

DOCTEUR, EST-CE QUE ÇA PEUT ÊTRE MES HORMONES ?

GUYLAINE LAGUÉ ET SONIA VÉGIARD



La périménopause est une période de transition hormonale marquée par des changements physiques et psychologiques variables. Reconnaître les symptômes constitue la première étape pour mieux les comprendre et offrir un accompagnement adapté aux personnes qui la traversent.

Il est très fréquent que les femmes se présentent en consultation et incriminent leurs hormones comme étant responsables de leurs maux. On reproche souvent aux professionnels de la santé de ne pas croire les patientes lorsqu'elles décrivent leurs symptômes ou de vouloir leur prescrire des antidépresseurs plutôt que de réellement les soigner. Les patientes ont accès à des sources d'information qui présentent souvent un seul côté de la médaille et qui peuvent influencer leur perception. Faire preuve d'écoute et d'empathie aide à distinguer ce qui relève de la périménopause normale des autres affections et à offrir les soins appropriés. Voyons comment s'y retrouver en accompagnant deux patientes à travers leur parcours.

L'HISTOIRE DE SIMONE

Vous rencontrez Simone, 43 ans, à votre cabinet. Elle est en bonne santé. Elle présente des bouffées de chaleur depuis quelques mois, occasionnellement le jour, jamais la nuit. Son cycle menstruel varie entre 22 et 28 jours. Son flux est plus abondant depuis quelques cycles. Elle ne présente aucun symptôme ni signe évocateur d'anémie ou de dysthyroïdie. Elle devient plus irritable quelques jours avant ses règles et dort moins bien pendant cette période. Elle a écouté un reportage sur la ménopause et aimerait obtenir un bilan hormonal afin de déterminer « si c'est ça le problème ».

DÉFINITIONS ET PHYSIOLOGIE

La ménopause survient généralement entre 45 et 55 ans, la moyenne se situant entre 50 et 52 ans^{1,2}. Elle correspond au moment où les ovaires cessent de fonctionner, entraînant une baisse des œstrogènes et de la progestérone. Selon la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC), la ménopause est confirmée après 12 mois consécutifs d'aménorrhée³; certains auteurs proposent toutefois d'attendre 24 mois d'aménorrhée pour la confirmer chez les femmes de moins de 50 ans⁴.

La périménopause correspond à la période de transition avant la ménopause. Elle peut s'accompagner de règles irrégulières et de différents symptômes attribuables aux fluctuations hormonales. Ceux-ci peuvent durer plusieurs années (en moyenne de 4 à 8 ans). La postménopause correspond à la période qui suit la ménopause : les concentrations hormonales se stabilisent, mais des modifications physiques et psychologiques persistent, notamment une diminution de la densité osseuse et une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires. Toutefois, dans le langage courant et la pratique médicale, les termes ménopause et postménopause sont souvent utilisés de manière interchangeable.

Le cycle menstruel normal est régulé par la stimulation des ovaires par l'hormone folliculostimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH). Durant la périménopause, les ovaires deviennent de moins en moins réceptifs; l'hypophyse tente en vain de les stimuler, ce qui entraîne une augmentation des taux de FSH et de LH. Malgré les efforts infructueux de l'hypophyse, les taux d'œstrogènes et de progestérone diminuent, la maturation folliculaire décline jusqu'à éventuellement cesser, ce qui accentue encore davantage les fluctuations hormonales. Lorsque les ovaires cessent leur

La D^{re} Guylaine Laguë est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. Elle est professeure agrégée au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. M^{me} Sonia Végiard est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au GMF-U de Drummondville. Elle pratique aussi en santé sexuelle au sein du GMF-U.

production hormonale, la ménopause s'installe. La figure 1⁵ illustre les fluctuations hormonales durant la péri-ménopause.

Le diagnostic de la ménopause est clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaires lorsque celle-ci survient à l'âge habituel et qu'il n'y a pas de symptômes d'alarme. Selon l'INESSS, il n'est pas nécessaire de demander un bilan hormonal pour confirmer la ménopause chez une patiente de plus de 45 ans¹.

MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA PÉRIMÉNOPAUSE ET DE LA MÉNOPAUSE

Le tableau 1¹ présente les principales manifestations cliniques associées à la péri- et à la postménopause. Certaines femmes peuvent n'éprouver que quelques symptômes, voire aucun; d'autres, en revanche, peuvent en ressentir plusieurs, qui peuvent persister jusqu'à une quinzaine d'années. Ces symptômes varient en intensité et peuvent avoir des répercussions défavorables sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social des patientes.

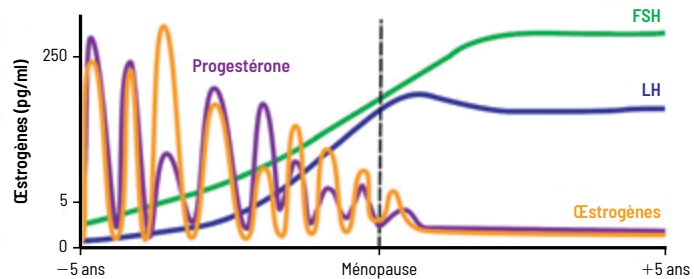
Les symptômes vasomoteurs (SVM) sont probablement la manifestation la plus connue des fluctuations hormonales. Ils peuvent survenir autant la nuit que le jour² et sont associés à une diminution de la qualité du sommeil, une plus grande irritabilité, des difficultés de concentration, une réduction de la qualité de vie, ainsi qu'à un état de santé global moins bon. Les femmes présentant des SVM courent un risque accru de maladie coronarienne³. Bien que 50 % des femmes éprouvent des SVM pendant 7 ans ou moins, environ 15 % peuvent en présenter pendant 15 ans ou plus^{2,3}.

Même si la ménopause constitue une cause très probable de SVM, une évaluation clinique attentive demeure nécessaire afin d'écarter d'autres causes possibles, notamment certaines affections (hyperthyroïdie, hypertension artérielle, néoplasie [symptômes B], anxiété ou attaques de panique) ou la prise de médicaments, tels que les inhibiteurs de l'aromatase ou les traitements hormonaux anticancéreux.

Les symptômes génito-urinaires sont nombreux : sécheresse vaginale, dyspareunie, dysurie, incontinence urinaire, infections urinaires récurrentes et urgences mictionnelles.

FIGURE 1

FLUCTUATIONS HORMONALES PENDANT LA PÉRIMÉNOPAUSE⁵



Traduit de : Chidi-Ogbolu N, Baar K. Effect of estrogen on musculoskeletal performance and injury risk. *Front Physiol.* 2019; 9: 1834. DOI: 10.3389/fphys.2018.01834. Cette figure est couverte et protégée par une licence Creative Commons – Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>. Adaptation autorisée.

TABEAU 1

MANIFESTATIONS CLINIQUES LIÉES À LA PÉRIMÉNOPAUSE ET À LA POSTMÉNOPAUSE¹

Les manifestations cliniques liées

à la péri-ménopause et à la postménopause :

- ▶ peuvent toucher plusieurs systèmes à une intensité variable, ce qui peut avoir des répercussions défavorables sur la qualité de vie;
- ▶ débutent généralement en péri-ménopause et persistent en moyenne de 4 à 7 ans, mais peuvent durer jusqu'à 15 ans, voire davantage chez certaines femmes. Les manifestations génito-urinaires peuvent persister jusqu'au décès.

Principales manifestations cliniques liées à la péri-ménopause et à la postménopause

- ▶ La majorité des femmes présenteront au moins une de ces manifestations cliniques* :
 - ▷ Altérations du sommeil
 - ▷ Manifestations génito-urinaires
 - ▷ Manifestations sexuelles (p. ex. diminution de la libido ou du désir, altération de la fonction sexuelle)
 - ▷ Symptômes vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes ou diurnes)
- ▶ Autres manifestations cliniques possibles*† :
 - ▷ Difficultés cognitives (p. ex. pertes de mémoire, difficultés de concentration)
 - ▷ Douleurs articulaires ou musculaires
 - ▷ Prise de poids, surtout au niveau abdominal
 - ▷ Instabilité émotionnelle
 - ▷ Symptômes anxieux ou dépressifs

* L'information est présentée en ordre alphabétique. La fréquence des manifestations peut varier selon les caractéristiques des populations; † Liste non exhaustive.

Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Prise en charge des manifestations cliniques liées à la ménopause par l'hormonothérapie*. Québec : INESSS; 2024. 10 pages. Texte original disponible en ligne : <https://bit.ly/inesss-menopause-hormonotherapie>.

Ceux-ci seront abordés plus en profondeur dans l'article intitulé « *Symptômes discrets, répercussions majeures : le syndrome génito-urinaire de la ménopause* » dans le présent numéro. Il importe de garder en tête que ces symptômes peuvent influencer la libido des femmes.

Les patientes en périménopause sont aussi plus susceptibles de présenter des altérations du sommeil. Des études indiquent que plus de 30 % des femmes dans la cinquantaine souffrent d'un trouble du sommeil ou d'un sommeil non réparateur⁶. Un sommeil de qualité contribue à la régulation des émotions ; à l'inverse, un sommeil perturbé peut entraîner des changements d'humeur, voire une augmentation du risque de dépression et d'anxiété. Certaines études montrent que le risque de présenter un trouble dépressif durant la période de transition vers la ménopause (c'est-à-dire la périménopause) est 1,4 fois plus élevé que durant la période de fertilité ou la postménopause⁷.

Après une discussion fondée sur l'écoute et l'empathie, la patiente comprend bien les notions liées à l'évolution normale vers la ménopause. Ce simple rendez-vous l'a rassurée, et elle s'est sentie écoutée et prise au sérieux.

L'HISTOIRE DE VÉRONIQUE

Véronique, 39 ans, consulte pour fatigue et sautes d'humeur depuis quelques mois. Son sommeil est moins réparateur, et elle note une baisse d'énergie. Récemment, elle est incommodée par des bouffées de chaleur. Elle est atteinte d'une hypothyroïdie bien équilibrée. Il y a 3 mois, elle a cessé de prendre ses contraceptifs oraux combinés, qu'elle utilisait depuis plusieurs années, souhaitant faire une pause. Depuis, elle n'a pas eu de menstruations. Véronique ne rapporte pas de douleurs pelviennes, de céphalées, de galactorrhée ni de symptômes systémiques inquiétants.

Les variations des concentrations d'œstrogènes et de progestérone peuvent entraîner des modifications du cycle menstruel : cycles plus courts et plus fréquents, saignements plus abondants, irrégularité des cycles, voire aménorrhée pendant quelques mois. Dans le cas de Véronique, devant une aménorrhée de plus de 3 mois après l'arrêt des contraceptifs oraux, associée à des symptômes évocateurs d'un dérèglement hormonal, plusieurs diagnostics différentiels doivent être envisagés. Ceux-ci sont présentés dans le *tableau II*.

CAUSES D'OLIGOMÉNORRHÉE ET D'AMÉNORRHÉE

TABLEAU II

Causes endocriniennes (non gynécologiques)

- » Syndrome ovarien métabolique polyendocrinien (anciennement nommé SOPK)
- » Dysthyroïdie
- » Hyperprolactinémie
- » Perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien
 - ▷ Stress
 - ▷ Changement de poids significatif
 - ▷ Activité physique excessive
 - ▷ Trouble alimentaire

Causes gynécologiques

- » Grossesse
- » Contraception hormonale (instauration ou arrêt)
- » Variation périménopausique
- » Insuffisance ovarienne prématurée

Tableau des auteures

Chez toute femme de moins de 40 ans présentant une irrégularité menstruelle récente, un bilan sanguin de base comprenant un dosage de la bêta-hCG, de la TSH, de la prolactine, de la FSH et de l'estradiol est recommandé⁸. Au-delà de 40 ans, certains bilans peuvent être indiqués, notamment pour rechercher des affections endocriniennes ; toutefois, le dosage de la FSH et de l'estradiol est nettement moins pertinent et n'est pas nécessaire après 45 ans⁹.

