critiques qui ont remis en cause les résultats de la *Women's Health Initiative*. Les dernières données scientifiques (*33rd Annual San Antonio Breast Cancer Symposium*) datant de Décembre 2010 nuancent les résultats de la WHI. En effet, il ressort de ces études que les œstrogènes exogènes utilisés seuls auraient finalement un effet protecteur vis-à-vis du cancer du sein. D'autres études plus récentes et plus adaptées à la femme française devraient apporter plus d'information sur ces risques. En attendant, rien ne pourra remplacer une bonne connaissance de la patiente et de ses facteurs de risques, de son histoire personnelle et familiale pour avoir une opinion individualisée sur les risques encourus.

### **3. ALTERNATIVES AU TRAITEMENT HORMONAL**

Même si le THM a prouvé son efficacité sur les troubles climatériques et sur la prévention de la perte osseuse postménopausique, ses effets secondaires dus à une mauvaise observance et son augmentation possible du risque de cancer du sein poussent les femmes et les médecins à chercher des alternatives thérapeutiques.

#### **3.1. Les règles hygiéno-diététiques** [13]

Les règles hygiéno-diététiques sont à appliquer par tous. Il est indispensable de savoir adapter ses besoins à son âge, à sa physiologie et à son rythme de vie. Si certains symptômes de la ménopause ne peuvent être totalement éliminés, ils peuvent être généralement atténués par un bon équilibre de l'alimentation, un bon sommeil et une activité physique régulière. En effet, 80% des femmes prennent de 5 à 10 kg entre 45 et 55 ans soit en moyenne 800 grammes par an. La carence oestrogénique, les perturbations du métabolisme et les problèmes psychologiques engendrés par la ménopause accélèrent la prise de poids rencontrée dans ce tournant de la vie.

### 3.1.1. Règles de vie

Problème rencontré	Recommandations alimentaires	Conseils associés
<b>Surpoids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Préférer des aliments riches en calcium, des aliments riches en protéines, des fruits, des légumes</b></li> <li>• <b>Ne pas trop consommer de graisses et de sucres rapides</b></li> <li>• <b>Eviter les boissons sucrées et l'alcool</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire de l'exercice régulièrement</b></li> <li>• <b>Manger 3 fois par jour et à des heures régulières, lentement et dans le calme</b></li> <li>• <b>Ne pas céder au grignotage</b></li> </ul>
<b>Ostéoporose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Augmenter l'apport en calcium et vitamine D (laitages, fromages maigres, certaines eaux minérales)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Choisir des sports favorisant l'impact</b></li> </ul>
<b>Bouffées de chaleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eviter l'alcool et les aliments épicés</b></li> <li>• <b>Favoriser la consommation d'aliments riches en vitamines E et C et en sélénium</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arrêt du tabac</b></li> <li>• <b>Eviter l'exposition au soleil</b></li> <li>• <b>Eviter les changements brusques de température</b></li> <li>• <b>Préférer les vêtements amples en coton et superposés pour faciliter leur retrait.</b></li> </ul>

<p><b>Sécheresse vaginale</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser un savon adapté à la toilette intime</li> <li>• Utiliser des lubrifiants lors des rapports</li> </ul>
<p><b>Infections urinaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Boire au moins 2 litres d'eau par jour</b></li> <li>• <b>Consommer des fruits et des légumes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire de l'exercice physique pour lutter contre la constipation</li> <li>• Vider la vessie régulièrement et notamment après chaque rapport sexuel</li> <li>• Eviter les vêtements trop moulants</li> </ul>
<p><b>Insomnies</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eviter le thé et le café après 17h</b></li> <li>• <b>Eviter l'alcool le soir et manger léger</b></li> <li>• <b>Augmenter les apports en magnésium</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire de l'exercice physique dans le but d'éliminer les tensions nerveuses et fatiguer les muscles.</li> </ul>

### 3.1.2. Le calcium [48 ; 49]

Les apports en calcium doivent être augmentés au cours de la ménopause pour prévenir au maximum les risques d'ostéoporose. En France, les apports nutritionnels conseillés pour les femmes de plus de 55 ans sont de 1200mg/jour à 1500mg/jour soit au moins 4 produits laitiers par jour. Une alimentation bien équilibrée permet de pallier les pertes physiologiques en calcium qu'elles soient digestives ou rénales. Le risque d'un apport

extérieur insuffisant est une mobilisation du calcium de l'os et sa fragilisation pour rétablir une calcémie normale.

De nombreux aliments contiennent du calcium. Cependant, la difficulté est de ne pas surconsommer des aliments contenant du calcium mais qui sont aussi très riches en graisses ou en sucres afin d'éviter une prise de poids rapide. Voici quelques tableaux récapitulatifs d'aliments contenant du calcium pour mieux conseiller les patientes.

a. Le calcium dans les produits laitiers [48] :

<b>Produits laitiers</b>	<b>Teneur en calcium par portion</b>	<b>Portion journalière recommandée</b>
<b>Lait entier, demi écrémé ou écrémé</b>	300 mg (1 bol de 250 ml)	1 bol
<b>Yaourt nature</b>	150-170 mg (1 unité)	1 pot
<b>Fromage blanc ou petit suisse</b>	100 -120 mg (100 g)	1 pot
<b>Fromage à pâte dure (Emmental)</b>	400 mg (1 part de 30 g)	1 part
<b>Fromage à pâte dure (Comté, Cantal)</b>	300-350 mg (1 part de 30 g)	1 part
<b>Roquefort, Reblochon, Saint Nectaire</b>	200 mg (1 part de 30 g)	1 part
<b>Fromage à pâte molle</b>	120-150 mg (1 part de 30 g)	1 part
<b>Fromage frais</b>	90 mg (100 g)	1 pot

b. Le calcium dans les eaux minérales [48] :

<b>Eaux minérales</b>	<b>Teneur en calcium en mg/l</b>
<b>Hépar</b>	555
<b>Contrex</b>	486
<b>Evian</b>	202
<b>Vittel</b>	190
<b>Badoit</b>	20

### 3.1.3. La vitamine D [48 ; 50 ; 51]

Après une exposition solaire, la vitamine D est synthétisée dans la peau grâce aux UVB. Une autre partie de la vitamine D est apportée à l'organisme par l'alimentation. La production endogène couvre entre 50 et 70% des besoins, celle-ci dépend donc de l'exposition solaire. Pour maintenir un taux suffisant de vitamine D, il suffit d'exposer 30% de la surface cutanée durant 15 min par jour. Tout ceci, bien sûr, sous un rayonnement ultraviolet suffisant, retrouvé uniquement de Juin à Octobre. Si les réserves sont satisfaisantes, elles permettent de pallier le manque de luminosité de l'hiver et les carences engendrées par celui-ci. Cette vitamine est très importante car elle permet le maintien de l'hémostase osseuse phosphocalcique et assure la minéralisation osseuse en aidant à la fixation du calcium sur les os. Une carence en vitamine D entraîne une hypocalcémie responsable d'une augmentation du remodelage osseux. En France, les apports nutritionnels conseillés en vitamine D sont 200UI/j soit 5µg/j pour les adultes et de 400UI/j soit 10µg/j pour les personnes âgées.

Aliments	Teneur en Vit D pour 100g en µg	Teneur en Vit D pour 100g en UI
Huile de foie de morue	200	8000
Maquereau, hareng, saumon, sardine	5 à 32	200 à 1280
Thon	3 à 6	120 à 240
Foie (veau, porc)	0,2 à 1,3	8 à 52
Porc et veau	0,4 à 1,2	16 à 48
Bœuf et mouton	0,1 à 0,4	4 à 16
Blanc d'œuf	1,7 à 3	70 à 120
Jaune d'œuf	5	200

<b>Beurre</b>	0,8 à 2	32 à 80
<b>Fromage</b>	0,25 à 1	10 à 40
<b>Lait de vache</b>	0,01 à 0,1	0,4 à 4
<b>Yahourt Calin+ Nature®</b>	5	200
<b>Fromage blanc</b>	1,25	50

### 3.1.4. L'activité physique [13 ; 52 ; 53]

La ménopause est souvent corrélée à une prise de poids, il s'agit là plus d'une redistribution de la masse grasse et d'une perte de masse musculaire. L'activité physique est donc vivement recommandée. Il a d'ailleurs été démontré que les femmes ménopausées depuis 10 à 12 ans qui jouent régulièrement au tennis sont plus minces que les femmes sédentaires, elles peuvent ainsi conserver leur poids, leur masse musculaire et leur silhouette tandis que les autres souffrent d'une relocalisation des graisses notamment au niveau abdominal, avec 8kg de plus. Elle permet aussi de diminuer les risques cardiovasculaires et d'ostéoporose.

On parle ici d'une simple activité physique et non pas de sport. Une marche quotidienne de 30 minutes à un rythme assez soutenu de l'ordre de 4 à 5km/h suffit à renforcer les capacités cardio-vasculaires. Pour lutter contre la perte osseuse, il est recommandé de pratiquer des activités non portées où le corps entre en contact avec le sol comme le jogging (sauf en cas d'arthrose) ou de la gymnastique avec des sauts (saut à la corde). En effet, ces activités exercent des contraintes sur l'os qui mobilisent le remodelage osseux. Il existe au sein du tissu osseux un récepteur de contraintes, dont le mécanisme est encore inconnu, qui stimule la formation osseuse et inhibe la résorption. De plus l'activité physique permet d'entretenir l'appareil locomoteur, les muscles, les articulations et le tonus, ce qui évite les chutes et donc diminue le nombre de fractures.

La marche a également un effet bénéfique sur le cancer du sein. L'incidence du cancer du sein serait diminuée de 30 % chez les femmes exerçant une activité de plus de quatre heures par semaine, soit l'équivalent d'une marche rapide de 30 minutes par jour.

On conseillera donc 30 minutes de marche à une vitesse tonique de 4 à 5 km/h tous les jours associés à 30 minutes de « musculation » (natation, aquagym, vélo, tennis) deux à trois fois par semaine.

## **3.2. Allopathie**

### a. Les traitements non hormonaux [63 ; 64]

#### 3.2.1. Les bouffées de chaleur

##### 3.2.1.1. Abufène<sup>®</sup> ( $\beta$ -alanine) [2 ; 3 ; 34 ; 36]

Cet acide aminé est indiqué dans le traitement des bouffées de chaleur de la ménopause. Il agit en s'opposant à la libération d'histamine. Il est administré pendant des périodes de 5 à 10 jours jusqu'à l'inhibition des bouffées de chaleur. Si les crises réapparaissent une nouvelle cure est nécessaire. La posologie est de 400 à 1200mg/jour. A l'heure actuelle, aucune donnée ne permet de démontrer l'efficacité de la  $\beta$ -alanine. Les effets indésirables se limitent à de possibles paresthésies de l'extrémité des doigts apparaissant dans les 45 minutes suivant la prise. Ce médicament a été déremboursé en 2011 après réévaluation du service médical rendu par la Haute Autorité de Santé.

##### 3.2.1.2. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [16 ; 34 ; 35 ; 36]

Ils sont, en France, utilisés hors AMM dans l'indication des bouffées de chaleur. Leur utilisation est expliquée par leur action sur les systèmes mis en cause dans les bouffées de chaleur. La dilatation et la constriction des vaisseaux périphériques sont contrôlées par des signaux sérotoninergiques et noradrénergiques. La chute des taux de sérotonine engendrée en partie par la baisse des taux d'œstrogènes diminuerait l'expression de récepteurs 5HT1a qui ne peuvent plus exercer de rétrocontrôle négatif sur des récepteurs 5HT2a qui sont responsables d'une hyperthermie. Ces arguments appuient l'utilisation de ces inhibiteurs de la recapture de la sérotonine chez les femmes ménopausées dont les bouffées de chaleur impactent la qualité de vie. Sans compter qu'ils permettent également de pallier les troubles de l'humeur rencontrés fréquemment lors de cette période de la vie. Leur efficacité sur les bouffées de chaleur se situe entre 30 et 50% contre 13 à 28% sous placebo dans des études réalisées chez les femmes suivies pour un cancer du sein. De nombreuses molécules ont été étudiées, il semblerait que la paroxétine (Deroxat<sup>®</sup>) serait plus efficace que la fluoxétine (Prozac<sup>®</sup>) et le citalopram (Séropram<sup>®</sup>), quant à la sertraline (Zoloft<sup>®</sup>) les résultats des études sont discordants. Ils doivent être utilisés à la dose minimale efficace afin d'éviter les effets indésirables relativement importants pour cette

classe de médicaments : nausées, sécheresse buccale, céphalées, baisse de la libido, hypertension artérielle et syndrome malin des neuroleptiques.

### 3.2.1.3. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [16 ; 34 ; 35 ; 36]

C'est la venlafaxine (Effexor<sup>®</sup>) qui est en majorité utilisée. Après 4 semaines d'utilisation, la réduction du score des bouffées de chaleur est comprise entre 37% et 61% en fonction de la dose versus 27% pour le placebo. Les effets indésirables de cette classe sont les mêmes que pour les ISRS. Plus de 10 à 20% des femmes arrêtent ce genre de traitement car les effets indésirables sont trop gênants. Afin d'éviter ces troubles, le traitement doit être instauré de manière très progressive, tout comme leur arrêt.

### 3.2.1.4. Gabapentine (Neurontin<sup>®</sup>) [16 ; 34 ; 35 ; 36]

Il s'agit d'un antiépileptique apparenté au GABA, qui est un neurotransmetteur. Il est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et est utilisé hors AMM dans le traitement des bouffées de chaleur. Une utilisation à 900mg/jour pendant 12 semaines a démontré son efficacité sur les bouffées de chaleur en les diminuant de 45% contre 29% pour l'utilisation d'un placebo.

La noradrénaline abaisse les seuils de la zone de neutralité de la température corporelle, donc lors des décharges de noradrénaline les bouffées de chaleur peuvent apparaître plus facilement. La production et la libération de noradrénaline seraient en partie sous contrôle négatif des œstrogènes. Cette inhibition disparaît donc à la ménopause et explique les bouffées de chaleur. La Gabapentine diminue l'hyperactivité du système noradrénergique.

Les effets indésirables les plus fréquents sont : asthénie, somnolence, céphalées, ataxie, vertige, insomnie, paresthésies des extrémités, nausées, vomissements, prise de poids, agitation et irritabilité.

### 3.2.1.5. Clonidine [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36]

La clonidine est un antihypertenseur, agoniste  $\alpha$ -adrénergique d'action centrale qui n'est quasiment plus utilisé dans cette indication, seule pour laquelle il possède une AMM. Il a été testé sur les bouffées de chaleur sous une forme non commercialisée en France qu'est le patch dosé à 0.1mg/jour. Les résultats ont montré une efficacité de 37 à 45% de diminution des bouffées de chaleur par rapport à 20-27% sous placebo. Les effets

indésirables les plus importants sont une sécheresse buccale et une somnolence. Il ne doit être en aucun cas utilisé chez les patientes souffrant de bradycardie ou de bloc auriculo-ventriculaire.

### 3.2.2. Les troubles cutanés [22 ; 23 ; 24]

En tant que freinateur du vieillissement cutané physiologique chez la femme, le THM doit être associé aux autres mesures de prise en charge de l'atrophie et de la sécheresse cutanée, qu'elles soient médicales ou cosmétiques :

- Les alpha-hydroxyacides : ils permettent l'accélération du turn over cellulaire au niveau de l'épiderme et une augmentation du taux des glycoaminoglycanes, ainsi qu'une stimulation de la synthèse du collagène et des fibres élastiques au niveau du derme.
- Le rétinol : il augmente la prolifération épidermique, réduit le nombre de mélanosomes, stimule la production de collagène, de l'élastine et de la fibronectine, il augmente le taux des glycoaminoglycanes et le nombre des cellules de Langerhans (cellule présentatrice d'antigène qui renforce les défenses immunitaires au niveau cutané), de plus il diminue l'activité de la collagénase.
- Le rétinaldéhyde ou acide hyaluronique fractionné : il montre une amélioration significative de l'éclat du teint, une diminution de la profondeur des rides avec une bonne tolérance. La nouvelle innovation est de pouvoir fractionner la molécule d'acide hyaluronique qui dans sa forme naturelle est beaucoup trop grosse pour pouvoir passer à travers la peau.
- La vitamine C exploitée sous sa forme lévogyre ou acide L ascorbique : Elle est photoprotectrice, anti-inflammatoire et anti-oxydante. Elle stimule la production de collagène.
- La niacinamide : molécule ayant des propriétés anti-oxydantes. Elle réduit la pigmentation et stimule la synthèse de néo-collagène.
- Le DMAE (diméthylaminoéthanol) : C'est un précurseur de l'acétylcholine, antioxydant, messenger hormonal, il améliore la cohésion cornéocytaire, l'hydratation et la vascularisation et stimule les récepteurs membranaires responsables de la contraction des myofibroblastes.

- L'acide folique ou vitamine B9 : il s'agit d'un coenzyme. Il augmente le taux de réparation des dégâts post-UV sur l'ADN.
- Les isoflavones : il a été démontré que ces derniers étaient capables d'action anti-radicalaire et que l'emploi de crème à base de phytoestrogènes favorisait la synthèse de collagène par les fibroblastes du derme et aurait une action dépigmentante. [25]

## b. Les traitements hormonaux

### 3.2.2.1. DHEA [2 ; 3 ; 54]

La DHEA ou déhydroépiandrostérone est une hormone sécrétée par les glandes surrénales et très accessoirement par les ovaires. Elle permet la fabrication indirecte des hormones mâles et femelles mais agit également sur le système nerveux, les défenses immunitaires et la libido. Elle protégerait la peau contre le vieillissement. Cependant, la production de DHEA diminue au cours du temps, à 40 ans le capital a diminué de 50% et à 75 ans il ne reste que 10% de sa valeur maximale. La DHEA a connu un succès éphémère comme hormone de jeunesse. Cependant, son efficacité n'a pas été prouvée. La DHEA de synthèse ne supprime ni les bouffées de chaleur ni les sueurs nocturnes. Elle est disponible en France depuis 2001, elle n'est pas considérée par l'ANSM comme un médicament, elle doit tout de même être prescrite par un médecin.

### 3.2.2.2. Tibolone (Livial®) [2 ; 3 ; 34 ; 35 ; 36]

Il s'agit d'un stéroïde à action sélective. Il possède deux métabolites qui ont des effets œstrogène-like. Il est utilisé pour traiter les troubles climatiques de la femme ménopausée. Grâce à son effet androgénique, il améliore la libido. A la différence du THM, il n'a pas d'effet oestrogénique sur le sein. Il permet de freiner la perte osseuse. Cependant, il possède les mêmes contre-indications que le THM. Il est peu prescrit dû à son risque d'accident vasculaire cérébral chez les sujets à risque. Sa posologie est de 2,5mg par jour soit un comprimé sans interruption. Il ne provoque pas de d'hémorragie de privation et ressemble donc à un schéma sans règle.

On peut en retenir que le Livial® sera préféré au THM si la femme présente une baisse de sa libido, des troubles de l'humeur, des risques thrombotiques, une pathologie mammaire bénigne oestrogéno-dépendante.

### 3.2.2.3. Le SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator) [55 ; 56]

Le médicament idéal en ce qui concerne la ménopause serait une molécule qui posséderait les effets bénéfiques du THM sur les troubles du climatère et au niveau osseux et cardiovasculaire, mais qui, a contrario de ce dernier, n'affecterait pas les tissus du sein et de l'utérus. Le Raloxifène se rapproche de cet idéal. Il s'agit là de la seule molécule de cette classe à avoir une AMM dans l'indication de l'ostéoporose avec risque de fracture vertébrale uniquement. Cette molécule est commercialisée sous le nom d'Optruma® et de d'Evista®.

Le raloxifène possède un effet agoniste sur les récepteurs à œstrogènes au niveau osseux et cardiovasculaire et un effet antagoniste sur ces mêmes récepteurs au niveau mammaire et endométrial. Il n'a par contre aucune action sur les troubles du climatère et multiplierait par 3 le risque de thrombose veineuse.

Ces données ont été découvertes après la constatation d'une prévention de la perte osseuse chez les patientes traitées par tamoxifène, molécule administrée dans le traitement du cancer du sein par voie orale et faisant partie de la famille des SERM.

Il peut être prescrit chez des femmes à risque de fracture vertébrale si elle ne présente aucun trouble climatérique. Il est contre-indiqué en cas d'antécédents personnels de cancer de l'endomètre et de thrombose veineuse.

## **3.3. Phytothérapie**

### 3.3.1. Les phyto-œstrogènes [57 ; 58 ; 62]

#### 3.3.1.1. Introduction

Des données épidémiologiques montrent que les cancers hormono-dépendants et l'ostéoporose ont une incidence moindre chez les populations asiatiques par rapport aux populations occidentales. De plus, les femmes asiatiques auraient moins de symptômes gênants au moment de la ménopause. Ces différences sont attribuées à leurs habitudes alimentaires et notamment à leur consommation importante de soja riche en phyto œstrogènes possédant des propriétés oestrogéniques et anti-oestrogéniques. Un certain

nombre d'études ont suggéré un effet des phyto-œstrogènes sur les symptômes de la ménopause, moins importants cependant que l'effet du THM.

Il s'agit donc de molécules d'origine végétale, ayant une structure assez proche de l'œstradiol de la femme, qui possèdent une affinité pour les récepteurs à œstrogènes.

Plus de 600 plantes possédant une activité oestrogénique ont été répertoriées. Cependant seulement quelques dizaines contiennent suffisamment de phyto-œstrogènes assimilables. Un rapport de l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail) ancienne Afssa (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) ayant pour but d'évaluer les conséquences de la consommation de phyto-œstrogènes en France et les risques encourus a permis de faire le tri parmi toutes ces plantes réputées pour avoir un effet oestrogénique. L'absorption des phyto-œstrogènes présente une forte variabilité interindividuelle, notamment au niveau intestinal. Pour devenir actif, les phyto-œstrogènes doivent être transformés par certaines bactéries intestinales que toute la population ne possède pas.

#### 3.3.1.2. Classification

Il existe plusieurs catégories de phyto-œstrogènes :

- Les isoflavones contenues essentiellement dans le soja mais aussi dans le thé
- Les lignanes, précurseurs de la progestérone retrouvés dans les céréales, les graines de lin, les fruits et le yam ou igname (plantes dont les tubercules sont comestibles)
- Les coumestanes retrouvées dans la luzerne

#### 3.3.1.3. Actions chez la femme

Les phyto-œstrogènes ont un effet positif sur les bouffées de chaleur, ils permettent de diminuer l'hypercholestérolémie et augmenteraient l'élasticité artérielle. Cependant, ils sont inefficaces sur les autres troubles climatériques comme la sécheresse vaginale, les insomnies ou les arthralgies. Ils n'ont aucun effet sur la perte osseuse post ménopausique. Ils n'ont pas d'effet reconnu sur les fonctions cognitives et sur les cancers du sein.

### 3.3.1.4. Plantes contenant des phyto-œstrogènes

- **Le soja** [58 ; 59 ; 60]

Dans le soja, c'est la classe des isoflavones qui est majoritairement présente. Ce dernier se démarque des autres plantes par la forte concentration en phyto-œstrogènes qu'il présente.

De nombreuses études montrent qu'une dose d'environ 70mg d'isoflavones réduit les bouffées de chaleur deux fois plus que le placebo. Cependant, certaines études montrent des résultats divergeant, ceci résulte de plusieurs facteurs :

- La grande hétérogénéité des femmes incluses ménopausées ou en péri ménopause, avec une symptomatologie plus ou moins sévère
- Une variabilité individuelle de la capacité à métaboliser les isoflavones
- La grande diversité des produits testés : farine de soja, isolat protéique de soja, extrait de soja...

Auteurs	Nombre de femmes	Isoflavones	Durée	Efficacité % de changement vs placebo
Albertazzi (1998) <sup>3</sup>	104	76 mg	12 semaines	OUI Baisse de 15 % des bouffées de chaleur p < 0,001
Upmalis (2000) <sup>13</sup>	177	50 mg	12 semaines	OUI Baisse sévérité des bouffées de chaleur p < 0,01
Quella (2000) <sup>14</sup>	177	150 mg	6 semaines	NON Baisse de 2 % des bouffées de chaleur non significative
St-Germain (2001) <sup>12</sup>	69	80 mg	24 semaines	NON Baisse de 4,7 % des bouffées de chaleur non significative
Han (2002) <sup>7</sup>	80	100 mg	16 semaines	OUI Baisse de 20 points de l'indice de Kupperman (p < 0,01)
DrapierFaure(2002) <sup>6</sup>	75	70 mg	16 semaines	OUI Baisse de 40 % des bouffées de chaleur p < 0,001
Nikander (2003) <sup>10</sup>	63	114 mg	12 semaines	NON Baisse de 0,2 % des bouffées de chaleur non significative
Crisafulli (2004) <sup>5</sup>	90	54 mg	52 semaines	OUI Baisse de 24 % des bouffées de chaleur p < 0,01

Tableau 10 : Etudes randomisées contre placebo testant des isoflavones de soja sur les bouffées de chaleur [60]

Les études épidémiologiques révèlent que des femmes japonaises qui consomment du soja régulièrement ont une densité osseuse supérieure à celle de femmes ne consommant pas de soja. Aucun essai clinique n'a constaté d'effet positif sur l'ostéoporose. Seule une étude chez la rate ayant subi une ablation des ovaires à montrer que celles qui avaient

reçu des isoflavones ont une masse et une densité osseuse supérieure à celles des rates non traitées.

Plusieurs raisons expliquent le succès de cette plante :

- Les risques possibles du THM mis en lumière par l'étude WHI sur les maladies cardiovasculaires et les cancers du sein
- La médiatisation des bienfaits du régime alimentaire des asiatiques
- L'origine naturelle du soja
- La vente libre de ces produits ce qui en facilite l'accès, en effet de nombreux compléments alimentaires à destination des femmes ménopausées contiennent du soja.

Les phyto-œstrogènes peuvent être utiles pour réduire les bouffées de chaleur. L'engouement face à ses nouveaux produits pouvant potentiellement remplacer le traitement hormonal de la ménopause a été relativisé par de nombreuses études effectuées sur ce sujet. Selon un rapport de l'Afssa (nouvellement ANSES), les phytoœstrogènes sont dépourvus de toxicité générale. Cependant, certaines études réalisées sur des modèles animaux et in vitro montrent qu'ils peuvent être génotoxiques ou carcinogènes. L'Afssa a donc retenu une limite de 1mg/kg/j pour laquelle la consommation de soja ne présente aucun danger. En 2007, Nishio et al. arrivent à la conclusion tout en prenant en compte tous les facteurs alimentaires souvent oubliés dans d'autres études qu'il n'y a pas de réduction significative du risque de cancer associé à la consommation de soja. Par contre, des études in vitro montrent que la génistéine (isoflavone retrouvée dans le soja et d'autres plantes) augmentent la prolifération des cellules cancéreuses du sein et favorise la croissance des tumeurs mammaires dépendantes des oestrogènes chez la rate ovariectomisée (Helferich et al., 2008 ; Taylor et al., 2009).

- **Le houblon**, *Humulus lupulus*, Cannabinacées [61]

Cette plante possède des propriétés sédatives et relaxantes. Ses inflorescences femelles aussi appelées cônes contiennent un composé actif, le 8-prenylaringénine, qui possède une activité oestrogénique.

Il est utilisé en infusion 2,5 à 5 grammes pour respectivement  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  litre d'eau à boire par jour. On peut aussi le trouver en gélules, en teinture mère, en ampoules ou en extrait fluide.

- **Le trèfle rouge**, *Trifolium pratense*, Fabacées [58]

Il renferme des isoflavones. Même si il est traditionnellement utilisé pour la diminution des symptômes de la ménopause et notamment les bouffées de chaleur, les essais cliniques réalisés à son sujet ont montré des résultats contradictoires, soit une amélioration des symptômes soit aucune différence avec le groupe placebo.

- **La sauge** *Salvia officinalis*, Lamiacées [58]

Plante qui possède des propriétés antimicrobienne, anti-inflammatoire, antispasmodique et pour ce qui concerne la ménopause une propriété anti transpirante. Son action a été démontrée lors d'études chez l'animal et chez l'homme, 4,5 grammes ont été administrées en infusion à des patients ayant une sudation excessive pendant 30 jours. La sauge a permis de diminuer de moitié la transpiration des sujets.

- **Les autres plantes** [58]

D'autres plantes ont démontré une action oestrogénique : le fenouil, la graine de lin, le kudzu, la racine de réglisse, la luzerne. Tandis que d'autres n'ont pas été classées par l'Afssa comme plante ayant un effet oestrogénique avérée mais bénéficient de l'usage thérapeutique traditionnel : la racine d'angélique chinoise, le cimicifuga, le ginseng et les polygonums.

## Conclusion

Il est important de déconseiller les phyto-oestrogènes chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein. De plus, les phyto-oestrogènes sont absolument contre indiqués en cas de prise par la patiente de tamoxifène car ils pourraient diminuer son efficacité.

Les résultats des études épidémiologiques sont encore très hétérogènes et ne permettent pas de conclure à un effet néfaste ou bien protecteur des phyto-oestrogènes.

#### 3.3.1.5. Asthénie [58]

De nombreuses plantes peuvent être conseillées en cas de fatigue de la femme ménopausée : Acérola, bacopa, gingko, ginseng, éleuthérocoque, spiruline et gelée royale. Cette liste n'est pas exhaustive et ces plantes ne sont pas spécifiques de la ménopause.

#### 3.3.1.6. Troubles de l'humeur et du sommeil [58]

- **Aubépine**, *Crataegus*, Rosacées

Cette plante est indiquée en premier lieu comme sédatif cardiaque mais elle présenterait une activité sédatrice générale également. Elle peut donc être conseillée dans les troubles du sommeil. L'effet sédatif serait dû aux propriétés anxiolytiques de cette plante.

- **Ballote**, *Ballota nigra*, Lamiacées

Elle peut également être utilisée en cas de troubles de l'humeur et d'anxiété par ses propriétés anxiolytiques et antidépressives. Elle est particulièrement utilisée chez les femmes en période de ménopause en cas de nervosité et d'angoisse.

- **Coquelicot**, *Papaver rhoeas*, Papaveracées

Par son action sédatrice, le pétale de coquelicot contenant des alcaloïdes permet de diminuer la nervosité excessive, l'anxiété et l'émotivité.

- **Escholtzia**, *Escholtzia californica*, Papavéracées

Par son action anxiolytique, cette plante est indiquée dans les troubles de l'humeur et dans l'anxiété.

- **Houblon**, *Humulus lupulus*, Cannabinacées

Le Houblon est indiqué contre les bouffées de chaleur, contre les troubles du sommeil mais il présente également des propriétés relaxantes en améliorant l'état nerveux, anxieux et en régularisant l'humeur des personnes dépressives.

- **Mélisse**, *Melissa officinalis*, Lamiacées

Certains constituants contenus dans les feuilles de la mélisse confèrent à la plante des propriétés qui lui permettent d'améliorer le sommeil, de diminuer l'anxiété et d'améliorer l'humeur.

- **Millepertuis**, *Hypericum perforatum*, Hypericacées

Cette plante est la plante antidépressive par excellence. Son utilisation doit toutefois être limitée car c'est un inducteur enzymatique puissant qui peut diminuer les effets de certains traitements médicamenteux. Les principes actifs contenus dans les sommités fleuries agissent sur les neuromédiateurs régulateurs de l'humeur. Il a une efficacité démontrée sur les dépressions légères à modérées.

- **Rhodiola**, *Rhodiola rosea*, Crassulacées

Un extrait de cette plante aurait des propriétés inhibitrices des Monoamines Oxydases A et B. Cela se manifeste par des propriétés anxiolytiques et antidépressives. Elle est surtout indiquée en cas de stress occasionnel et de tension nerveuse.

- **Valériane**, *Valeriana officinalis*, Valérianacées

Utilisée dans les troubles du sommeil, la Valériane a également des propriétés relaxantes en réduisant notamment l'agitation due au stress et en améliorant l'humeur et la concentration.

- **Passiflore**, *Passiflora incarnata*, Passifloracées

La Passiflore est indiquée dans les troubles de l'humeur. Elle peut être conseillée pour instaurer un sevrage aux benzodiazépines en association avec l'Aubépine.

#### 3.3.1.7. Arthralgie [58]

- **Harpagophytum**, *Harpagophytum procumbens*, Pédalicées

L'Harpagophytum est la principale plante indiquée dans les douleurs articulaires et musculaires. Ses racines sont riches en harpagoside et procumbine qui ont une action anti-inflammatoire. Par son action différente des AINS, elle ne provoque pas d'effets indésirables au niveau de l'estomac. Elle permet d'améliorer le confort articulaire et

musculaire. Il est donc possible de conseiller cette plante chez les patientes se plaignant de ce type de douleurs lors de la ménopause.

- **Cassis**, *Ribes nigrum*, Grossulariacées

Cette plante présente une action antirhumatismale et anti-inflammatoire grâce aux flavonoïdes contenus dans les feuilles. Le cassis présente une activité intéressante lors des manifestations articulaires douloureuses.

- **Prêle**, *Equisetum arvense*, Equicétacées

La Prêle est réputée surtout pour sa teneur en minéraux dont le silicium. Pour cela, l'utilisation de la partie aérienne stérile de la plante permet la stimulation de la synthèse du collagène des cartilages. Elle améliore les douleurs articulaires et peut donc être conseillée chez les patientes ménopausées.

- **Eleuthérocoque**, *Eleutherococcus senticosus*, Araliacées

Par ses propriétés au niveau musculaire, elle permet une augmentation de la vitesse d'exécution d'un effort et de la vitesse de récupération. Elle peut donc être conseillée ici chez les patientes se plaignant de douleurs musculaires.

### **3.4. Homéopathie** [65 ; 66]

Qu'il s'agisse de granules ou de globules, les médicaments homéopathiques doivent être pris à distance des repas, du dentifrice s'il contient de la menthe, du café et du tabac. Il n'y a aucune contre-indication à l'homéopathie. L'homéopathie agit aussi bien sur l'aspect physiologique du mal que sur les conditions psychologiques qui l'ont favorisé ou qui en découlent. Pour être réellement efficace, un traitement homéopathique doit être parfaitement adapté au patient et doit être établi ou adapté par un spécialiste. Voici une liste de souches homéopathiques de base concernant la ménopause.

<b>Les souches homéopathiques utilisables lors de la ménopause</b>	
<b>Folliculinum et/ou Lutéinum</b>	Symptômes découlant du manque d'œstrogènes : <ul style="list-style-type: none"><li>• Douleurs des seins</li><li>• Règles abondantes en début de ménopause</li></ul>
<b>Sepia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Etat dépressif, mélancolie, goût pour la solitude</li><li>• Bouffées de chaleur partant du ventre avec sensation de faiblesse</li><li>• Pesanteur dans le bas ventre</li><li>• Sécheresse vaginale</li><li>• Frilosité</li></ul> (NB : les femmes de type Sépia sont souvent brunes et minces)
<b>Graphites</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tristesse et apathie</li><li>• Bouffées de chaleur avec visage congestionné</li><li>• Chute de cheveux</li><li>• Sécheresse de la peau</li></ul>
<b>Lachesis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alternance de moments d'excitation et de dépression</li><li>• Endormissement difficile, angoisses nocturnes, fatigue</li></ul>

	<p>au réveil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bouffées de chaleur avec palpitations et visage congestionné</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Troubles aggravés par la chaleur</li> </ul>
<b>Sulfur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension</li> <li>• Bouffées de chaleur atténuées par le grand air et aggravés par la chaleur</li> <li>• Douleurs articulaires dans les mains</li> <li>• Symptômes aggravés par la chaleur du lit</li> </ul> <p>(NB : les femmes de type Sulfur sont généralement actives et optimistes)</p>
<b>Thuja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquiétudes, idées obsédantes</li> <li>• Prise de poids au niveau de l'abdomen, des hanches et des fesses avec gonflements</li> <li>• Chute des cheveux</li> <li>• Transpiration malodorante</li> </ul> <p>(NB : les femmes de type Thuja ont souvent le bassin large et les jambes minces)</p>
<b>Actaea racemosa ou Cimifuga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles irrégulières et douloureuses en péri-ménopause</li> <li>• Douleurs musculaires</li> </ul>
<b>Alumina</b>	Sécheresse vaginale
<b>Sanguinaria canadensis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécheresse vaginale</li> <li>• Bouffées de chaleur</li> <li>• Maux de tête revenant régulièrement</li> </ul>
<b>Staphysagria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cystites déclenchées par les rapports sexuels</li> </ul>

<b>ou Causticum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinence urinaire</li> </ul>
<b>China</b>	Fatigue
<b>Phosphoricum acidum ou Selenium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande fatigue</li> <li>• Chute des cheveux</li> </ul>
<b>Kalium carbonicum</b>	Douleurs dorsales apparues à la ménopause

*Tableau 11 : Principales souches pouvant être utilisées dans la ménopause.*

Voici quelques exemples de prise en charge homéopathique d'une femme ménopausée souffrant de bouffées de chaleur à la pharmacie.

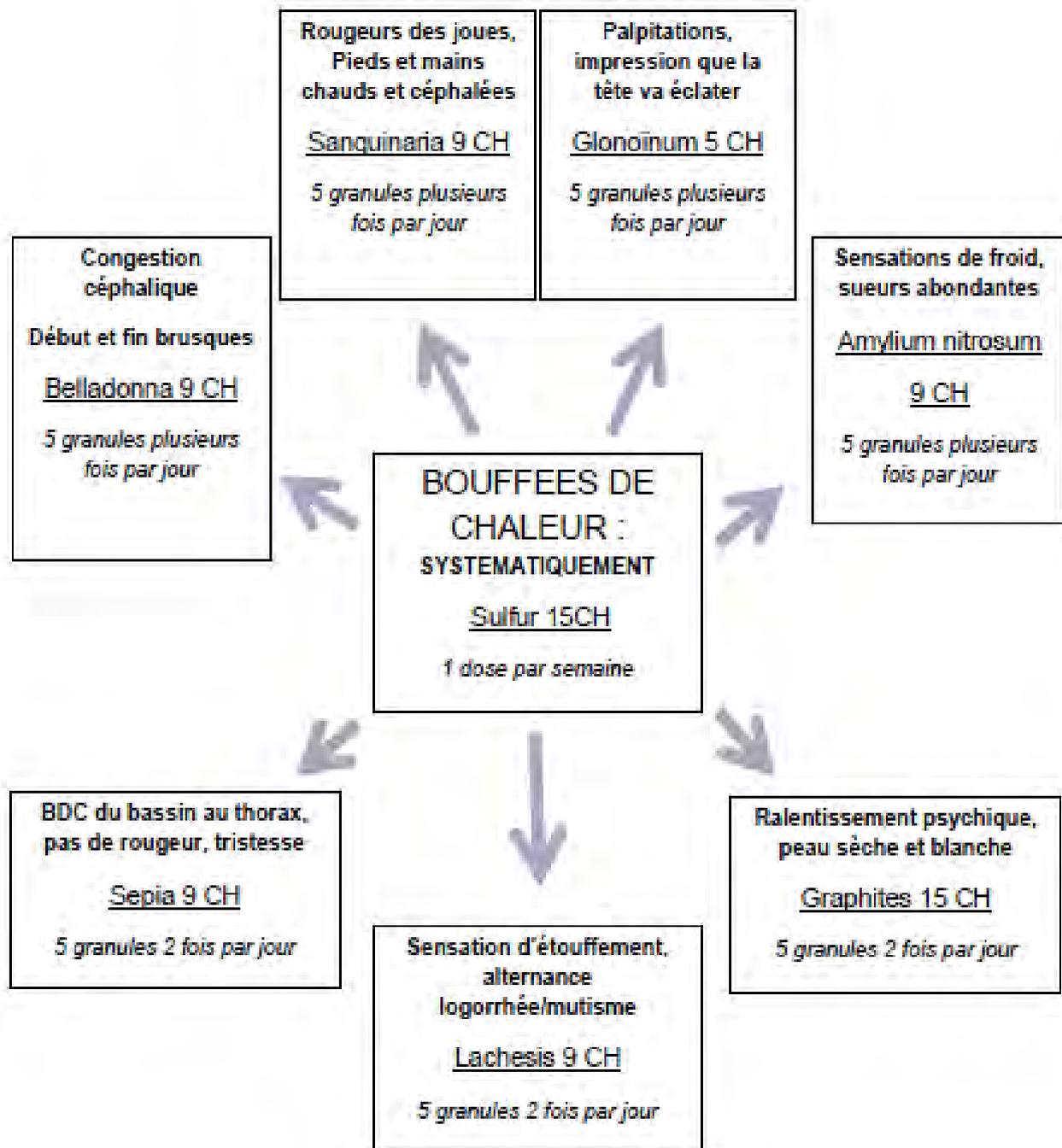


Tableau 12 : Aide à la prise en charge homéopathique de la femme ménopausée à l'officine, principales souches utilisées pour la ménopause.

# Partie 2. LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES.

## 1. INTRODUCTION [68-69-70]

En 2000, la France avait le meilleur système de santé du monde selon l’OMS. Mais depuis plus de 10 ans, elle ne fait que chuter dans le classement, pour se retrouver en 19ème position selon le rapport Bloomberg en 2009. Alors pourquoi le système de santé français a-t-il autant chuté dans les classements ?

Une des raisons expliquant ce déclin est que les critères d’évaluation ont été modifiés. En effet, si auparavant, on ne tenait compte que de la qualité des soins dispensés, les choses ont changées. Les critères tiennent maintenant compte des dépenses allouées au système de santé, corrélées à l’amélioration du niveau de santé des populations. Les dépenses de santé ont augmentées depuis 2000 de 6.3% et le déficit de la sécurité sociale était de 16.2 milliards en 2013 et tout ça sans amélioration de l’état de santé des français.

Tout n’est pas qu’une question de finances. L’organisation sanitaire est également en péril.

Il est de plus en plus difficile au patient d’accéder au système de soins. On observe l’apparition de déserts médicaux dans certaines régions. En effet, la spécialisation des nouveaux médecins réduit le nombre de médecins généralistes. De plus, la liberté d’installation des généralistes fait qu’ils préfèrent exercer en ville ou se regrouper en association, ce qui conduit à des difficultés d’accès au soin pour certaines personnes ou encore à une augmentation du coût de transport. Les français souffrent de plus en plus de maladies chroniques telles que l’hypertension artérielle, les diabètes, la BPCO, l’asthme ou autres. Ces pathologies entraînent une prise en charge lourde en termes de coût. L’augmentation de l’obésité notamment chez les enfants pose et va poser des problèmes de santé publique dans un futur proche.

Il va falloir également prendre en compte le vieillissement de la population car celle-ci va radicalement modifier la répartition des dépenses de santé. En France, au 1<sup>er</sup> Janvier 2013, les plus de 65 ans représentaient 17.5% de la population, ils devraient représenter 24% en 2035. Le système devra alors faire face à l’augmentation des pathologies chroniques et des maladies dégénératives comme la maladie d’Alzheimer qui n’a pas

encore de traitement curatif. Il faudra se confronter à l'évolution des français, à leur accès aux nouvelles technologies qui les renseignent sur les offres possibles de soins et qui augmentera leur niveau d'exigence.

La loi relative à la réforme de l'hôpital concernant le patient, la santé et les territoires mieux connue sous le nom de loi HPST va permettre une réorganisation sanitaire. L'objectif de cette loi est de réformer en profondeur notre système de santé en passant par la régulation de la démographie médicale.

Le pharmacien est au cœur de cette nouvelle loi. Il doit retrouver sa place d'acteur de santé en tant qu'expert du médicament grâce à son professionnalisme, sa disponibilité et son accessibilité.

## **2. LA LOI HPST [71-72-73-74-75]**

Elaborée en 2009, elle est adoptée en juin 2009 et paraît au journal officiel le 22 juillet de la même année. Elle est le fruit d'un long processus d'échange, de concertations et de débats. Elle repose en partie sur le rapport Larcher portant sur la réforme hospitalière. Il ne s'agit pas d'une loi de financement mais d'une réorganisation sanitaire. Son objectif est de mettre en place une offre de soin graduée, de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Elle comprend 4 objectifs principaux :

- La répartition des médecins et l'accès aux soins de ville
- Des mesures de santé publique et prévention
- Création des agences régionales de santé
- Création de communautés hospitalières de territoire

### **a. Répartition des médecins et accès au soin de ville**

Face à l'inégale répartition des professionnels de santé, la réforme veut repeupler les déserts médicaux tout ceci dans le respect de la liberté d'installation des médecins. Les médecins généralistes se voient attribuer de nouvelles missions parmi lesquelles participer à des actions de prévention et de dépistage, accueillir et former des stagiaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles universitaires, orienter le patients dans le système de soins ou encore assurer

la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé. L'assuré sera aussi lui-même concerné. Il devra participer financièrement à ses soins s'il n'a pas choisi de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans prescription. C'est dans cette partie que le rôle du pharmacien est nouvellement défini.

### **b. Mesures de santé publique et de prévention**

Les textes prévoient, entre autres, l'interdiction totale de la vente d'alcool aux mineurs mais aussi une extension du rôle des sages-femmes pour un meilleur accès au soin, un meilleur suivi gynécologique des femmes ainsi qu'une maîtrise de la fécondité améliorée. Les infirmiers peuvent renouveler des ordonnances de contraceptifs et les pharmaciens ont la possibilité de délivrer des contraceptifs oraux. Le terme d'éducation thérapeutique fait son apparition à ce niveau.

### **c. Création des agences régionales de santé**

Les ARS sont appelées à coordonner les hôpitaux, la médecine de ville (généralistes et spécialistes) et le secteur médico-social comme les maisons de retraite par exemple. Cette réunification de plusieurs organismes de santé publique au niveau régional et départemental permet une approche globale de la santé, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie. Elles définissent des territoires de santé afin de fournir une offre de soin plus homogène.

### **d. Création de communautés hospitalières de territoire**

Ces communautés vont permettre aux hôpitaux de mettre en œuvre une stratégie commune et notamment d'élaborer un projet médical commun et de gérer en commun des fonctions et des activités toujours dans l'objectif d'améliorer la performance des établissements de santé et d'accroître la qualité et la sécurité des soins qu'ils dispensent.

### **3. PLACE DU PHARMACIEN DANS LA LOI HPST [76-77-78-79]**

En 2008, le rapport de la Commission pour la libération de la croissance française sous la présidence de Jacques Attali, visait directement les pharmaciens. Le rapport prévoyait une suppression du numerus clausus qui clôture la première année de pharmacie, la limitation du monopole aux médicaments vendus sur ordonnance, l'ouverture du capital des officines à d'autres personnes que des titulaires d'un diplôme en pharmacie et la levée des restrictions concernant la publicité sur des médicaments.

Plus récemment, en 2014, un rapport de l'inspection générale des finances prévoient l'évolution de la pharmacie par une suppression du monopole pour les médicaments à prescription facultative ou sans prescription. Parmi les autres recommandations, on retrouve la fin du numerus clausus pour les étudiants en pharmacie, l'ouverture du capital des officines à des investisseurs extérieurs ainsi que la liberté totale d'installation pour les pharmaciens. Même si ces dispositions ne sont pas encore mises en application, elles tendent à décrédibiliser les pharmaciens. Il est vrai qu'il s'agit d'une profession à double facette, d'un côté le professionnel de santé dispensant les médicaments et les conseils, de l'autre une partie plus commerciale afin de maintenir son entreprise dans la meilleure dynamique économique possible. Toutes ces attaques ne feront que risquer que l'on confonde notre métier avec celui d'épicier.

La loi HPST permet de remettre le pharmacien dans son rôle d'acteur de santé. En effet, de nouvelles missions vont lui être confiées, il reprend enfin sa place de professionnel de santé. En tant que spécialiste du médicament et grâce à son accessibilité et à sa disponibilité, il prend un place importante dans la réforme. Il va permettre d'assurer la continuité des soins car la loi favorise la communication entre la ville et l'hôpital. Le pharmacien peut devenir le pilier de cette relation.

De nouvelles missions vont lui être confiées :

- Contribution aux soins de premiers recours : le pharmacien aura un rôle de diagnostic, de dépistage, d'orientation des patients dans le parcours de soins, de conseils, de traitement, de suivi, de dispensation, d'éducation thérapeutique, d'administration et de prévention
- Coopération entre professionnels de santé : par sa proximité, le pharmacien est en général le premier professionnel de santé que le patient consulte à sa sortie

d'hôpital. On voit là l'intérêt d'une meilleure communication entre les praticiens hospitaliers qu'ils soient médecins ou pharmaciens dans l'intérêt du patient.

- Mission de service public dans la permanence des soins : le pharmacien s'engage à une continuité des soins grâce au système des gardes. Si pour les médecins, ces gardes sont basées sur le volontariat, pour les officines elles sont imposées. Ces gardes existaient bien avant la loi HPST, mais dorénavant elles concernent tous les acteurs de santé.
- Action de veille et de protection sanitaire : les pharmaciens se doivent de participer aux actions entreprises par les autorités de santé.
- Participation à l'éducation thérapeutique des patients et aux actions d'accompagnement de patients (mise en place des entretiens pharmaceutiques)
- Pharmacien référent pour un EHPAD : il intervient au sein d'une équipe pluri disciplinaire et apporte toute son expertise dans le domaine du médicament et du dispositif médical. Il permet d'assurer une dispensation médicamenteuse sécurisée au sein de l'EHPAD.
- Renouvellement périodique des traitements chroniques, ajustement des posologies, réalisation de bilan de médication avec accord du médecin traitant.
- Proposition de conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Les entretiens pharmaceutiques prennent leur place dans les deux dernières missions.

Les pharmaciens possèdent de nombreux atouts pour répondre à ces nouvelles missions.

- Leur proximité géographique (23000 pharmacies sur l'ensemble du territoire)
- Leur accessibilité et leur disponibilité sur de longues plages horaires ;
- Leurs contacts fréquents avec le public : 4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines ;
- Leur connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux, profil psychologique ...)
- Une relation de confiance instaurée avec le patient dans la durée avec une personnalisation du dialogue ;

- Leur crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé (*Etude Ipsos Santé "Les français et leur pharmacien", janvier 2008 ; Enquête Vision Critical "Image et attachement des français à la profession de pharmacien", novembre 2009*);
- Leur formation à la fois scientifique et professionnelle.

Cependant, tout n'est pas encore gagné. Reste à savoir si le corps médical va accepter d'intégrer les pharmaciens. En effet, un certain corporatisme existe chez ces deux professions ce qui peut être un frein à la mise en place d'une coopération nécessaire pour la prise en charge des patients. De plus, les pôles de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires excluent les pharmaciens la plupart du temps. Tous ces arguments montrent la difficulté d'application et de développement des nouvelles missions confiées.

Les pharmaciens doivent s'imposer, forts de leur formation et de leur expérience, pour réaliser et prendre en main leur nouvelles missions. Une de celles-ci est déjà mise en place et va se développer dans un futur proche. Il s'agit des entretiens pharmaceutiques prenant part à l'éducation thérapeutique du patient.

## **4. LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES** [79-80-81-82-83-84-85-86]

### **a. Introduction**

Les missions d'éducation thérapeutique des patients sont régies par l'ARS. Selon l'OMS, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur quotidien avec une maladie chronique. L'ETP a pour but de renforcer les capacités de prise en charge et les connaissances du patient et parfois même de son entourage sur la maladie. Le patient devient à son tour un acteur de santé afin d'acquérir plus d'autonomie et une qualité de vie acceptable par lui.

L'ETP fait ainsi appel à la médecine, à la pédagogie de la santé et aux sciences humaines et sociales (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie, etc.). C'est une démarche éducative pluridisciplinaire qui repose sur une approche structurée, des activités organisées, elle s'inscrit de façon permanente dans la prise en charge du patient.

Le pharmacien, quant à lui, réalisera des entretiens pharmaceutiques. Il ne s'agit pas d'un programme d'éducation thérapeutique à proprement parler car celui-ci est avant tout pluridisciplinaire mais d'un dispositif de suivi et de compréhension du traitement par le

patient. Il permet de promouvoir la qualité de la dispensation et valorise l'engagement des officinaux dans des missions de santé publique.

L'arrêté du 4 mai 2012 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladies fixe les modalités de mise en œuvre des premiers entretiens pharmaceutiques.

Ces entretiens réalisés en pharmacie sont basés sur un principe : « le bon usage du médicaments est favorisé par la précision et la pertinence des informations et des recommandations qui sont dispensés au malade ». L'objectif de ce dispositif d'accompagnement par le pharmacien est, selon l'assurance maladie, de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation des traitements. Le pharmacien s'engage via les entretiens à :

- Renforcer les rôles de conseils, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients.
- Valoriser son expertise sur le médicament.
- Evaluer les connaissances par le patient de son traitement.
- Rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement.
- Evaluer à terme l'appropriation par le patient de son traitement.

Le pharmacien doit assurer la confidentialité des entretiens. Il doit recevoir le consentement éclairé du patient sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement. Les entretiens pharmaceutiques sont une possibilité pour les pharmaciens et en aucun cas une obligation. Cependant, ils seront perçus comme une nouvelle compétence à acquérir dans l'évolution du métier de pharmacien.

L'avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique a été signé le 10 janvier 2013 entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines. Ce dernier met en place les conditions des premiers entretiens qui ciblent des patients sous traitement chronique par les anti-vitamines K. La prochaine étape concernera les patients asthmatiques. Dans l'espoir, qu'à terme, tous les thèmes pourront être abordés pour aider un maximum de patients.

## **b. Les obstacles**

Même si on peut ne voir que des avantages à ce dispositif d'accompagnement, certains obstacles pourront être au sein de l'officine. Afin d'être surpassés, un travail important devra être effectué.

### **1. Le patient**

Certaines barrières sont directement dressées par le patient lui-même. Elles peuvent être liées à de la timidité ou à l'angoisse d'avoir à faire face à un interrogatoire. Certains malades ne voient peut être pas l'intérêt d'un suivi par le pharmacien ou tout du moins le but de passer une demi-heure à discuter d'un traitement qu'ils prennent depuis plusieurs années. D'autres sont sans doute persuadés de tout savoir et ne se posent pas de question. A ce niveau, il est important pour le pharmacien de ne pas juger, mais de présenter les objectifs des entretiens pharmaceutiques et surtout de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un interrogatoire, il n'y a pas de note finale mais d'une simple discussion pour faire un point sur la maladie et le traitement. Le patient peut dire non, il est judicieux de leur laisser un numéro de téléphone au cas où il changerait d'avis ou s'il souhaite prendre rendez-vous de manière plus discrète.

### **2. Le pharmacien**

C'est avant tout par son attitude que le pharmacien peut faire barrage à cet accompagnement. Il faut savoir dépasser certaines illusions. Il n'est pas évident de se retrouver assis face à un patient et d'amorcer la discussion. Les habitudes sont bousculées. Il faut savoir instaurer un climat de confiance, utiliser un ton adéquat. Les entretiens pharmaceutiques ne reposent pas seulement sur des aspects techniques mais surtout sur une interactivité avec les malades. Il faut savoir être pédagogue, ces critères ne rentrent pas dans la formation initiale reçue par les pharmaciens. Même si la plupart allient connaissances pharmacologiques et contact avec la clientèle, certains sont plus à l'aise uniquement avec la technicité de la profession. La proposition d'un dispositif d'accompagnement devra être au préalable préparée par le biais d'une formation adéquate et ciblée.

### 3. Les relations pluridisciplinaires

Il y a, en France, un manque de relation entre les différents professionnels de santé. Les pharmaciens sont souvent mis à l'écart. L'exemple le plus évident est l'absence de communication entre les institutions de santé notamment les hôpitaux et les pharmaciens. Or ce sont ces derniers qui délivrent le conseil associé à la dispensation du traitement prescrit. Ces liens défailants entre ville et hôpital posent problème pour assurer la continuité des soins.

### 4. Environnement et gestion du temps

La principale difficulté est de trouver un espace pour recevoir les malades. En effet, les entretiens nécessitent une confidentialité absolue. Celle-ci doit être garantie au patient. Or la surface réduite des officines est un réel obstacle. Le bureau du pharmacien est un bon compromis, il doit bien sûr être adapté pour recevoir du public et faciliter l'écoute et la relation.

Le système actuel favorise plus la quantité d'ordonnance dispensée que la qualité relation patient-pharmacien. Les pharmaciens sont confrontés à une nécessité de rentabilité, pliés sous le poids d'une charge de travail administratif de plus en plus élevée. Dans ce contexte, il est particulièrement difficile de trouver du temps ou de libérer du personnel pour réaliser l'accompagnement des patients. Néanmoins, ils doivent tenter par tous les moyens d'éliminer cet obstacle. C'est la condition essentielle à l'avancement et à la reconnaissance de la profession.

#### **c. Les techniques**

Pour réussir un entretien pharmaceutique c'est-à-dire savoir *in fine* communiquer les bons renseignements aux patients, il faut connaître des techniques de communication reconnues efficaces pour établir une relation de confiance avec le malade. Ces techniques comportent plusieurs éléments :

- Savoir faire preuve d'empathie qui consiste en l'appréciation, la compréhension et l'acceptation de l'état émotif et du point de vue de l'autre : réflexion, validation, appui, partenariat, respect, soutien et valorisation du malade

- Favoriser les relances d'éléments exprimés par le patient pour l'aider à continuer à s'exprimer : reprendre les derniers mots qui viennent d'être prononcés, exprimer au patient sa propre perception à ce moment-là, clarifier les propos du patient, d'un objectif ou d'éléments évoqués lors de l'entretien.
- Pratiquer la reformulation du contenu : consiste à reprendre ce qui vient d'être dit par d'autres mots, en tentant de rester le plus précis et le plus complet possible
- Pratiquer la reformulation des émotions : consiste à reprendre l'émotion et le sentiment que la personne éprouve ou tente de s'exprimer à cet instant pour l'aider à se comprendre elle-même
- Laisser le temps au patient de s'exprimer, lui laisser la parole sans hausser la voix, sans couper la parole et sans parler à sa place ni finir ses phrases
- Avoir en tête un plan de l'entretien et savoir dès le début où l'on souhaite amener le patient, il faut contrôler l'entretien.
- L'information donnée doit être adaptée au patient, d'où l'importance de préparer son rendez-vous.
- Savoir s'appuyer sur des outils (images, jeux, appareils d'auto mesure, piluliers)

Il faut savoir également faire connaître ces entretiens pharmaceutiques. Il est possible de placer au sein de l'officine une affiche rappelant le dispositif d'accompagnement, son objectif et sa confidentialité.

Il est possible de remettre aux patients concernés des documents présentant le dispositif des entretiens pharmaceutiques.

#### **d. Les outils**

Le dispositif d'accompagnement des patients commence bien en amont des premiers entretiens. En premier lieu, il est nécessaire d'informer tous les patients de la mise en place de cette nouvelle mission du pharmacien car même si, pour l'instant, ils ne concernent que les patients sous traitements anticoagulants oraux, à l'avenir ils pourront être développés pour toutes les maladies chroniques. Plus les patients seront informés de l'existence de ce protocole d'accompagnement, plus il sera aisé de les mettre en place dans un futur proche pour d'autres pathologies.

Le pharmacien, au sein de son officine, doit établir une liste de ses patients éligibles à un entretien. Pour cela, il peut s'appuyer sur le dossier pharmaceutique. Ce dernier, crée en

2007, recense pour chaque patient muni de sa carte vitale qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien.

Il est préférable d'établir des rendez-vous. Il faut donc mettre en place des cartes à remettre au patient rappelant la date et l'heure de l'entretien ainsi que leur durée. Le pharmacien devra reporter ces rendez-vous dans son agenda.

L'Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé a mis au point un guide d'accompagnement des patients sous AVK, véritable référentiel à l'usage du pharmacien » ainsi qu'une fiche de suivi de l'entretien constituant un support d'échange avec le patient. (cf. annexe) Ces supports ont été diffusés par l'assurance maladie.

Le guide d'entretien est indispensable. Il s'agit d'un fil conducteur, il permet d'éviter les oublis. Il devra être archivé par le pharmacien pour être repris rapidement lors du second entretien et y noter le suivi du malade dans le futur.

Durant l'entretien, le pharmacien peut utiliser plusieurs supports tels que des jeux, des quizz, des images. L'implication du patient est essentielle car l'être humain retient 90% de ce qu'il dit en faisant quelque chose à laquelle il réfléchit. Il faut s'adapter aux capacités de chaque malade.

#### **e. La rémunération [87]**

Il appartient au pharmacien d'évaluer le niveau d'accompagnement nécessaire à chaque patient suivi. Cependant, la rémunération s'entend pour deux entretiens. Cette dernière est fixée à 40€ par patient. Tout protocole initié une année donnée sera payé au premier trimestre de l'année suivante. La rémunération ne pourra avoir lieu que si toutes les conditions sont remplies. Comme le prévoit l'article 28.1.3.3 de la convention nationale, afin d'être éligible au paiement, le pharmacien doit avoir réalisé au cours de l'année civile de référence au moins deux entretiens à l'exception des cas suivants :

- 1er entretien intervenant à compter du second semestre de l'année de référence (1er juillet), dès lors que l'adhésion intervient également à compter du second semestre (1er juillet) ;

- arrêt définitif du traitement par AVK (décès du patient ou changement de traitement impliquant un arrêt du traitement par AVK).

Dans ces deux derniers cas, le pharmacien sera quand même rémunéré même si il n'a réalisé qu'un seul entretien.

L'assurance maladie doit être tenue informée de l'adhésion du patient au système d'accompagnement ainsi que des dates des entretiens prévus.

L'adhésion du patient sera confirmée par la signature d'un formulaire d'inscription. Signé conjointement par la personne malade et le pharmacien, il prouve l'intégration du patient dans le protocole de suivi et l'engagement du professionnel de santé à assurer son accompagnement. Le bulletin d'adhésion rappelle à l'assuré que ce dispositif ne peut être réalisé qu'auprès d'une seule officine et affirme son consentement éclairé sur la possibilité d'un contact avec son médecin prescripteur. En ce qui concerne les premiers protocoles de suivi des patients sous anticoagulants oraux, un télé-service a été mis en place sur le site de l'assurance maladie ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)) à la rubrique « Espace Pro ». Ce système permet de procéder en ligne à l'adhésion du malade. Dans ce cas, le patient donne mandat au pharmacien de signer le bulletin en son nom. Ce dernier pouvant être à tout moment imprimé et remis au patient qui en fait la demande. Afin d'assurer un suivi optimal de ces dispositif d'accompagnement, les professionnels de santé ont tout intérêt à privilégier l'adhésion en ligne afin d'optimiser les échanges avec l'assurance maladie.

L'adhérent peut à tout moment sortir du dispositif de suivi. Le nombre de personnes susceptibles de participer à ces entretiens n'est pas plafonné, il n'y a pas de limites de patients.

Au cours de la prise de rendez-vous, le pharmacien se doit d'insister auprès des patients sur la nécessité d'amener avec eux, à chaque entretien, leur carnet de suivi et de s'assurer qu'ils possèdent un dossier pharmaceutique actif. La personne concernée ne peut suivre qu'une seule série d'entretien par année civile.

Le patient peut décider à tout moment de changer d'officine, cependant le pharmacien prenant la suite du protocole ne pourra toucher de rémunération.

## **f. Discussion**

Actuellement, la profession de pharmacien d'officine est en plein doute avec la possible remise en question du monopole et l'ouverture du capital. On assiste à une tentative de décrédibilisation du métier. Il s'agit donc de réorienter le travail du pharmacien en réalisant de nouvelles missions. Les pharmaciens doivent saisir l'occasion de réinventer le métier. La vente de médicament est la principale source de revenus pour le pharmacien, hors cette dernière est vouée à diminuer grandement dans les années futures. En effet, nous allons vers une diminution des prescriptions, certes nécessaire pour assurer la pérennité de notre système de santé, elle peut mettre en danger le métier de pharmacien et la santé de proximité. La profession devra rebondir et se servir de ces nouvelles rémunérations pour assurer la viabilité des entreprises. Ces dispositifs d'accompagnement amèneront une valeur ajoutée au métier de pharmacien ainsi qu'une revalorisation.

Assurément, il faudra faire preuve d'une bonne organisation pour gérer les rendez-vous et se consacrer pleinement aux entretiens. Ils nécessiteront des effectifs suffisants, la mise place d'espace de confidentialité. Il faudra donc du temps. Du temps il en faudra aussi pour s'assurer une bonne formation, elle devra être continue et approfondie. Il serait même peut être indispensable d'assurer à tous les pharmaciens la même formation sur les thèmes des entretiens, car pour l'instant aucune formation commune n'est obligatoire.

Ce protocole d'accompagnement engendrera la naissance d'une nouvelle approche dans la relation pharmacien-patient. Il faut les voir comme une opportunité de renforcer le conseil aux patients.

Ce qui ressort des premiers entretiens réalisés est que les patients semblent intéressés par ce protocole. Cependant, il semblerait que les lettres d'information envoyées par les caisses d'assurance maladie ne soient pas assez explicatives, il vaut mieux directement entrer en contact avec les patients au comptoir pour leur proposer ce suivi. La difficulté se trouve pour la prise du second rendez-vous car les patients pensent déjà tout avoir intégré lors du premier.

# **Partie 3. MISE EN PRATIQUE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE.**

## **1. INTRODUCTION**

La ménopause n'est pas une maladie. Il s'agit d'un état physiologique accompagné d'une carence oestrogénique qui, si elle n'est pas correctement suivie, peut mener à un état pathologique. Pour beaucoup de femmes, il s'agit d'un bouleversement. Même si les signes immédiats de la ménopause sont bien connus de tous (bouffées de chaleur, maux de tête, prise de poids), d'autres sont oubliés. Or ces derniers peuvent constituer un véritable danger comme l'ostéoporose qui sans traitement augmente le risque de fracture, ou encore les troubles cardio-vasculaires, fléau de la cinquantaine. Toutes les femmes ménopausées qu'elles soient sous traitement ou non nécessitent un suivi pour les accompagner et les aider à mieux gérer les troubles liés à ce changement.

Les femmes ménopausées peuvent être confrontées à de nombreux problèmes qui peuvent se révéler être des obstacles au bon suivi de leur traitement. Le premier d'entre eux est la difficulté de prise de rendez-vous rapide chez les médecins spécialistes de la femme. Elles peuvent se poser de nombreuses questions auxquelles les pharmaciens peuvent répondre. Grâce à ce dispositif, le pharmacien pourra devenir un référent dans plusieurs domaines et notamment dans celui de la ménopause afin de permettre aux femmes de passer ce cap qui peut être difficile.

Le protocole d'entretien pharmaceutique pourrait permettre aux femmes d'obtenir un meilleur suivi et d'être plus sereine face à leur traitement.

## 1. Avantages de la profession de pharmacien pour le suivi des femmes ménopausées

Outre toutes les qualités et les avantages démographiques et géographiques des pharmaciens précédemment cités, en ce qui concerne la ménopause leurs compétences appliquées aux médicaments font d'eux des interlocuteurs privilégiés pour permettre aux patientes de prendre des décisions éclairées. Ces entretiens peuvent être le lieu de discussions sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, de l'ostéoporose et de la gestion du poids qui peuvent être de véritables problèmes de santé chronique par la suite. Les pharmaciens possèdent des connaissances phytothérapeutiques et homéopathiques qui pourront être de précieux atouts pour aider les patientes et leur proposer des alternatives ou des méthodes supplémentaires à un traitement allopathique.

## 2. Obstacles au suivi de la femme ménopausée par le pharmacien

Ce dispositif d'accompagnement nécessite comme tous les autres thèmes abordés, un temps de préparation important, d'autant plus que de multiples questions peuvent concerner la ménopause. De plus, la ménopause comporte un fort aspect psychologique qui peut donner des difficultés au pharmacien. Comme les entretiens nécessitent une préparation importante, il faut savoir lutter contre l'envie de tout aborder en une seule séance. Les entrevues doivent être écourtées pour ne pas ennuyer les patientes et leur donner envie de revenir pour les entretiens suivants.

## **2. CONSTRUCTION D'UN ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE POUR LES FEMMES MENOPAUSEES**

### **a. Objectifs**

L'objectif principal est d'échanger avec la patiente afin d'apprécier son niveau de connaissance sur sa maladie, son traitement et ses éventuelles difficultés rencontrées au quotidien et de répondre aux différentes questions que les femmes en âge d'être ménopausées peuvent se poser. Au-delà des troubles physiques engendrés par la ménopause, cette partie de la vie de la femme est aussi difficile à franchir d'un point de

vue psychologique. Le seul fait de parler et d'expliquer permettra aux femmes de mieux vivre ce « passage ».

Ces entretiens pourront avoir des objectifs différents pour la patiente:

- Savoir s'exprimer sur sa ménopause, savoir l'expliquer, la définir et pouvoir en parler.
- Comprendre le passage qu'est la ménopause, les différentes thérapeutiques possibles et les conséquences de l'hypo-oestrogénie.
- Limiter sa prise de poids, lutter contre l'ostéoporose en contrôlant ses apports calciques et de vitamine D, pratiquer une activité sportive adaptée.
- Connaître les bénéfices et les risques des différents traitements des troubles liés à la ménopause.
- Gérer le traitement (oublis, effets indésirables, risques, prise), l'arrêt du tabac, les activités sportives, connaître l'exposition solaire nécessaire.
- Respecter les modalités de prise du traitement, gérer les rendez-vous (gynécologue, mammographie, généraliste, pharmacie), changer son mode de vie.
- Adapter son alimentation au nouveau contexte de vie, adapter son traitement aux changements (voyage), savoir choisir ses vêtements en cas de bouffées de chaleur.
- Contacter son médecin si des troubles réapparaissent.

Les thèmes traités lors des entretiens devront être choisis au cas par cas avec les patientes. Il sera nécessaire d'évaluer le niveau de connaissance de la personne en faisant preuve d'empathie. Il ne s'agira pas d'interroger la patiente sur ces compétences en matière de ménopause mais d'aborder subtilement certains points afin de savoir où la patiente se situe.

Pour cela, le pharmacien devra se former. Il pourra s'appuyer sur des outils pour savoir orienter les entretiens. Pour la ménopause, aucun support n'existe encore car elle ne fait pas partie des maladies chroniques susceptibles d'être prochainement abordées lors du dispositif des entretiens pharmaceutiques régit par l'assurance maladie. Cette thèse aura pour objectif de réaliser ce genre d'entretien dans l'hypothèse qu'un jour tous les thèmes pourront être sujet à un protocole de suivi.

## **b. Préparation**

### **1. Recrutement et sélection**

Une affiche peut être disposée au sein de la pharmacie et bien en vue de tous. Elle permettra de faire connaître au plus grand nombre l'existence des entretiens pharmaceutiques. *(Voir annexe 1)*

Le recrutement peut également s'effectuer par la recherche informatique des patientes qui sont sous traitement hormonal de la ménopause. L'équipe pharmaceutique peut ainsi établir une liste des femmes susceptibles d'être intéressées par le dispositif d'accompagnement pour la ménopause. Dans le but de ne pas se montrer trop insistant envers les patientes ou bien de le proposer à la personne, il est important d'intégrer un repère informatique sur toutes les fiches des patientes mentionnant la date ainsi que la réponse de la personne à qui l'entretien a été proposé.

Un questionnaire peut également être remis aux femmes ménopausées. Il peut être rapidement rempli à l'officine ou emporté par la patiente pour le remplir au calme chez elle. Elle pourra le rapporter quand elle le souhaite. Une fois étudié, le formulaire pourra orienter le pharmacien sur les thèmes à envisager pour l'entretien ou plus simplement de savoir s'il s'agit d'une bonne candidate au suivi. Pour le sujet de la ménopause, la sélection se portera sur des femmes de préférence sous traitement hormonal qui montrent des difficultés à le gérer, à gérer leur rendez-vous de suivi médical, qui ont de nombreuses craintes face à leur changement ou qui sont seules face à cette nouvelle étape de leur vie. *(Voir annexe 2)*

### **2. Travail en amont**

Une nouvelle organisation est de mise dès lors que l'officine décide d'entrer dans le dispositif des entretiens pharmaceutiques :

- L'équipe officinale doit être formée afin de recruter les personnes susceptibles d'être intéressées par le protocole de suivi
- Il faut désigner la ou les personnes qui s'occuperont des entretiens
- Les patientes sous traitement hormonal de la ménopause doivent être référencées sur un tableau. Sur ce dernier seront notés : les noms, si le questionnaire a été

distribué, si la proposition d'entretien a été faite, la réponse, si les entretiens ont commencé. (Voir annexe 3)

Ce dispositif permettra à toute l'équipe de savoir où le processus en est. Cette traçabilité évite de paraître trop insistant par omission envers une patiente qui aurait refusé les entretiens ou bien de suivre la patiente entre deux entretiens.

- La communication est un atout majeur au sein de la pharmacie pour que le processus d'entretien fonctionne. En effet, tous les membres de l'équipe doivent être au courant de ce qui se passe. Cela peut être fait, par exemple, lors d'une réunion.
- Deux formations seront nécessaires aux pharmaciens qui conduiront les entretiens. Tout d'abord, une formation générale sur ce qu'est un entretien et la bonne manière de le conduire. Il faut savoir débiter la conversation, se présenter, expliquer les objectifs, la durée et la fréquence de ces entretiens. L'autre formation concernera le thème des entrevues, c'est-à-dire dans notre cas la ménopause. Il est important d'actualiser les connaissances en la matière pour les pharmaciens qui effectueront les entretiens mais aussi pour toute l'équipe officinale. Un cahier de formation peut être mis à la disposition de tout le personnel pour pouvoir y revenir régulièrement.
- Un lieu privilégié doit être mis en place pour assurer le maximum de confidentialité. Il ne peut s'agir du comptoir. Une place à l'écart doit être choisie. Le bureau du pharmacien peut convenir ou même l'espace de confidentialité réservé à la prise des mesures à condition que celui-ci ne soit pas utilisé durant les rendez-vous. Il faudra y placer une table et deux ou trois chaises. Des chaises identiques seront préférables afin de ne pas établir une relation de dominant-dominé rien que par l'environnement, la conversation devra se faire d'égal à égal. La patiente ne doit pas avoir l'impression de subir un interrogatoire ou un examen. Elle doit se sentir libre de poser les questions qu'elle souhaite et de confier ses difficultés.

### 3. Prise de rendez vous

Il est important de prévoir des rendez-vous. En effet, la planification de ces entretiens possède de nombreux avantages. Tout d'abord, il permet au pharmacien d'anticiper, c'est-à-dire de pouvoir préparer l'entretien, revoir le dossier de la personne en amont, mais

aussi de pouvoir choisir le créneau horaire qui convient le mieux pour pouvoir se consacrer pleinement à l'entretien. En effet, il ne faut pas être dérangé, il faut donc un personnel suffisant pour s'occuper de la dispensation au comptoir en autonomie. Pour la patiente, la prise d'un rendez-vous permet de comprendre qu'il ne s'agit pas que d'un simple conseil divulgué au comptoir de l'officine, il lui laisse la possibilité de réunir tous les documents nécessaires pour un meilleur suivi et de préparer d'éventuelles questions qu'elle aurait à nous soumettre.

Il faut penser la veille de l'entretien à contacter la patiente pour lui rappeler le rendez-vous du lendemain, d'amener ses ordonnances et éventuellement ses dernières analyses sanguines.

### **c. Outils**

#### **1. Fiche de suivi et guide d'entretien**

Pour commencer un entretien et pour le mener à bien, il faut faire connaissance avec la patiente. Pour cela, il faut établir une fiche de suivi. Cette fiche de renseignement permettra d'orienter les entretiens par la suite. Il appartient au pharmacien d'évaluer le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre en fonction de la réceptivité de la patiente. Pour un meilleur recueil des informations, un guide d'entretien peut être utilisé. Il ne s'agit pas d'un questionnaire mais d'un support structuré pour l'entretien. Il est bien sûr adapté par le professionnel de santé aux spécificités de la maladie et aux patients concernés. Ce dernier reprend tous les thèmes abordés lors des entretiens. Il comprend des informations essentielles qui définissent la patiente. C'est un guide d'accompagnement reprenant toutes les difficultés rencontrées par la patiente ou par le pharmacien, toutes les notions générales à acquérir et l'appréciation de leurs acquisitions.

Ce guide doit aborder différentes dimensions afin de faire émerger la demande du patient, sa motivation, de savoir où il se situe par rapport à sa maladie, il permet une vue globale du soigné tout en le positionnant grâce à ses propres choix comme acteur du programme des entretiens.

Il sera utilisé lors des différents rendez-vous. Ce guide assure la fluidité de la conversation. Grâce à lui, une synthèse finale pourra être établie.

- Informations générales

Cette fiche de suivi prendra en compte des renseignements généraux sur la patiente. Cette partie peut être remplie à l'avance avec les informations que l'on connaît déjà et qui sont référencées dans le système informatique. Il s'agit du nom, du prénom, de l'âge, du poids et de la taille de la patiente.

### FICHE DE SUIVI PATIENT

*dans le cas de l'entretien pharmaceutique de la femme ménopausée*

- Nom :.....
- Prénom :.....
- Date de naissance :.....
- Téléphone : .....
- E-mail :.....
- Adresse :.....

	Date/Heure	Nom du pharmacien
Entretien 1		
Entretien 2		
Entretien 3		

Figure 3;1: Fiche de suivi patient

- Suivi médical

Qui suit la patiente ? Il faut référencer le nom du médecin généraliste, de son gynécologue mais aussi de son centre de mammographie habituel.

- Pathologies chroniques

Les antécédents de la patiente médicaux et chirurgicaux doivent être renseignés.

- Suivi biologique

La patiente doit fournir dans la mesure du possible ses analyses biologiques les plus récentes. Pour cela, il faut penser à le lui demander lors de la prise de rendez-vous.

- Habitudes de vie

Des questions sur les habitudes de vie doivent être posées. Tout devra être renseigné : activités professionnelles, physiques et sportives, tabac, alcool, loisirs. Elles permettront d’orienter le dialogue par la suite pour aider la femme à adopter de meilleures règles hygiéno-diététiques si cela est nécessaire.

- Traitements médicamenteux

La patiente devra également apporter ces différentes ordonnances. Il faudra s’assurer qu’elle possède un dossier pharmaceutique actif. Si ce n’est pas le cas, les avantages de ce système devront être rappelés à la personne et le dossier pharmaceutique activé au plus vite.

- Situation familiale :
- Enfants : ..... Nombre : ..... Age : .....
- Situation professionnelle (actif/non actif/retraité) :

Informations générales	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Poids			
Taille			
Traitement prescrit			
Autres médicaments			
Nom du médecin généraliste			
Nom du gynécologue			

## NOTIONS GENERALES SUR LA PATIENTE ET SON TRAITEMENT

- Depuis quand êtes-vous ménopausée ?  
.....
- Quel traitement prenez-vous ?  
.....
- Quels étaient les troubles dont vous souffriez ?  
.....
- Sur une échelle de 1 à 10, quel score attribueriez-vous à la souffrance engendrée par ces troubles (1 étant le plus faible et 10 le niveau le plus fort) ?  
.....
- Que savez-vous sur la ménopause ?  
.....
- Pouvez-vous en parler autour de vous ?  
.....
- Pensez-vous que la ménopause peut engendrer des problèmes de santé ?  
.....
- Vous considérez-vous comme bien entourée pour vivre votre ménopause ?  
.....

Figure 3 ;2: Fiche de suivi patient (suite)

Ces différentes questions et les réponses de la patiente doivent être notées et faire parties du guide d'entretien, elles permettront d'évaluer l'évolution des connaissances de la patiente et pourra être considéré comme une sorte de diagnostic éducatif, première étape d'un programme d'éducation thérapeutique. Les objectifs de ce diagnostic sont de percevoir les différents aspects de la vie et de la personnalité de la patiente, comprendre ce qu'elle comprend, savoir où elle se situe par rapport à sa ménopause et déterminer ses besoins et ses attentes. Ces questions pour mieux comprendre la patiente ne sont pas aussi poussées pour un programme d'entretiens pharmaceutiques que pour un programme d'éducation thérapeutique. Le pharmacien ne peut y consacrer une séance entière. Cependant, découvrir la femme ménopausée reste indispensable pour établir une relation de confiance et mener à bien les entretiens.

## 2. Exercices de compréhension

Les exercices de compréhension sont de préférence imagés afin d'apporter un maximum d'interactivité lors de l'entretien. Ils permettent, de manière ludique, d'évaluer le niveau de connaissance de la patiente au sujet de la ménopause et de son traitement. Les exercices

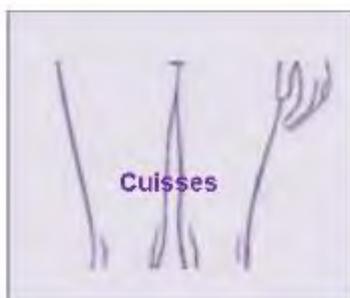
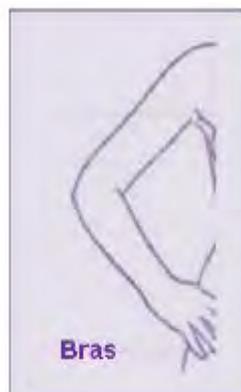
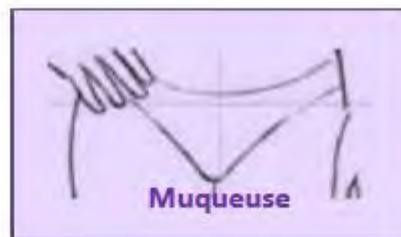
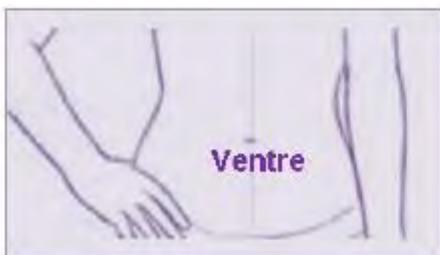
proposés ne sont que des exemples et doivent être adaptés au niveau de compétences que la patiente exige.

- **Quizz « vrai-faux »**

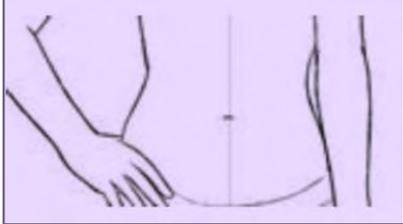
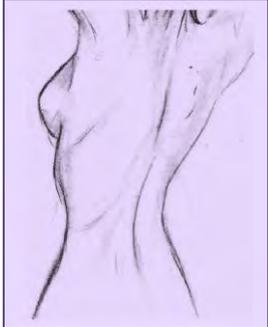
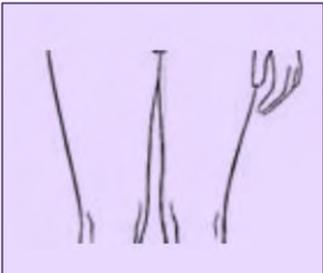
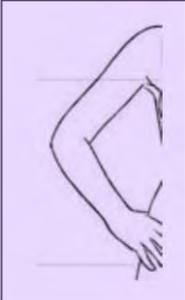
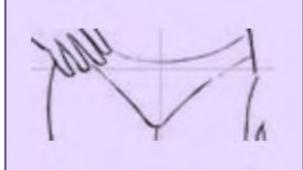
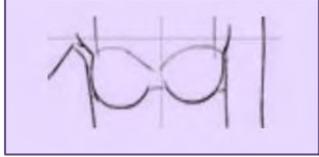
Ce questionnaire permet d'aborder tous les thèmes de la ménopause. Il apporte une vision globale de ce que la patiente connaît à ce sujet. Il orientera les futurs entretiens pour préciser certains points. (Voir annexe 4)

- **1<sup>er</sup> exemple d'exercice**

Consigne : Classer ces différentes images représentant des parties du corps en deux colonnes : zones d'application et zones à éviter pour l'application des gels faisant partie des traitements hormonaux de la ménopause.



Réponses du test :

<u>Zones d'applications recommandées</u>	<u>Zones à éviter</u>
   	 

▪ **2<sup>ème</sup> exemple d'exercice**

Consigne : Entourer les affirmations et les images qui vous paraissent exactes.

- Je prends mon traitement de Progestérone :

**Le matin**

**Le midi**

**Le soir**

**Au coucher**

**Pendant le  
repas**

**A distance des  
repas**

**Par voie  
orale**

**Par voie  
vaginale**

- En cas d'oubli :

**Je prends deux capsules  
le lendemain**

**Je ne fais rien, il n'y aura  
pas de conséquence**

- Les sports à pratiquer pour lutter contre l'ostéoporose sont :



Réponses :

- Je prends mon traitement de Progestérone

*Les traitements à base de progestérone doivent de préférence être pris le soir au coucher car ils peuvent entraîner une somnolence une à trois heures après la prise de la capsule. Pour une meilleure absorption, il doit être pris à distance des repas. Les capsules peuvent être ingérées soit par voie orale et si elles sont mal tolérées, elles peuvent être introduites par voie vaginale.*

- En cas d'oubli :

*Il n'y a aucune conséquence à ne pas prendre une fois son traitement hormonal, ce n'est pas une pilule contraceptive. Il ne faut pas doubler la dose.*

- Les sports à pratiquer pour lutter contre l'ostéoporose sont :

*Il est recommandé de pratiquer des sports non portés où le corps entre en contact avec le sol comme par exemple la course à pied ou la gymnastique. Bien sûr ces activités sont contre indiquées en cas d'arthrose. En plus de ces effets bénéfiques sur le remodelage osseux, le sport permet d'entretenir la musculature, les articulations et le tonus ce qui évite les chutes et permet de maintenir son poids de base.*

### 3. Calendrier de suivi

Nous proposons de créer un calendrier qui permettra à la patiente de gérer au mieux ses rendez-vous médicaux pour sa ménopause. Ce dernier sécurisera la patiente ménopausée face à son traitement hormonal. Dans le but de mieux organiser la vie de la personne et de lui faciliter les choses, l'agenda sera établi pour plusieurs années. Il sera discret et de petite taille afin d'être glissé dans le portefeuille des femmes. Le format choisi est donc celui d'une carte de fidélité, en 3 volets pour permettre de mettre le plus d'informations possibles. Les couleurs devront être douces et rappeler le thème de cette brochure car on ne peut pas explicitement écrire ménopause sur la première page. Nous le nommerons « mon calendrier » et utiliserons une teinte rose pastel.

A l'intérieur, on retrouvera le calendrier sur 5 ans où la femme pourra porter tous ses rendez-vous et les examens à effectuer.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>JANVIER</b>					
<b>FEVRIER</b>					
<b>MARS</b>					
<b>AVRIL</b>					
<b>MAI</b>					
<b>JUIN</b>					
<b>JUILLET</b>					
<b>AOUT</b>					
<b>SEPTEMBRE</b>					
<b>OCTOBRE</b>					
<b>NOVEMBRE</b>					
<b>DECEMBRE</b>					

Figure 3 ;3 : Calendrier sur 5 ans

Au dos, un encart réservé pour noter les différents intervenants professionnels de santé de la patiente et leur numéro de téléphone.

<b>MEDECIN</b>	<b>NOM</b>	<b>TEL</b>
Gynécologue	.....	.....
Généraliste	.....	.....
Centre de radiologie	.....	.....

Figure 3 ;4: Partie « Mes médecins »

A côté du calendrier, nous mettrons un mémo pour les différents examens et différentes visites à faire chez les médecins et le rythme auquel ils doivent être effectués.

<b>EXAMENS</b>	<b>FREQUENCE</b>
Clinique (renouvellement ordonnance)	6 mois
Gynécologique	1 an
Frottis	3 ans
Mammographie	2 ans
Bilan sanguin	1 an

Figure 3 ;5: Partie « Mes examens »

Toujours au dos du livret, une case sera réservée au traitement de la patiente et à sa posologie avec rappel des heures de prise. Nous allons rajouter une partie avec un bref rappel de ce qu'il faut faire en cas d'oubli, en prenant la précaution de rappeler qu'il faut demander conseils à son médecin ou son pharmacien.

<b>Mon traitement</b>	<b>Posologie</b>
.....	.....
.....	.....
<b><i>En cas d'oubli</i></b>	
Patch	Appliquer un nouveau patch dès que possible
Comprimé	Prendre le comprimé dans les 12 heures suivant l'heure habituelle de la prise. Si au-delà de 12 heures, ne pas prendre le comprimé oublié.
Gel	Le traitement doit être repris à la posologie prescrite, ne pas doubler la dose pour compenser
<p><i>Attention: les oublis peuvent provoquer la survenue de petits saignements</i></p> <p><i>En cas de problème consultez votre médecin ou votre pharmacien</i></p>	

Figure 3 ;6: Partie « Mon traitement »

Il y aura 6 feuillets dans cette brochure. Sur les 3 feuillets internes, on retrouvera le tableau des fréquences d'examen et le calendrier prendra place sur 2 feuillets. Au dos, on retrouvera une partie sur le traitement de la patiente qu'elle devra renseigner elle-même et l'encart avec les renseignements sur les médecins traitants de la patiente.

Voici un prototype du fascicule qui pourrait être remis aux patientes intéressées :

<i>Mes médecins</i>			<i>Mon agenda</i>					
MEDECIN	NOM	TEL		2014	2015	2016	2017	2018
Gynécologue	_____	_____	JANVIER					
			FEVRIER					
			MARS					
			AVRIL					
			MAI					
Généraliste	_____	_____	JUIN					
			JUILLET					
			AOUT					
Centre de radiologie	_____	_____	SEPTEMBRE					
			OCTOBRE					
			NOVEMBRE					
			DECEMBRE					

Figure 3 ;7: Face Recto du prototype « Calendrier de la ménopause »

<i>Mes examens</i>		<i>Mon traitement</i>	
EXAMENS	FREQUENCE	Mon traitement	Escalade
Clinique (renouvellement ordonnance)	6 mois	_____	_____
Gynécologique	1 an	<b>En cas d'oubli</b>	
Frottis	3 ans	Patch	Appliquer un nouveau patch dès que possible
Mammographie	2 ans	Comprimé	Prendre le comprimé dans les 12 heures suivant l'heure habituelle de la prise. Si au-delà de 12 heures, ne pas prendre le comprimé oublié.
Bilan sanguin	1 an	Gel	Le traitement doit être repris à la posologie prescrite, ne pas doubler la dose pour compenser
<small>Attention: les oublis peuvent provoquer la survenue de petits saignements En cas de problème consultez votre médecin ou votre pharmacien</small>			

*Pharmacie Centrale*  
00 00 00 00 00



*Mon Calendrier*

Figure 3 ;8: Face Verso du prototype « Calendrier de la ménopause »

#### 4. Fiche mémo

Afin de permettre à la patiente de revenir sur les notions acquises lors de l'entretien, nous pouvons lui confier une fiche mémo récapitulant tous les points importants à connaître sur la ménopause. Cette fiche reprenant des généralités peut être distribuée à toutes les patientes. (*Voir annexe 5*)

#### 5. Evaluation

Afin de faire évaluer par la patiente elle-même les entretiens, nous mettons au point un questionnaire rapide qui nous permettra par la suite de faire évoluer nos méthodes ou encore les thèmes abordés. (*Voir annexe 6*)

### **3. LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES EN PRATIQUE**

#### **a. Introduction**

Nous allons mettre en pratique les entretiens pharmaceutiques précédemment préparés. Ces entretiens ne seront en aucun rémunérés, il s'agit d'une expérience pour répondre à la demande des femmes. Les personnes ciblées seront recrutées au comptoir de l'officine par toute l'équipe. Il faudra utiliser et mettre à profit tous les outils mis en place.

Nous proposerons cette série d'entretiens à des femmes qui sont sous traitement hormonal de la ménopause ou qui se confieraient sur leurs troubles et qui seraient intéressées par un suivi. Les dossiers pharmaceutiques de ces patientes devront être activés en leur rappelant l'importance du DP dans leur suivi. Le nom des femmes abordées devra être répertorié dans la tableau prévu à cet effet situé dans la partie arrière de l'officine et bien en vue de toute l'équipe. Des plages de rendez-vous seront près établies afin de les proposer au plus vite aux patientes. Ces séances doivent être décidées au préalable afin que de ne pas être dérangés pendant l'entretien. C'est une chose assez difficile à prévoir. Dans notre cas, les plages dédiées aux entretiens devront être placées en début d'après-midi, horaires où l'affluence est moindre. Une fois le rendez-vous pris, il devra être reporté à la fois sur le tableau mais aussi sur le calendrier de la pharmacie. Il est important de noter le numéro de téléphone de la patiente et lui remettre une carte avec les coordonnées de la pharmacie au cas où elle désirerait nous joindre. Toutes ces démarches doivent être rappelées à toute l'équipe. Dans notre cas, nous avons organisé une réunion afin de mettre au point tous les détails, dynamiser l'équipe à ce sujet et développer une certaine cohésion.

#### **b. Mme B.**

Mme B se présente à la pharmacie pour une ordonnance traitant une angine. C'est une patiente régulière avec qui nous avons un bon contact et nous discutons souvent. Elle se plaint alors de son manque de sommeil et de légères bouffées de chaleur surtout la nuit. Elle nous demande s'il existe un traitement sans hormone disponible sans ordonnance. Nous lui parlons de notre projet d'entretiens pharmaceutiques, elle paraît intéressée et nous prenons donc rendez-vous pour la semaine suivante.

## 1. 1<sup>er</sup> entretien de Mme B

Le premier entretien sera consacré à établir une relation de confiance entre nous et la patiente. Il s'agira de la laisser se confier afin de mieux appréhender la personne. Ainsi, on pourra apprécier les besoins de Mme B. Par la suite, nous proposerons un exercice à Mme B puis nous remplirons ensemble la carte « agenda » pour la lui confier. Nous n'avons pas confié à Mme B le questionnaire n°1 pour le recrutement et la sélection, nous nous appuyerons sur ce dernier pour orienter la discussion, il nous servira de guide d'entretien.

### c. Fiche de suivi

Mme B est une femme au foyer âgée de 51 ans, elle est mariée et a trois grands enfants de 30, 24 et 18 ans. Elle est ménopausée depuis 6 mois et ne prend aucun traitement. Elle souffre de légères bouffées de chaleur qu'elle dit pouvoir éviter, de troubles du sommeil avec des réveils trop matinaux et des difficultés d'endormissement, elle prend de temps en temps un demi comprimé de Temesta 2,5 (lorazépam). Elle avoue avoir parfois des changements d'humeur mais ne les met pas forcément sur le compte de la ménopause.

Mme B ne souhaite pas prendre de traitement hormonal car elle a lu sur internet que ce dernier pouvait provoquer de cancers. Elle est angoissée à l'idée de prendre du poids. Elle n'a pas vraiment d'exemple devant elle car sa mère n'a pas eu de ménopause naturelle après avoir subi une lourde opération.

La patiente est régulièrement suivie par un gynécologue, elle effectue régulièrement des mammographies et des échographies des seins. En effet, elle présentait régulièrement des kystes dans les seins qui apparaissaient juste avant les menstruations et disparaissaient juste après. Cela l'a beaucoup inquiétée.

Elle parle facilement de ses troubles à ses filles, mais pas à ses amies. Elle pense être relativement bien informée sur la ménopause.

#### d. 1<sup>er</sup> exercice

Cette exercice sera un quizz « vrai-faux », nous aborderons ainsi tous les thèmes de la ménopause afin d'avoir une vision globale de ce que Mme B sait sur ce sujet et les réponses lui permettront de mieux se connaître et expliquer ses troubles.

	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Les bouffées de chaleur sont les seuls symptômes de la ménopause			
2. La ménopause survient dès que la femme n'a plus ses règles			
3. La ménopause n'a pas de conséquence à long terme			
4. A la ménopause, la femme prend du poids à la ménopause			
5. La ménopause correspond à une disparition des oestrogènes			
6. Les oestrogènes n'ont pas d'action sur la peau			
7. Il n'existe qu'une sorte de traitement pour la ménopause			
8. Le traitement hormonal de la ménopause peut être donné à toutes les femmes			
9. La ménopause peut entraîner des troubles cardiaques			
10. Les mammographies doivent être réalisées tous les 2 ans			
11. La ménopause ne nécessite pas de suivi gynécologique			
12. Une ménopause est dite précoce quand elle survient avant 50 ans			
13. La ménopause peut entraîner une fragilité osseuse			
14. La ménopause n'est pas définitive			
15. Le sport permet de lutter contre la fragilité osseuse			

16. Seul un gynécologue peut prescrire un traitement pour la ménopause			
17. Les compléments alimentaires contre les troubles de la ménopause sont sans danger pour la santé			
18. La ménopause est diagnostiquée par un bilan sanguin			
19. Le traitement hormonal doit être instauré dès le début de la ménopause mais pas par la suite			
20. Le traitement hormonal est un traitement à vie			

Réponses du test :

Question 1 : *Les bouffées de chaleur sont les seuls symptômes de la ménopause.*

Réponse de Mme B : FAUX

FAUX : La ménopause peut engendrer de nombreux troubles. Même si les bouffées de chaleur sont le signe le plus typique de la ménopause, d'autres peuvent être tout aussi gênants. On peut citer : la fatigue, la déprime, les arthralgies et les myalgies, les insomnies, les troubles génito-urinaires, la perte de la libido, la prise de poids ainsi que des effets sur la peau et les phanères. De plus, elle peut entraîner des pathologies plus graves tels que des troubles cardio-vasculaires et l'ostéoporose. Bien sûr il est bon de rappeler que toutes les femmes ne souffrent pas de la totalité des troubles et même que certaines ne sont exposées à aucun d'eux.

Question 2 : *La ménopause survient dès que la femme n'a plus ses règles*

Réponse de Mme B : VRAI

VRAI et FAUX : La définition de la ménopause rappelle que la femme est ménopausée lorsque elle n'a plus ses règles depuis au moins un an. Mais en effet, la ménopause est le point de départ pour la femme d'une vie sans menstruation. Cependant le diagnostic ne peut pas être établi dès le premier mois sans règle.

Question 3 : *La ménopause n'a pas de conséquence à long terme*

Réponse de Mme B : VRAI

FAUX : L'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires sont deux des principales conséquences au long terme de la ménopause. Les oestrogènes ont un rôle protecteur vis-à-vis de ces pathologies. L'ostéoporose est une maladie des os qui entraîne leur fragilité et qui engendre de nombreuses fractures en cas de chute par exemple. Les maladies cardiovasculaires telles que les coronaropathies, les accidents vasculaires cérébraux et les thromboembolies voient leur nombre augmenter dans la population féminine à partir d'un âge correspondant à celui de la ménopause, pour devenir la première cause de mortalité chez la femme. La disparition des hormones féminines serait responsable de ces troubles, d'où l'utilité d'une prise en charge thérapeutique à la ménopause avec des hormones.

Question 4 : *A la ménopause, la femme prend du poids à la ménopause.*

Réponse de Mme B : VRAI « Toutes mes amies ont pris du ventre à cet âge »

FAUX : La ménopause n'engendre pas de prise de poids, cependant elle peut entraîner une nouvelle répartition des graisses qui viendront alors se localiser au niveau de l'abdomen. Ceci pourrait donner l'impression à la femme d'avoir grossi. De plus, aucune étude n'a pu montrer un lien entre oestrogènes (hormones féminines disparaissant à la ménopause) et adipocytes (cellules qui stockent les graisses).

Question 5 : *La ménopause correspond à une disparition des oestrogènes*

Réponse de Mme B : VRAI

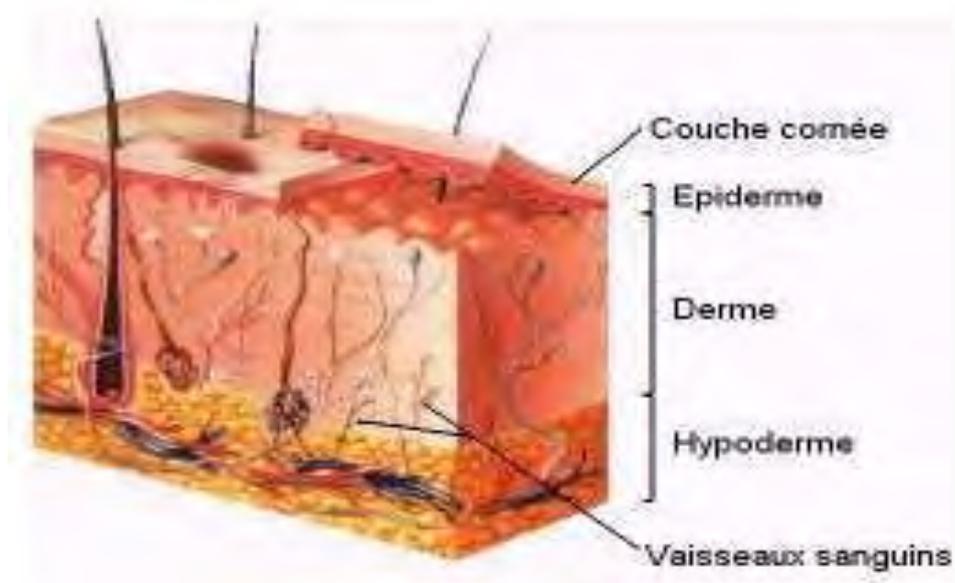
VRAI : La ménopause correspond à la disparition de ces hormones. Les ovaires ne produisent plus d'oestrogènes ni de progestérone. Le nombre de follicules (cellules devenant des ovules) s'épuisent.

Question 6 : *Les oestrogènes n'ont pas d'action sur la peau*

Réponse de Mme B : VRAI « Tout le monde vieillit les femmes et les hommes pareil »

FAUX : Il existerait des récepteurs aux oestrogènes sur les fibroblastes (composant cellulaire de la peau) contenu dans le derme et l'épiderme qui sont des couches de la peau. Ceci explique qu'à la ménopause la peau devient plus sèche, plus fine et moins souples. Le derme (couche inférieure de la peau) devient plus fin car moins riche en collagène, tandis que la couche cornée (couche superficielle de la peau) devient plus

épaisse et laisse cette sensation de peau sèche. Cependant le vieillissement de la peau lié à l'âge est inéluctable.



Question 7 : *Il n'existe qu'une sorte de traitement pour la ménopause*

Réponse de Mme B : VRAI « C'est le traitement à base d'hormone quoique il y a aussi tous ces compléments alimentaires dont ils font la publicité à la radio et à la télé. »

FAUX : Plusieurs sortes de traitement existent. Tout d'abord, les traitements hormonaux, prescrits par un médecin, ils sont les plus efficaces car ils permettent de pallier au manque d'hormones. Deux sortes d'hormones sont le plus souvent associées, les progestatifs et les oestrogènes. Ces traitements sont controversés et comportent de nombreuses contre-indications. Ils doivent être prescrits pour une durée la plus courte possible et réévaluer chaque année. Il existe également de nombreux médicaments pouvant entrer dans le traitement des troubles liés à la ménopause. Certains sont plus ou moins spécifiques d'un type de troubles et plus ou moins spécifiques de la ménopause en effet on peut les retrouver dans le traitement d'autres pathologies. Ces traitements doivent être prescrits par un médecin.

L'homéopathie trouve également écho chez certaines femmes lorsque ces dernières souffrent de bouffées de chaleur avec d'autres signes associés ou de fatigue, de sécheresse vaginale ou d'une légère déprime.

Les plantes ont depuis toujours montré leur efficacité dans le traitement de la ménopause. Cependant, il faut faire attention à celles possédant une activité oestrogénique telle que le

soja car malgré une renommée certaine depuis les problèmes rencontrés avec le traitement hormonal de la ménopause, il est contre indiqué chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein et chez les femmes sous tamoxifène. Malgré le fait que ces plantes soient en vente libre elles ne sont pour autant pas sans risque et nécessite les conseils de personnes averties tels que les professionnels de santé.

Enfin, on peut citer les différents compléments alimentaires qui se multiplient. Certains sont composés de plantes qui ont démontrées leur efficacité soit par usage soit par des études réalisées récemment. D'autres contiennent des composants peu connus ou en tout cas dont l'efficacité n'a pas été démontré.

Avant de mettre ne place tout traitement, il est important de poursuivre ou de mettre en place des règles hygiéno-diététiques qui peuvent dans un premier temps résoudre les troubles. Ainsi une activité physique suffisante et adéquate, des apports en calcium et en vitamine D suffisants et des règles de vie simples peuvent favoriser la diminution voire la disparition des effets de la ménopause.

Question 8 : *Le traitement hormonal de la ménopause peut être donné à toutes les femmes*

Réponse de Mme B : FAUX « il doit y avoir des contre-indications comme avec tous les médicaments »

FAUX : Le traitement hormonal de la ménopause ne peut pas être proposé à toutes les femmes. Il existe des contre-indications. Les antécédents de cancers gynécologiques hormono-dépendants tels que les cancers du sein et de l'utérus et les maladies thrombo-emboliques comme l'infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, une embolie pulmonaire ne permettent pas de prescription de traitement hormonal de la ménopause. Pour ces différentes raisons, il est important de faire des examens avant la mise en route d'un traitement comme une mammographie, un bilan biologique sanguin.

Question 9 : *La ménopause peut entrainer des troubles cardiaques*

Réponse de Mme B : FAUX

VRAI : Comme dit précédemment, à la ménopause, le risque d'accident cardiaque augmente. La disparition des oestrogènes entraînent des perturbations du métabolisme avec entre autre une augmentation des triglycérides (graisses de l'organisme) et une augmentation du « mauvais » cholestérol (LDL cholestérol), mais aussi une altération de

la paroi des vaisseaux ce qui engendre une élévation de la tension artérielle. Toutes ces perturbations peuvent conduire à des pathologies cardio-vasculaires graves.

Question 10 : *Les mammographies doivent être réalisées tous les 2 ans*

Réponse de Mme B : VRAI

VRAI : Si la patiente ne présente pas d'anomalie, la mammographie est réalisée tous les deux ans. A partir de 50 ans, elle est prise en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie de la femme dans le cadre du programme de dépistage organisé. Si la patiente présente des lésions douteuses, elle peut être réalisée tous les ans ou en alternance avec une échographie mammaire, dans ce cas elle sera en partie remboursée par l'assurance maladie et une part sera à sa charge ou remboursée par sa mutuelle si elle en possède une.

Question 11 : *La ménopause ne nécessite pas de suivi gynécologique*

Réponse de Mme B : VRAI « Je pensais qu'il fallait juste suivre le traitement »

FAUX : Le suivi gynécologique de la femme ménopausée est d'autant plus important qu'il permettra de prévenir et de dépister au plus tôt les potentielles maladies survenant à partir de la ménopause et pouvant même être provoquées par cette dernière. Un examen gynécologique est recommandé tous les ans, que la femme soit sous traitement hormonal ou pas.

Question 12 : *Une ménopause est dite précoce quand elle survient avant 50 ans*

Réponse de Mme B : VRAI

FAUX : La ménopause est précoce lorsque elle apparaît avant l'âge de 40 ans.

Question 13 : *La ménopause peut entraîner une fragilité osseuse*

Réponse de Mme B : FAUX

VRAI : Cette pathologie appelée ostéoporose concerne 25% des femmes âgées de 50 à 70 ans. En effet, les principales cellules entrant dans la formation des os ont un lien direct avec les oestrogènes. Lorsque ces derniers disparaissent à la ménopause, il n'y a plus de formation de l'os mais une accélération de sa destruction. Les premiers os touchés sont les vertèbres et les poignets puis les fémurs. Le danger de cette fragilité est le risque de fracture, fracture très handicapante et difficile à cicatriser.

Question 14 : *La ménopause n'est pas définitive*

Réponse de Mme B : FAUX

FAUX : La ménopause est définitive. Elle correspond à l'arrêt des règles. Pour établir le diagnostic de la ménopause, il faut un arrêt des règles pendant 1 an.

Question 15 : *Le sport permet de lutter contre la fragilité osseuse*

Réponse de Mme B : FAUX « Je pense que c'est le contraire »

VRAI : Afin de lutter contre la perte osseuse, il est recommandé de pratiquer des sports non portés où le corps entre en contact avec le sol comme par exemple la course à pied ou la gymnastique. Bien sûr ces activités sont contre indiquées en cas d'arthrose. En plus de ces effets bénéfiques sur le remodelage osseux, le sport permet d'entretenir la musculature, les articulations et le tonus ce qui évite les chutes et permet de maintenir son poids de base.

Question 16 : *Seul un gynécologue peut prescrire un traitement pour la ménopause*

Réponse de Mme B : VRAI

FAUX : Les généralistes peuvent aussi prescrire ces traitements.

Question 17 : *Les compléments alimentaires contre les troubles de la ménopause sont sans danger pour la santé*

Réponse de Mme B : VRAI « Ils sont en vente libre, on peut se servir seul »

FAUX : On entend par complément alimentaire les denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés. Ces compléments peuvent être de compositions très différentes. La majeure partie contient différentes plantes. Ces plantes même si elles sont naturelles ne sont pas sans danger, en effet certaines contiennent des phyto-oestrogènes. Ces composés ont montré un effet positif sur les bouffées de chaleur liées à la ménopause. On retrouve ces phyto-oestrogènes dans le soja par exemple. Néanmoins, il faut savoir rester prudent vis-à-vis de ces compléments alimentaires car ils sont contre indiqués chez la femme ayant des antécédents de cancer du sein.

De nouveaux compléments alimentaires arrivent sur le marché et sont dépourvus de ces phyto-oestrogènes. Ils ne disposent pas encore d'études cliniques indépendantes

prouvant leur efficacité et contiennent divers composants notamment des oméga 3 (OM3 Ménopause<sup>®</sup>, Laboratoire IsodisNatura) ou des extraits cytoplasmiques purifiés de pollens et de la vitamine E (Serelys<sup>®</sup>, Laboratoire SérélysPharma) ou encore des extraits de graines de lin, d'huile de bourrache, d'huile de cameline, de tryptophane et de vitamines D, B12, folates et B6 (Féminabiane<sup>®</sup> Méno'Confort, Laboratoire Pileje). Ce type de complément ne présente pas de contre-indication.

La prise de compléments alimentaires nécessite les conseils d'un professionnel de santé.

Question 18 : *La ménopause est diagnostiquée par un bilan sanguin*

Réponse de Mme B : VRAI « Ma gynécologue m'a fait faire une prise de sang et m'a ensuite dit que j'étais en périménopause »

FAUX : La ménopause est diagnostiquée avant tout sur les signes cliniques (apparition des troubles liés à la ménopause) et sur une absence de règles d'au moins 1 an. Il est également possible de réaliser un test à la progestérone. Il s'agit là d'administrer un progestatif pendant 10 jours et d'observer si son arrêt est lié à un retour des règles, il peut être répéter 2 à 3 fois de suite afin de confirmer le diagnostic. Le diagnostic sanguin de la ménopause n'est pas recommandé car les taux d'hormones varient trop en période de périménopause pour établir un diagnostic.

Question 19 : *Le traitement hormonal doit être instauré dès le début de la ménopause mais pas par la suite*

Réponse de Mme B : FAUX

FAUX : Le traitement hormonal de la ménopause peut être instauré à n'importe quel moment de la ménopause même si il est préférable de le commencer le plus tôt possible. Il ne peut être prescrit qu'avec le consentement de la patiente qui doit être informée. Ce traitement doit rester un choix. Aucune des décisions sur ce traitement n'est définitive la femme peut changer d'avis à tout moment. Le traitement peut être démarré à tout moment, suspendu, repris et réadapté.

Question 20 : *Le traitement hormonal est un traitement à vie*

Réponse de Mme B : FAUX

FAUX : Le traitement hormonal de la ménopause doit être pris tant que les troubles climatériques persistent. Il n'y a pas de durée limite. L'agence nationale de sécurité du

médicament (ANSM) recommande « Dans le cadre du traitement des troubles climateriques, un THM peut être pris tant que durent les symptômes. Actuellement, il est recommandé d'utiliser la dose la plus faible possible compatible avec l'effet recherché ».

#### e. Agenda de la ménopause

Nous proposons à Mme B de remplir ce calendrier avec ses données personnelles. Nous répertorions les numéros de téléphones des médecins de Mme B ainsi que les dates de ses derniers rendez-vous chez eux. Ainsi, nous allons pouvoir établir les dates de ses prochains examens et à quel moment elle devra prendre les rendez-vous connaissant le temps d'attente notamment chez sa gynécologue.

#### f. Conclusion du 1<sup>er</sup> entretien

Cet entretien a duré 45 minutes, ce qui est un peu trop long. Il serait nécessaire de raccourcir cette première entrevue. Il faut revoir le quizz et éviter de tout vouloir aborder dans celui-ci, des questions devront être supprimé ou passer plus rapidement. Lors de second entretien qui dans notre cas aura lieu un mois plus tard seulement mais qui normalement devrait avoir lieu plus tard c'est-à-dire quelques mois après, il faudra évaluer la satisfaction de Mme B et les bénéfices qu'a pu engendrer ce suivi.

### 2. 2<sup>ème</sup> entretien

Ce second entretien n'a lieu qu'un mois après le premier. Ce fait est exceptionnel car il ne laisse pas assez de temps pour réellement évaluer les effets du premier. En temps normal, il serait bon de compter au moins 6 mois entre deux entrevues. Cet entretien permet d'évaluer le premier et de reprendre certains points qui n'auraient pas été compris.

#### a. Evaluation du premier entretien par Mme B

Nous allons soumettre à Mme B un questionnaire d'évaluation du premier entretien. Pour ne pas gêner la patiente ou l'influencer d'une quelconque façon, elle remplira le formulaire sans nous consulter et nous l'étudierons ultérieurement.

1. Concernant la durée de cet entretien, vous l'avez trouvée :

- Adéquate
- Trop longue
- Trop courte

2. Avez-vous trouvé cet entretien :

- Utile
- Inutile

3. Les thèmes abordés sont pour vous :

- Très intéressants
- Intéressants
- Peu intéressants
- Pas du tout intéressants

4. Quels autres thèmes souhaiteriez-vous aborder lors d'un prochain d'entretien :

..... Régime Vieillesse et peau .....

5. L'heure du rendez-vous vous a-t-elle convenue :

- Oui
- Non

6. Vous sentez-vous rassuré(e) par rapport à votre ménopause grâce à cet entretien :

- Oui
- Non

Si non pourquoi : .....

7. Avez-vous la sensation d'avoir acquis de nouvelles connaissances :

- Un peu
- Beaucoup
- Pas du tout

8. Recommanderiez-vous ces entretiens à vos amis :

- Oui
- Non

Si non pourquoi : .....

9. Pensez-vous que ce suivi peut améliorer votre quotidien

- Oui
- Non

Si non pourquoi : .....

10. Avez-vous d'autres attentes ou des suggestions :

.....

Questionnaire d'évaluation d'un entretien pharmaceutique chez la femme ménopausée

b. Rappel des règles hygiéno-diététiques à appliquer à la ménopause

Problème rencontré	Recommandations alimentaires	Conseils associés
Surpoids	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Préférer des aliments riches en calcium, des aliments riches en protéines, des fruits, des légumes</b></li> <li>• <b>Ne pas trop consommer de graisses et de sucres rapides</b></li> <li>• <b>Eviter les boissons sucrées et l'alcool</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire de l'exercice régulièrement</li> <li>• Manger 3 fois par jour et à des heures régulières, lentement et dans le calme</li> <li>• Ne pas céder au grignotage</li> </ul>
Ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Augmenter l'apport en calcium et vitamine D (laitages, fromages maigres, certaines eaux minérales)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir des sports favorisant l'impact</li> </ul>
Bouffées de chaleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eviter l'alcool et les aliments épicés</b></li> <li>• <b>Favoriser la consommation d'aliments riches en vitamines E et C et en sélénium</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt du tabac</li> <li>• Eviter l'exposition au soleil</li> <li>• Eviter les changements brusque de température</li> <li>• Préférer les vêtements amples en coton et superposés pour faciliter leur retrait.</li> </ul>
Sécheresse vaginale		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser un savon adapté à la toilette intime</li> <li>• Utiliser des lubrifiants lors des rapports</li> </ul>
Infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Boire au moins 2 litres d'eau</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire de l'exercice physique</li> </ul>

<b>urinaires</b>	<b>par jour</b>  • <b>Consommer des fruits et des légumes</b>	pour lutter contre la constipation • Vider la vessie régulièrement et notamment après chaque rapport sexuel • Eviter les vêtements trop moulants
<b>Insomnies</b>	• <b>Eviter le thé et le café après 17h</b> • <b>Eviter l'alcool le soir et manger léger</b> • <b>Augmenter les apports en magnésium</b>	• Faire de l'exercice physique dans le but d'éliminer les tensions nerveuses et fatiguer les muscles.

Figure3 ; 9: Règles hygiéno-diététiques de la ménopause

c. Evaluation

	Acquis	Partiellement acquis	Non acquis
1. La patiente sait-elle qu'il existe des traitements pour lutter contre les troubles de la ménopause ?	<b>x</b>		
2. La patiente sait-elle si ces traitements comportent des risques ?		<b>x</b>	
3. La patiente connaît-elle les règles d'hygiène de vie et de nutrition à appliquer à la ménopause ?	<b>x</b>		
4. La patiente sait-elle ce qu'est la vitamine D			<b>x</b>
5. La patiente connaît-elle la fréquence à laquelle les	<b>x</b>		

mammographies doivent être réalisées ?			
6. La patiente sait-elle que des bilans sanguins doivent être réalisés régulièrement ?	x		
7. La patiente connaît-elle les sports à pratiquer à la ménopause ?		x	
8. La patiente connaît-elle les conséquences à long terme de la ménopause ?	x		
9. La patiente connaît-elle les troubles liés à la ménopause ?	x		
10. La patiente sait-elle que certains compléments alimentaires sont contre indiqués chez certaines femmes ?	x		

Figure 3 ;10: Evaluation de l'acquisition par la patiente des informations données

La plupart des thèmes abordés ont été bien assimilés par Mme B. D'autres sujets devront être développés lors de futurs entretiens.

Mme B semble satisfaite des réponses apportées par cette synthèse. Nous lui remettons nos coordonnées au cas où elle aurait d'autres questions. Nous pouvons lui proposer si elle le souhaite réitérer l'expérience de ces entrevues avec elle dans environ 6 mois à un an. Ainsi ce laps de temps permettra à la patiente de mettre en œuvre ce qu'elle a appris avec nous. Nous lui promettons alors de traiter dans les prochains entretiens les notions dont elle nous a fait part dans son questionnaire de satisfaction comme le vieillissement cutané par exemple.

### 3. Discussions autour des entretiens de Mme B

Il est important, tout comme la patiente évalue notre entretien, que nous nous évaluions nous-mêmes.

Le cas de Mme B est assez particulier. En effet, cette dernière n'est pas sous traitement hormonal, ce qui implique qu'il n'y a pas vraiment de priorités dans les objectifs à atteindre, il ne peut s'agir du bon usage du médicament. De plus, Mme B n'a jamais

vraiment consulté un médecin au sujet de sa ménopause, ce qui la pousse à vouloir aborder beaucoup de thèmes. Il est donc nécessaire de bien cadrer les entretiens et de les diriger dans le bon sens et vers ce qui est important pour le bien être de la patiente. Notre premier entretien a été assez long. Il faut revoir la partie concernant les généralités et le contexte de la patiente en posant des questions plus directes. Il faut savoir écouter mais aussi écouter certaines conversations. Nous devons poser les bonnes questions pour comprendre la patiente mais ne pas devenir une sorte de confident. Nous devons répondre à des objectifs précis pour la santé des patientes pour les aider à mieux appréhender cette période de changement. Pour ce faire, il faudra par la suite, établir des objectifs clairs et précis avant même de commencer les entretiens, d'où l'intérêt de questionnaire qui paraît être un bon préambule au suivi des femmes ménopausées. De plus, pour notre part, il faut apprendre à se limiter et ne pas vouloir tout aborder, exposer toutes les notions acquises lors de notre formation.

### **c. Mme L.**

Mme L est recrutée au comptoir, elle nous présente une ordonnance comportant une prescription d'Oestrodose et d'Utrogestan 100. Nous vérifions son historique grâce à sa carte vitale, nous nous apercevons que son dossier pharmaceutique n'est pas activé. Nous rappelons donc à Mme L l'intérêt de ce dernier et lui activons dès ce jour. Mme L n'a jamais pris ce traitement. Nous lui proposons de remplir le questionnaire n°1. Elle l'emporte et nous le ramène deux semaines plus tard. L'entretien semble l'intéresser car elle n'a pas eu le temps de poser toutes ses questions au médecin généraliste qui a mis en place le traitement. Le rendez-vous est fixé à la semaine prochaine.

#### **1. Préparation du premier entretien**

Nous nous servirons du questionnaire de Mme L pour diriger notre entretien et définir les buts à atteindre.

NOM : ..... / .....

PRENOM : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE : .....

1. Quel âge avez-vous ?

- de 50 ans  entre 50 et 55 ans  + de 55 ans

2. De quand date votre dernier suivi gynécologique ? (frottis, palpation des seins)

- de 1 an  1 an  2 ans ou plus

3. Avez-vous déjà fait une mammographie ?

Oui  Non

4. Si oui de quand date cette dernière mammographie ?

1 an  2 ans  Plus

5. Etes-vous informée sur la ménopause ?

Oui  Non

6. Si oui qui vous a informé sur la ménopause ?

Gynécologue

Généraliste

Pharmacien

Médias

Ami(e)

7. Si non, ressentez-vous le besoin d'être plus informée sur la ménopause et ses traitements ?

Oui  Non

8. Avez-vous des craintes vis-à-vis de la ménopause ?

Oui    Non

9. *Si oui, lesquelles ?*

- Craintes de désagréments au quotidien de type bouffées de chaleur
- Craintes de fragilité osseuse, d'ostéoporose
- Craintes de se sentir moins bien, d'être irritable ou plus fatiguée
- Craintes de voir sa santé se dégrader
- Craintes de vieillir rapidement
- Craintes de baisse de la libido et du désir sexuel
- Craintes d'être moins désirable, du regard du mari ou du compagnon
- Craintes d'être moins femme
- Craintes du regard des autres, de l'entourage

10. *Parlez-vous de la ménopause ?*

- Facilement, ce n'est pas un sujet tabou
- Assez facilement, avec l'entourage proche
- Difficilement, vous ne vous sentez pas à l'aise
- Vous n'en parlez jamais

11. *Et avec qui ?*

- Vos amies, amis
- Votre médecin
- Votre pharmacien
- Votre sœur, mère
- Votre mari, compagnon
- Vos enfants

Vos collègues de travail

Votre coiffeuse, esthéticienne

12. *Etes-vous ménopausée ?*

Oui  Non

13. *Si oui depuis quand : 2011.....*

14. *Qu'est-ce qui vous fait penser que vous êtes ménopausée ?*

Vous avez des bouffées de chaleur

Vous n'avez plus vos règles depuis plus de 3 mois

Vous avez des cycles irréguliers

Vous vous sentez de mauvaise humeur, irritable

Vous avez des problèmes de sommeil

Vous avez eu une prise de poids récente

15. *Ces symptômes sont ?*

Supportables  Gênants  Très gênants

16. *Prenez vous un traitement ?*

Prescrit par un médecin

Conseillé par un pharmacien

Acheté par vous-même

17. *Quel est ce traitement* *Orlévite + Utrogestan*

18. *A-t-on pris le temps de vous expliquer les bénéfices et les risques de votre traitement ?*

Oui  Non

19. *Si oui, qui ?.....*

20. *Qu'est-ce qui vous a particulièrement motivé à prendre ce traitement ?*

Votre médecin  
 Les bouffées de chaleur  
 Autres :.....

21. *En ce qui concerne l'efficacité de votre traitement, vous êtes ?*

Pas du tout satisfaite  
 Peu satisfaite  
 Satisfaite  
 Très satisfaite

22. *Pensez-vous qu'un entretien au cours duquel votre pharmacien pourrait vous expliquer la ménopause et répondre à vos questions serait ?*

Inutile  Intéressante  Nécessaire

23. *Pour vous, combien de temps devrait durer cette entretien ?*

15 min  30 min  1 heure

Figure3 ;11: Questionnaire de Mme L

Aux vues des réponses de Mme L, nous allons lui proposer les exercices élaborés précédemment. Ils traitent du bon usage des médicaments prescrits dans le cadre du traitement hormonal de la ménopause. Le quizz général sur la ménopause pourra également être abordé mais devra être réduit car l'entretien risque d'être trop long.

## 2. Entretien de Mme L

### d. Fiche de suivi

Mme L est une femme âgée de 54 ans, elle est mariée et a deux grands enfants. C'est une femme active qui travaille dans l'administration. Elle est ménopausée depuis peu. C'est la première fois qu'elle prend un traitement hormonal de la ménopause. Elle souffre de très fortes bouffées de chaleur qui la réveillent la nuit et la gênent dans son travail. Elle pense s'y connaître assez sur la ménopause, elle en parle souvent à ses amies qui sont

dans la même situation qu'elle. Elle ne pense pas que la ménopause soit une véritable maladie, elle ne la considère pas comme un vrai problème de santé.

#### NOTIONS GENERALES SUR LA PATIENTE ET SON TRAITEMENT

- Depuis quand êtes-vous ménopausée ?  
..... 2011-2012 .....
- Quel traitement prenez-vous ?  
..... Oestradiol et Orogeston .....
- Quels étaient les troubles dont vous souffriez ?  
..... Bouffées de chaleur .....
- Sur une échelle de 1 à 10, quel score attribueriez-vous à la souffrance engendrée par ces troubles (1 étant le plus faible et 10 le niveau le plus fort) ?  
..... 7 .....
- Que savez-vous sur la ménopause ?  
..... Pas de règles, Bouffées de chaleur, Prise de poids .....
- Pouvez-vous en parler autour de vous ?  
..... A mes amies / Famille .....
- Pensez-vous que la ménopause peut engendrer des problèmes de santé ?  
..... Non (plutôt lié au vieillissement) .....
- Vous considérez-vous comme bien entourée pour vivre votre ménopause ?  
..... Oui .....

Figure3 ;12: Fiche de suivi de Mme L

e. Quizz

	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Les bouffées de chaleur sont les seuls symptômes de la ménopause		X	
2. La ménopause n'a pas de conséquence à long terme	X		
3. La ménopause correspond à une disparition des oestrogènes	X		
4. Il n'existe qu'une sorte de traitement pour la ménopause	X		
5. La ménopause peut entraîner des problèmes cardiaques		X	
6. Les mammographies doivent être réalisées tous les 2 ans	X		
7. Le sport permet de lutter contre la fragilité osseuse		X	
8. Seul un gynécologue peut prescrire un traitement pour la ménopause		X	
9. Le traitement hormonal doit être instauré dès le début de la ménopause mais pas par la suite	X		
10. Le traitement hormonal est un traitement à vie			X

f. Exercice n°1

Consigne : Entourer les affirmations et les images qui vous paraissent exactes.

- Je prends mon traitement de Progestérone :
  - Le matin
  - Le midi
  - Le soir
  - Au coucher
  - Pendant le repas
  - A distance des repas
  - Par voie orale
  - Par voie vaginale
- En cas d'oubli :
  - Je prends deux capsules le lendemain
  - Je ne fais rien, il n'y aura pas de conséquence

Les traitements à base de progestérone doivent de préférence être pris le soir au coucher car ils peuvent entraîner une somnolence une à trois heures après la prise de la capsule. Pour une meilleure absorption, il doit être pris à distance des repas. Les capsules peuvent être ingérées soit par voie orale et si elles sont mal tolérées, elles peuvent être introduites par voie vaginale.

Il n'y a aucune conséquence à ne pas prendre une fois son traitement hormonal, ce n'est pas une pilule contraceptive. Au contraire, il ne faut pas doubler la dose.

- Les sports à pratiquer pour lutter contre l'ostéoporose sont :

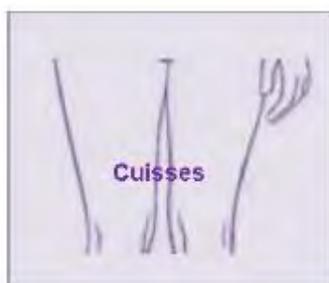
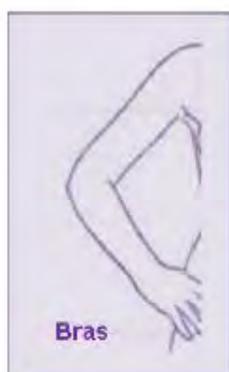
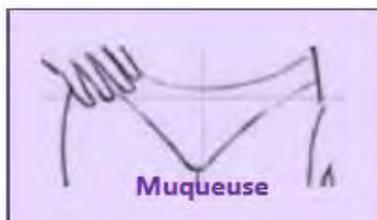


Figure 3 ;13: Exercice de Mme L

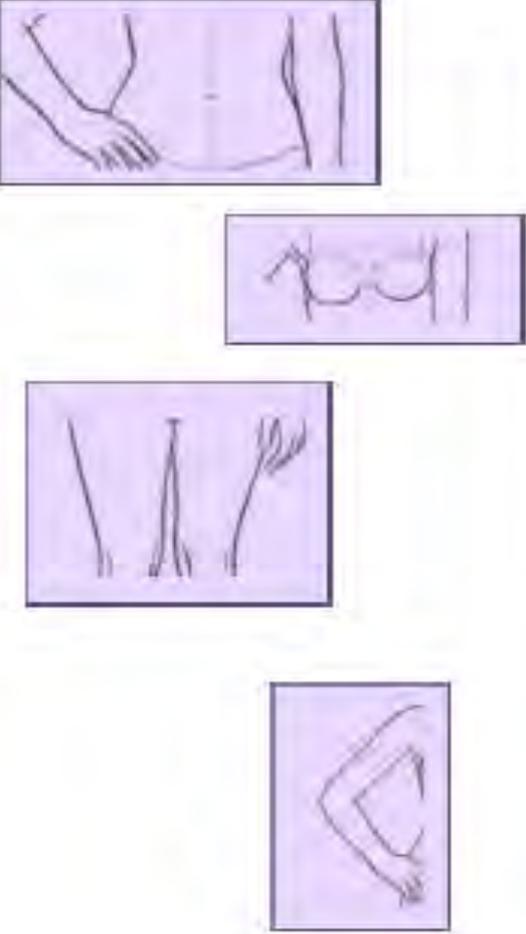
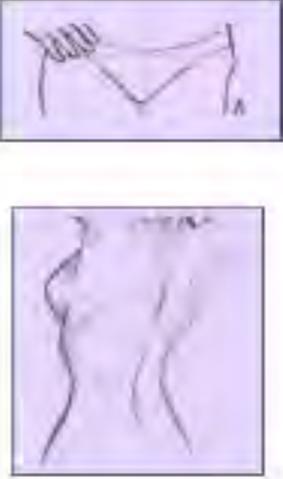
Pour lutter contre la perte osseuse, il est recommandé de pratiquer des sports non portés où le corps entre en contact avec le sol comme par exemple la course à pied ou la gymnastique. Bien sûr ces activités sont contre indiquées en cas d'arthrose. En plus de ces effets bénéfiques sur le remodelage osseux, le sport permet d'entretenir la musculature, les articulations et le tonus ce qui évite les chutes et permet de maintenir son poids de base. La natation n'est bien sûr pas contre indiquée mais ne permet pas un renforcement osseux, c'est tout de même une activité qui permet de de préserver sa santé.

g. Exercice n°2

Consigne : Classer ces différentes images représentant des parties du corps en deux colonnes : zones d'application et zones à éviter pour l'application des gels faisant partie des traitements hormonaux de la ménopause.



Réponses de Mme L :

<u>Zones d'applications recommandées</u>	<u>Zones à éviter</u>
	

Nous corrigeons avec Mme L cet exercice. En effet, son gel d'Oestrodose, pour prendre un exemple concret pour la patiente, ne doit en aucun cas être appliqué sur sa poitrine car cela peut devenir douloureux. Nous lui rappelons qu'après l'application du gel, elle peut faire tout ce qu'elle souhaite et même se baigner. Le fait d'appliquer une crème ou un gel peut paraître contraignant, mais il permet d'éviter des effets indésirables sur le cœur, les vaisseaux sanguins, le foie et la tension artérielle que peuvent engendrer l'oestradiol pris par voie orale. Rappelons également qu'une dose d'oestrodose correspond à une pression sur le flacon.

### 3. Conclusion

Nous avons décidé avec Mme L de prévoir un entretien dans 6 mois environ, afin de lui laisser le temps d'appréhender ce qui a été vu et de laisser le traitement faire son effet. Nous remettons à Mme L le calendrier de suivi de la ménopause qu'elle pourra remplir si elle le souhaite ainsi que la fiche mémo.

Nous demandons à Mme L si elle a d'autres questions à nous poser. Elle nous interroge sur quelques effets indésirables qu'elle rencontre avec son traitement, elle pense avoir trouvé la solution elle-même mais nous demande confirmation. En effet, elle souffre de troubles intestinaux le soir après la prise de la progestérone, elle en déduit qu'elle pourrait peut-être privilégier la voie vaginale pour ses capsules pour ne pas avoir « mal au ventre ». Nous lui attestons que cette voie peut être une bonne alternative à ce genre de trouble.

Il est essentiel de lui confier nos coordonnées pour qu'elle puisse nous joindre si elle a d'autres questions. Nous lui demandons de bien vouloir remplir le questionnaire d'évaluation. La durée de cet entretien nous a paru plus appropriée que le précédent, en effet il a peut-être été mieux préparé. Trente minutes sont suffisantes, il faut éviter de tout vouloir aborder et se concentrer sur les objectifs à atteindre essentiels pour la patiente.

#### **d. Discussions sur les entretiens pharmaceutiques**

##### **1. Intérêts et devenir des entretiens pharmaceutiques**

Les protocoles d'accompagnement sont l'avenir de la profession de pharmacien d'officine. Une meilleure connaissance de soi et de sa pathologie permet de mieux se prendre en main et de réagir au plus vite lorsque quelque chose ne va pas. Au-delà de permettre de résoudre certaines complications de la maladie ou de prévenir celles-ci, l'éducation des patients permet une meilleure compliance vis-à-vis des traitements.

Nous n'avons, malheureusement, pas encore assez de recul pour apprécier les effets positifs ou non de notre protocole d'entretien. Cependant, nous pouvons nous baser, dans un premier temps, sur la satisfaction des femmes concernées qui semble assez bonne. Les femmes ont l'air intéressé par ce type de programme car elles sont « assommées »

d'information dans les médias et la ménopause n'étant pas une pathologie, elles n'en parlent que rarement à leur médecin.

Informé les patientes, leur donner confiance dans ces changements importants au cours de leur vie et leur donner les clés pour mieux se connaître et aborder leur futur, pourra certainement permettre d'éviter les risques que peut représenter une ménopause méconnue et dont les signes associés ne sont pas judicieusement appréciés. Nous pensons ainsi à l'ostéoporose, aux problèmes cardiaques ou encore aux cancers.

Cependant, la ménopause reste un sujet qui est difficilement abordable lors de ces entretiens. Les thèmes sont très variés et les troubles tout aussi nombreux.

## 2. Difficultés rencontrées lors de ces entretiens

Le temps est un des obstacles principaux des entretiens pharmaceutiques, tant dans l'entrevue elle-même que dans sa préparation.

Les exercices doivent être simplifiés au maximum. Pour cela nous avons dû tester les nôtres sur notre entourage, pour savoir si les consignes étaient compréhensibles et les tests pas trop difficiles. En effet, il ne faut surtout pas que la femme se sente en difficulté face à un questionnaire, qu'elle pense qu'il s'agit d'un examen. La préparation d'un exercice et les termes utilisés ne peuvent pas être purement scientifiques, il faut aboutir à une sorte de « vulgarisation » du vocabulaire choisi, penser que tout le monde n'a pas une formation médicale. Il ne faut pas hésiter à reprendre les exercices à l'oral, la parole permet d'éviter des incompréhensions et de mieux expliquer.

L'espace de confidentialité n'est pas forcément évident à trouver. Le bureau du pharmacien ne pourra être une solution définitive. Il faudra prévoir dans un futur proche des pièces dédiées à cet effet dans toutes les officines. En effet, les entretiens sont voués à évoluer et à concerner de plus en plus de pathologies chroniques.

Malgré ces difficultés, ce protocole d'accompagnement reste un projet extrêmement intéressant à mettre en place et à développer. La confiance entre les patientes et nous qu'il entraîne, fait que ce programme est très enrichissant tant sur le plan professionnel que personnel. En effet, il permet de développer chez nous une plus grande confiance en notre savoir et en nous et de percevoir encore de nouvelles perspectives dans notre profession.

## Conclusion

La ménopause est un passage inévitable dans la vie d'une femme. Peu d'entre elles le prennent à la légère mais rares sont celles qui en connaissent toutes les conséquences, et celles-ci peuvent s'avérer sérieuses. Or à présent et avec l'espérance de vie qui augmente, la ménopause arrive à presque la moitié de l'existence de la femme. Elles devront donc vivre une grande partie de leur vie dans cette situation, d'où l'importance de bien vivre cette transition.

Le métier de pharmacien est en pleine révolution. Les choses changent et évoluent vers une profession remplissant plus de missions qu'auparavant. Certaines fonctions sont encore en pour parlées comme la vaccination antigrippale à l'officine, mais d'autres sont déjà effectives comme les entretiens pharmaceutiques. L'éducation thérapeutique des patients fait partie intégrante de ce renouveau. Introduite par la loi HPST, elle permet au patient de devenir maître de sa pathologie. En effet, connaître sa maladie et ses effets permet d'anticiper, de gérer au mieux son traitement et de palier ses troubles. Cependant, les programmes d'éducation thérapeutique sont lourds à mettre en place et sont avant tout pluridisciplinaires, or les pharmaciens d'officine sont relativement isolés des autres professionnels de santé. Pour pouvoir, à sa portée, aider les patients à se prendre en main, le pharmacien peut envisager des entretiens pharmaceutiques. Plus courts, ils permettent de délivrer les principaux messages et les compétences essentielles à acquérir pour vivre la pathologie sereinement et en sécurité.

Ce nouveau rôle du pharmacien représente une charge de travail importante. Il est difficile à l'heure actuelle de déléguer du temps pour tout autre chose que la gestion de la pharmacie. La rémunération des premiers entretiens pharmaceutiques portant sur les AVK déjà effectués est longue à obtenir et l'attente de la mise en place des nouveaux entretiens sur d'autres thèmes paraissent inquiéter les professionnels de santé.

Cependant, malgré les difficultés, ces nouvelles missions sont une évolution positive du métier, elles permettent de se rapprocher des patients en créant une véritable relation de confiance et de faire tomber certaines barrières. La perpétuelle mise à jour de ses connaissances et les formations essentielles à la construction et à la conduite des entretiens obligent le pharmacien à se remettre en question et à progresser.

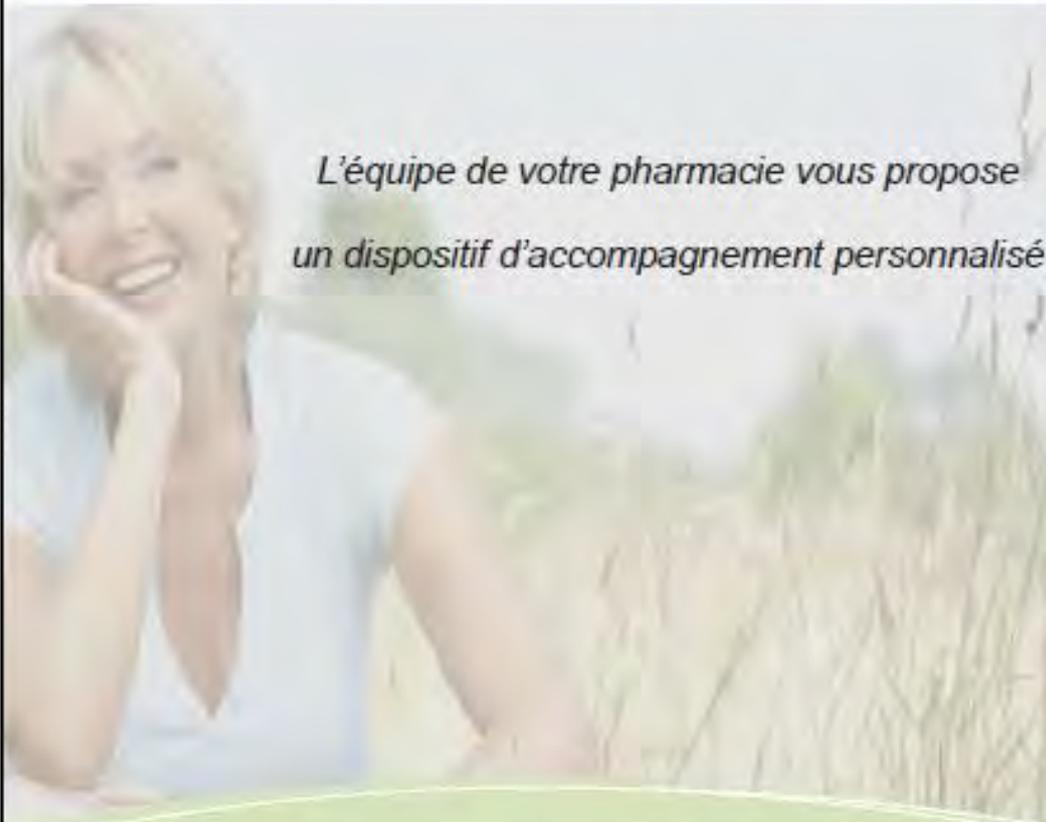
Il faut espérer que dans un futur proche les thèmes pouvant être abordés lors de ces séries d'entretiens seront de plus en plus diversifiés dans le but de pouvoir répondre à toutes les demandes.

## ANNEXE n°1

### La Pharmacie Centrale

1 Place du centre  
00000 XXXXXX  
00 00 00 00 00

**Vous prenez un traitement pour votre ménopause**



*L'équipe de votre pharmacie vous propose  
un dispositif d'accompagnement personnalisé.*

Pour mieux comprendre et mieux vivre  
votre ménopause

*Renseignez-vous auprès de notre équipe.*



## ANNEXE n°2 : Questionnaire de recrutement et sélection

NOM : .....
PRENOM : .....
TELEPHONE : .....
ADRESSE : .....
1. Quel âge avez-vous ?
<input type="checkbox"/> - de 50 ans <input type="checkbox"/> entre 50 et 55 ans <input type="checkbox"/> + de 55 ans
2. De quand date votre dernier suivi gynécologique ? (frottis, palpation des seins)
<input type="checkbox"/> - de 1 an <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus
3. Avez-vous déjà fait une mammographie ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Si oui de quand date cette dernière mammographie ?
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> Plus
5. Etes-vous informée sur la ménopause ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Si oui qui vous a informé sur la ménopause ?
<input type="checkbox"/> Gynécologue
<input type="checkbox"/> Généraliste
<input type="checkbox"/> Pharmacien
<input type="checkbox"/> Médias
<input type="checkbox"/> Ami(e)
7. Si non, ressentez-vous le besoin d'être plus informée sur la ménopause et ses traitements ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Avez-vous des craintes vis-à-vis de la ménopause ?

Oui    Non

9.    *Si oui, lesquelles ?*

- Craintes de désagréments au quotidien de type bouffées de chaleur
- Craintes de fragilité osseuse, d'ostéoporose
- Craintes de se sentir moins bien, d'être irritable ou plus fatiguée
- Craintes de voir sa santé se dégrader
- Craintes de vieillir rapidement
- Craintes de baisse de la libido et du désir sexuel
- Craintes d'être moins désirable, du regard du mari ou du compagnon
- Craintes d'être moins femme
- Craintes du regard des autres, de l'entourage

10.   *Parlez-vous de la ménopause ?*

- Facilement, ce n'est pas un sujet tabou
- Assez facilement, avec l'entourage proche
- Difficilement, vous ne vous sentez pas à l'aise
- Vous n'en parlez jamais

11.   *Et avec qui ?*

- Vos amies, amis
- Votre médecin
- Votre pharmacien
- Votre sœur, mère
- Votre mari, compagnon
- Vos enfants

Vos collègues de travail  
 Votre coiffeuse, esthéticienne

12. *Etes-vous ménopausée ?*

Oui     Non

13. *Si oui depuis quand : .....*

14. *Qu'est-ce qui vous fait penser que vous êtes ménopausée ?*

Vous avez des bouffées de chaleur  
 Vous n'avez plus vos règles depuis plus de 3 mois  
 Vous avez des cycles irréguliers  
 Vous vous sentez de mauvaise humeur, irritable  
 Vous avez des problèmes de sommeil  
 Vous avez eu une prise de poids récente

15. *Ces symptômes sont ?*

Supportables     Gênants     Très gênants

16. *Prenez vous un traitement ?*

Prescrit par un médecin  
 Conseillé par un pharmacien  
 Acheté par vous-même

17. *Quel est ce traitement ?.....*

18. *A-t-on pris le temps de vous expliquer les bénéfices et les risques de votre traitement ?*

Oui     Non

19. *Si oui, qui ?.....*

20. *Qu'est-ce qui vous a particulièrement motivé à prendre ce traitement ?*

- Votre médecin
- Les bouffées de chaleur
- Autres : .....

21. *En ce qui concerne l'efficacité de votre traitement, vous êtes ?*

- Pas du tout satisfaite
- Peu satisfaite
- Satisfaite
- Très satisfaite

22. *Pensez-vous qu'un entretien au cours duquel votre pharmacien pourrait vous expliquer la ménopause et répondre à vos questions serait ?*

Inutile     Intéressante     Nécessaire

23. *Pour vous, combien de temps devrait durer cette entretien ?*

15 min     30 min     1 heure

**ANNEXE n°3 : Tableau de recrutement et suivi**

Nom- Prénom	Questionnaire distribué		Date	Entretien proposé		Date	RDV pour 1 <sup>er</sup> entretien	Entretien effectué (Date)	Pharmacien Référent
	Oui	Non		Oui	Non				

## ANNEXE n°4 : Quizz « ménopause »

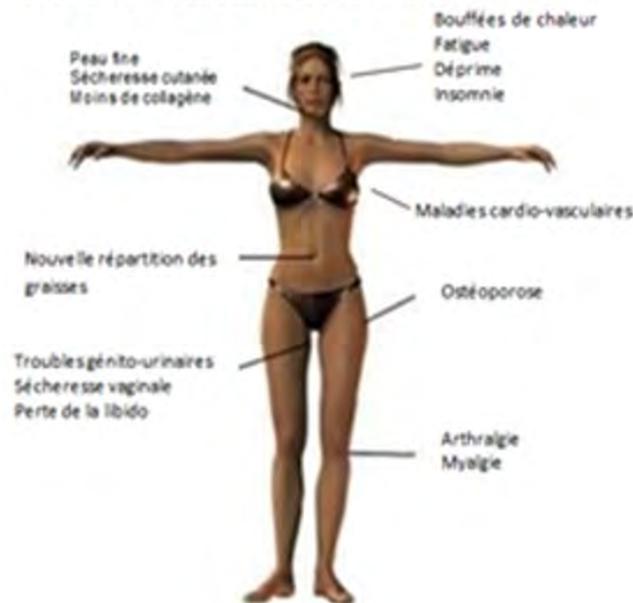
	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. Les bouffées de chaleur sont les seuls symptômes de la ménopause		X	
2. La ménopause survient dès que la femme n'a plus ses règles	X	X	
3. La ménopause n'a pas de conséquence à long terme		X	
4. A la ménopause, la femme prend du poids		X	
5. La ménopause correspond à une disparition des oestrogènes	X		
6. Les oestrogènes n'ont pas d'action sur la peau		X	
7. Il n'existe qu'une sorte de traitement pour la ménopause		X	
8. Le traitement hormonal de la ménopause peut être donné à toutes les femmes		x	
9. La ménopause peut entraîner des troubles cardiaques	X		
10. Les mammographies doivent être réalisées tous les 2 ans	x		
11. La ménopause ne nécessite pas de suivi gynécologique		X	
12. Une ménopause est dite précoce quand elle survient avant 50 ans		x	
13. La ménopause peut entraîner une fragilité osseuse	x		
14. La ménopause n'est pas définitive		X	
15. Le sport permet de lutter contre la fragilité osseuse	x		
16. Seul un gynécologue peut prescrire un traitement pour la ménopause		X	
17. Les compléments alimentaires contre les troubles de la ménopause sont sans danger pour la santé		X	
18. La ménopause est diagnostiquée par un bilan sanguin		X	
19. Le traitement hormonal doit être instauré dès le début de la ménopause mais pas par la suite		X	
20. Le traitement hormonal est un traitement à vie		x	

## ANNEXE n°5 : Fiche mémo

### La ménopause

*La ménopause est un arrêt permanent des règles, elle est diagnostiquée quand il existe une période sans menstruation d'au moins un an, sans pathologie associée. Elle est définitive et correspond à l'épuisement des cellules donnant naissance aux ovules et à la disparition des oestrogènes.*

#### Troubles possibles liés à la ménopause



#### Traitements

- Traitement hormonal de la ménopause
- Autres médicaments
- Compléments alimentaires
- Phyto-oestrogènes
- Homéopathie

#### Suivi

- Consultation pour suivi du traitement..... tous les 6 mois
- Examen gynécologique .....tous les ans
- Frottis.....tous les 3 ans
- Mammographie.....tous les 2 ans
- Bilan sanguin.....tous les ans

## ANNEXE n°6 : Questionnaire de satisfaction

**1. Concernant la durée de cet entretien, vous l'avez trouvée :**

- Adéquate
- Trop longue
- Trop courte

**2. Avez-vous trouvé cet entretien :**

- Utile
- Inutile

**3. Les thèmes abordés sont pour vous :**

- Très intéressants
- Intéressants
- Peu intéressants
- Pas du tout intéressants

**4. Quels autres thèmes souhaiteriez-vous aborder lors d'un prochain d'entretien :**

.....

**5. L'heure du rendez-vous vous a-t-elle convenue :**

- Oui
- Non

**6. Vous sentez vous rassurer par rapport à votre ménopause grâce à cet entretien :**

- Oui
- Non

*Si non pourquoi :* .....

**7. Avez-vous la sensation d'avoir acquis de nouvelles connaissances :**

- Un peu
- Beaucoup
- Pas du tout

**8. Recommanderiez-vous ces entretiens à vos amis :**

- Oui
- Non

*Si non pourquoi :* .....

**9. Pensez-vous que ce suivi peut améliorer votre quotidien**

- Oui
- Non

*Si non pourquoi :* .....

**10. Avez-vous d'autres attentes ou des suggestions :** .....

## Références

- [1] P.LOPES, F.TREMOLLIÈRES, « Guide pratique de la ménopause, 2<sup>ème</sup> édition », Editions Masson, 2004, 205 pages.
- [2] E.DRAPIER-FAURE, C.JAMIN, « La ménopause », Collection Conduites, Editions Doin, 2003, 197 pages.
- [3] L.CHABY, « La ménopause pour le praticien », Editions Estem, 2002, 120 pages.
- [4] Site internet de l'INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Thématique de Santé publique, Ménopause, (<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/la-menopause>) consulté le 31/01/2013.
- [5] Site internet université de Lille, ([http://passeport.univ-lille1.fr/site/biologie/scbio/procreation/procreation\\_web.publi/web/co/04\\_3\\_Regul\\_femme.html](http://passeport.univ-lille1.fr/site/biologie/scbio/procreation/procreation_web.publi/web/co/04_3_Regul_femme.html)) consulté le 31/01/2013.
- [6] Site internet du CHU de Toulouse, (<http://www.chu-toulouse.fr/formation-des-ovocytes-et>) consulté le 31/01/2013
- [7] L.J.HEFFNER, « Reproduction humaine », Editions De Boeck Supérieur, 2003, 128 pages.
- [8] Site internet Women Health Info, (<http://www.women-health-info.com/WEB-FR/238-FR-Oestrogenes.html>) consulté le 30/03/2013
- [9] D.MONNIAUX, « Apoptose ovocytaire et évolution de la réserve ovarienne », (<http://elsevier.com/locate/gyobfe>), Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 30, (822-826), 2002, 5 pages.
- [10] Le Moniteur des Pharmacies, La ménopause, numéro 2575, cahier numéro 2, 26 Mars 2005.
- [11] H.ROZENBAUM, Ménopause : aspects actuels, Editions Eska, 2000, 256 pages.
- [12] Haute Autorité de Santé (HAS), « Intérêt des dosages hormonaux de fsh et lh chez les femmes à partir de 45 ans », ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages\\_hormonaux\\_FSH\\_LH\\_synth](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dosages_hormonaux_FSH_LH_synth)), Janvier 2005, 6 pages.
- [13] M.CARRERE D'ENCAUSSE, « La ménopause : Des solutions concrètes pour prévenir et traiter les troubles majeurs », Editions Marabout, 2005, 127 pages.
- [14] C.JAMIN, E.LEUTENEGGER, S.SENOUSI, C.DEVAUX, « La cinquantaine et la ménopause. Plaintes exprimées et non exprimées par les patientes. Perception par les médecins et impact sur la prise en charge. », (<http://france.elsevier.com/direct/GYOBFE/>), Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 33, (119-125), 2005, 7 pages.
- [15] AFEM, Agence Française pour l'Etude de la Ménopause, (<http://www.menopauseafem.com/afem/>)
- [16] G.BOUTET, « Traitement des bouffées de chaleur après cancer du sein », Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40, (241-254), (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/12979589/40/4>), 2012, 14 pages
- [17] D.STURDEE, « The hot flush : the enigma of the climateric », Obstetrics and gynaecology, 2001, volume 4, numéro 1, pages 1-3.

- [18]LD.CHANNON, SE.BALLINGER, « Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression », Br J Med Psychol, 1986, 59, 173-180, 8 pages.
- [19]J.BERDAH, Psychosomatique et sexualité, « Comment rester en forme après 50 ans ?», (<http://france.elsevier.com/direct/GYOBFE/>), Gynécologie et fertilité 34, 2006, (920-926), 7 pages.
- [20]Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Recherche sur la ménopause : bilan de la décennie 90 », Série de rapports techniques, numéro 866, 1996, 124 pages.
- [21]K.TEXIER, « Consultation dédiée a la ménopause : étude transversale descriptive auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées », Mai 2013, 50 pages.
- [22]J.DUBOIS, « La peau : de la santé à la beauté, notions de dermatologie et de dermocosmétique », Editions Privat, 205 pages.
- [23]M.FAURE, « Effets bénéfiques des traitements hormonaux en cosmétologie », Editions médicales et scientifiques Elsevier, 2001, 5 pages.
- [24]A.COHEN-LETESSIER, « La cosmétique dans le vieillissement cutané », Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie, numéro 192, (31-32), Décembre 2009, Cahier 1, 2 pages.
- [25]A.SIMEON, MACQUART.FX, COHEN-LETESSIER.A, « Effet d'une préparation à usage topique contenant de l'extrait titré de soja à 5%, de l'extrait titré de Centella asiatica à 1% et l'association des deux dans le vieillissement cutané chez l'animal », Nouvelles Dermatologiques, 2000, 19 ; 636-640
- [26]G.ANDRE, « Oestrogènes et maladie d'Alzheimer : les mécanismes d'action », Reproduction humaine hormonale, 1996, numéro 9, 145-150.
- [27]Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Président Professeur M.TOURAIRE, « Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique », 22ème journées nationales, tome XXII, Décembre 1998, 16 pages.
- [28]M.BEJI, « Les modifications physiologiques et les conséquences de la ménopause », (<http://www.stmi.org.tn/docs/Vcongres/menopbeji.htm>), 2002, 14 pages.
- [29]X.CHEVALIER, « Rhumatologie par la COFER », Editions Masson.
- [30]Site internet du GriO, Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses, (<http://www.grio.org>) consulté le 30/03/2013.
- [31]Le Moniteur des Pharmacies, Ostéoporose, numéro 2695, cahier n°2, 6 Octobre 2007.
- [32]HAS, Haute Autorité de Santé, Dossier sur l'ostéoporose, ([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1194578/fr/osteoporose](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194578/fr/osteoporose)), consulté le 30/11/2013.
- [33]F. LE GAILLARD, C.MULLER, « exploration du métabolisme osseux : indication et sémiologie. Sémiologie, biologie clinique, médicaments des affections dermatologiques, rhumatologique et ophtalmiques », Faculté de des sciences pharmaceutiques de Toulouse, ECI4.2.
- [34]VITAL DURAND Denis, LE JEUNNE Claire, « Dorosz – Guide pratique des médicaments » (30ème édition), Maloine, 2011, 1892 pages.
- [35]Site internet Thériaque, (<http://www.theriaque.org>).
- [36]Site internet Pharmacorama, (<http://www.pharmacorama.com>).

- [37]INSERM, « THM tous coupables ? Quels bénéfices ? Quels risques ? Quels choix ? », Réunion conjointe du Comité d'interface Reproduction Humaine et de la Société française d'endocrinologie, 2004,205 pages.
- [38]C.SALLES, P.URFALINO, « Au bénéfice du doute Les « notables de la ménopause » face aux risques du Traitement Hormonal Substitutif » ([http://www.atoute.org/au\\_benefice\\_du\\_doute.pdf](http://www.atoute.org/au_benefice_du_doute.pdf)), Septembre 2004, 157 pages.
- [39]Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), « Informations générales sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause » ([http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/0e96a9c770ac2d3114c3779e2ae439a1.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0e96a9c770ac2d3114c3779e2ae439a1.pdf)), Juillet 2006, 8 pages.
- [40]National Institute on Aging Information Center, « Hormones and Menopause : Tips from the National Institute on Aging » ([www.nia.nih.gov/HealthandAging](http://www.nia.nih.gov/HealthandAging/Publications09-7482) Publications09-7482), Aout 2012, 8 pages.
- [41]T. J. DE VILLIER, M. L. S. GASS, C. J. HAINES, J. E. HALL, R. A. LOBO, D. D. PIERROZ and M. REES, « Global consensus statement on menopausal hormone therapy », (<http://www.gemvi.org/documents/actu-17-doc>), Avril 2013, 4 pages.
- [42]Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), "Traitements hormonaux substitutifs de la ménaupose. Rapport d'orientation" ([http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/1d9c8140d6d4e6f4d3726677ffc24f5a.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1d9c8140d6d4e6f4d3726677ffc24f5a.pdf)), Mai 2004, 78 pages.
- [43]C.RIBOT, F.TREMOLLIERES, « Traitement hormonal chez les femmes ménopausées : tous les traitements sont-ils équivalents ? », Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 35, (388-397), 2007, 10 pages.
- [44]Site internet Legifrance, (<http://www.legifrance.gouv.fr>)
- [45]C.JAMIN, P.MADELENAT, « Traitement hormonal de la ménopause : pour », Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 36, (98-103), 2008, 7 pages.
- [46]N.NANDA, L.BASTIAN, V.HASSELBLAD, « Hormone replacement therapy and the risk of colorectal cancer : a meta-analys. », Obstetrics and gynecology, 1999, numéro 93, 880-883.
- [47]Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal (GEMV), « Fiche d'information aux patientes », (<http://gemvi.org>), 2013, 6 pages.
- [48]Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ANSES, « Table Ciqua 2012 » (<http://www.afssa.fr/TableCIQUAL/>).
- [49]F.TREMOLLIERES, J-M PARILLES, C.RIBOT, « Proposition d'une stratégie de prévention du risque fracturaire en début de ménopause », Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, numéro 37, 2007, 50-56.
- [50]F. STOLL, C.Y. AKLADIOS, C. MATHELIN, « Vitamine D et cancer du sein : y a-t-il un lien ? », Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 41, (242-250), 2013, 9 pages.
- [51]Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), « Recommandations à destination des biologistes concernant la spécificité des dosages de vitamine D » ([http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/b8d261e1e6faae42c5423a93bc104224.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b8d261e1e6faae42c5423a93bc104224.pdf)), Juillet 2009, 3 pages.

- [52]MAYOUX-BENHARMOU M.A., REVEL M., « Place de l'exercice physique dans la prévention de l'ostéoporose », La Lettre du rhumatologue, Avril 1998, 241 : 23-26, 3 pages.
- [53]J.BERDAH, Psychosomatique et sexualité, « Intérêt d'une bonne hygiène dans la prévention de l'ostéoporose : le rôle du gynécologue », (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/12979589/35/9>), Gynécologie et fertilité 35, (785-790), 2007, 6 pages.
- [54]J.BELAISH, « La DHEA : désir et résistance », Gynécologie, obstétrique et fertilité, numéro 30, (961-969), 2002, 9 pages.
- [55]F.TREMOLLIÈRES, C.RIBOT, « Indications du raloxifène chez la femme ménopausée », Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, numéro 34, 2006, 47-53.
- [56]P.THIS, B.GUYOT, « Raloxifène et tissu mammaire : du concept des SERMs à la place de ce composé en pratique clinique. », Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, numéro 32, 2004, 75-84.
- [57]J.FLEURENTIN, P.SAUVANT, R.RIEGER, B.ARNAL-SCHNEBELEN, « Les plantes chez la femme ménopausée : une alternative aux traitements hormonaux de substitution », Metz, Société française d'Ethnopharmacologie, 2008, 44 pages.
- [58]F. JOANNY MENVIÈLLE-BOURG, « Plantes et vieillissement, données actuelles », Phytothérapie, Numéro 2, 57-71, 15 pages.
- [59]S.VERGNE et P.SAUVANT, « Les isoflavones de soja dans le traitement de la ménopause », Phytothérapie appliquée, Phytothérapie, Numéro 4, 172-180, 2006, 9 pages.
- [60]PH.CHANTRE, « Isoflavones de soja et bouffées de chaleur », Bien être et santé au féminin, Phytothérapie, Numéro 1, 2006, 4 pages.
- [61]P.GOETZ, « Le rôle du houblon et de ses constituants dans le traitement de la ménopause », Phytothérapie 2007 Numéro 2, 83-85, 2007, 3 pages.
- [62]Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (Afssa) et Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), « Sécurité et bénéfices des phytoestrogènes apportés par l'alimentation – Recommandations » (<http://www.afssa.fr/Documents/NUT-Ra-Phytoestrogenes.pdf>), Mars 2005, 440 pages.
- [63]N. CHABBERT-BUFFET, G. BOUTET, « Les traitements non estrogéniques des symptômes de la ménopause : quels risques ? », Revues générales, Ménopause, Réalités en Gynécologie-Obstétrique, numéro 160, Février 2012, 5 pages.
- [64]H.BAFFET, « Suivi de la ménopause, traitement alternatif au traitement hormonal de la ménopause », (<http://www.amiform.com/web/documents-troubles-menopause/hb-suivi-et-traitements-alternatifs-au-thm.pdf>), Novembre 2012, 29 pages.
- [65]C.BESNARD-CHARVET, « Homéopathie et péri-ménopause », La formation médicale continue du CEDH, Editions CEDH, 2009, 125 pages.
- [66]DJ.SAYOUS, « Le grand livre de l'homéopathie », 2<sup>ème</sup> édition, Editions Eyrolles, 2012, 414 pages.
- [67]J. GINDRE, « Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal ; Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à l'aide d'entretiens semi-dirigés », Mai 2009, 175 pages.

- [68] Organisation mondiale de la santé (OMS), Communiqué de presse, « L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde », ([http://www.who.int/whr/2000/media\\_centre/en/wh00\\_press\\_release.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/wh00_press_release.pdf?ua=1)), 8 pages.
- [69] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ; Insee ; ([http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?.reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06311](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?.reg_id=0&ref_id=NATTEF06311))
- [70] ISABELLE ROBERT-BOBEE, division Enquêtes et études démographiques, Insee ; « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 » ; ([http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=IP1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=IP1089)), Juillet 2006, 4 pages.
- [71] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, la loi HPST, plaquette grand public, ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette\\_HPST\\_grand\\_public-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf)), 8 pages.
- [72] Ministère de la santé et des sports, Loi HPST, Coopération entre professionnels de santé, ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation\\_entre\\_professionnels\\_de\\_sante\\_4.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf)), 2 pages.
- [73] IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires, (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>), Décembre 2012, 44 pages.
- [74] EHESP École des hautes études en santé publique, Dossier documentaire, Loi HPST Hôpital Patients Santé Territoire, ([http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/09/DO\\_LoiHPST\\_20120906.pdf](http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/09/DO_LoiHPST_20120906.pdf)), Septembre 2012, 53 pages.
- [75] Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Mr Gérard Larcher, ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Larcher\\_definitif.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf)), 102 pages.
- [76] Rapport de la commission pour la libération de la croissance française, sous la présidence de Jacques Attali, (<http://www.lefigaro.fr/assets/pdf/attali.pdf>), Janvier 2008, 245 pages.
- [77] FERRAND Richard, Rapport sur les professions réglementées, pour une nouvelle jeunesse, ([http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/rapport\\_professions\\_reglementees-r-ferrand.pdf](http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/rapport_professions_reglementees-r-ferrand.pdf)), octobre 2014, 93 pages.
- [78] Ordre national des pharmaciens, Réaction de l'ordre national des pharmaciens à l'étude de l'inspection générale des finances concernant la profession de pharmacien, (<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Reaction-de-l-ONP-a-l-etude-de-l-IGF>), Aout 2014, 107 pages.
- [79] Ameli, Avenant n°1 à la convention nationale, (<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>), Juillet 2013.
- [80] SIMON Laurent, Le pharmacien de France, enjeux : à la conquête des AVK, (<http://www.lepharmaciendefrance.fr/janvier2013/enjeux-la-conqu-te-des-avk.html>).
- [81] Haute Autorité de Santé (HAS), « Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation ; Recommandations » (([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf))), Juin 2007, 8 pages.
- [82] STEPHANE JACQUEMET, DR AGNES CERTAIN, « Education thérapeutique du patient : place du pharmacien », Bulletin de l'Ordre 367, Juillet 2000, 7 pages.

- [83] Haute Autorité de Santé (HAS), « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf)), Juin 2007, 109 pages.
- [84] Cespharm, « Rôle du pharmacien » (<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>), Février 2012, 2 pages.
- [85] Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). « L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses », ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions\\_reponses\\_vvd\\_pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_pdf)), 2007, 5 pages.
- [86] PUJOL Robert, « Education thérapeutique du patient : Cours de 6ème année de la faculté des sciences pharmaceutique de Toulouse », 2010, 144 diapositives.
- [87] Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux, (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027612770>)

**BEAUMELOU Nancy**

**LA MENOPAUSE : ETUDE DE FAISABILITE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE.**

---

**RESUME en français**

La ménopause est un état physiologique, étape obligatoire dans la vie d'une femme. L'augmentation de l'espérance de vie amène les femmes à vivre de plus en plus longtemps avec cette carence oestrogénique dont certaines conséquences peuvent dégrader la qualité de vie des patientes.

Ce travail permet dans un premier temps de voir ou de revoir les mécanismes précis de la ménopause et de ses traitements afin de posséder les connaissances nécessaires pour répondre aux interrogations des femmes à l'officine.

Dans une seconde partie, nous allons décrire le principe des entretiens pharmaceutiques, leur origine au cœur de la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » et leur évolution vers différents thèmes en partant de celui des antivitamines K.

Enfin, nous étudions la faisabilité des entretiens pharmaceutiques en ce qui concerne la prise en charge de la femme ménopausée à l'officine. Nous mettons en place une série d'exercice à proposer aux patientes et nous décrivons le travail effectué en amont et en aval de ce dispositif de suivi. Ce programme est testé sur deux patientes.

L'éducation thérapeutique est l'avenir de la santé en France. Si les patients gèrent mieux leur pathologie, les risques iatrogènes seront diminués. On pourra alors observer une amélioration de leur état de santé et une diminution des dépenses de soins. Ces nouvelles missions et notamment les programmes d'entretiens pharmaceutiques représentent l'avenir du métier de pharmacien.

---

**Titre en Anglais : MENOPAUSE, FEASIBILITY STUDY OF PHARMACEUTICAL INTERVIEWS AT THE PHARMACY**

---

**DISCIPLINE administrative : Pharmacie**

---

**MOTS-CLES : ménopause – entretien pharmaceutique – rôle du pharmacien – nouvelle mission**

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Faculté de sciences pharmaceutiques. Université Toulouse III.

35 chemin des maraichers

31062 Toulouse Cedex

**Directeurs de thèse :** Madame Peggy Gandia et Madame Brigitte Sallerin