L'HISTOIRE DE VÉRONIQUE (SUITE)

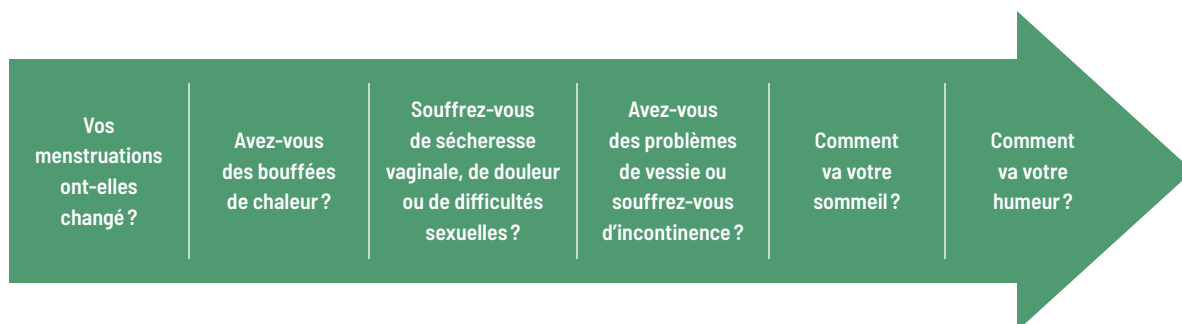
Un bilan hormonal est demandé : la grossesse est exclue. La TSH est normale, confirmant que l'hypothyroïdie demeure bien équilibrée. La prolactine se situe dans les limites usuelles. En revanche, la FSH est nettement élevée, mesurée à deux reprises à quelques semaines d'intervalle, et est accompagnée d'un estradiol bas, ce qui est compatible avec une insuffisance ovarienne prématurée.

INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURÉE

L'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) correspond à un hypogonadisme hypergonadotrophique survenant avant

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA MÉNOPAUSE
(MENOPAUSE QUICK 6)¹⁴**

FIGURE 2



Source : Goldstein S. Un outil efficace de prise en charge de la ménopause en première ligne. *Can Fam Physician*. 2017 ; 63 : 295. Reproduction autorisée.

40 ans. Elle se manifeste par une irrégularité menstruelle (allant de l'oligoménorrhée à l'aménorrhée) pouvant s'accompagner de symptômes ménopausiques tels que bouffées de chaleur, changements d'humeur et sécheresse vaginale¹⁰. Le diagnostic est confirmé par la présence d'une irrégularité menstruelle (avec ou sans symptômes de ménopause) avec FSH élevée et estradiol bas.

Attention !

- ▶ L'irrégularité menstruelle peut être masquée par la prise de contraceptifs oraux combinés cycliques.
- ▶ Plusieurs femmes présentent une fonction ovarienne intermittente au moment du diagnostic. Les valeurs de laboratoire peuvent donc être normales chez les patientes ayant des cycles ovulatoires.

L'origine de l'IOP est souvent inconnue ; la plupart des cas (jusqu'à 70 %) demeurent idiopathiques¹¹. Les causes reconnues comprennent des anomalies génétiques (p. ex. syndrome de Turner, délétions du chromosome X, prémutation du gène *FMR1*), des troubles auto-immuns, des facteurs iatrogènes (p. ex. chimiothérapie, radiothérapie pelvienne, chirurgie ovarienne), ainsi que des maladies métaboliques et des infections. L'évaluation génétique est particulièrement importante en cas d'aménorrhée primaire ou d'antécédents familiaux de ménopause précoce, car elle peut orienter l'accompagnement en reproduction et les stratégies de préservation de la fertilité. Selon le contexte, d'autres examens peuvent aussi être envisagés : caryotype, anticorps antithyroïdiens, anticorps antisurrénaux (ou anti-21 hydroxylase), cortisol à 8 h et hormone corticotrope (ACTH), dépistage de la prémutation *FMR1*, tests génétiques, etc. Une orientation vers un spécialiste est indiquée lorsqu'une cause particulière est suspectée et nécessite ce type d'évaluation.

Lors de l'annonce du diagnostic, un aspect clé à ne pas négliger est le soutien émotionnel. Les patientes ne recevront pas toutes un tel diagnostic avec sérénité : certaines y verront une atteinte à leur féminité, tandis que d'autres vivront des enjeux liés à des projets de grossesse. L'insuffisance ovarienne prématurée n'est toutefois pas synonyme d'infertilité : une grossesse surviendra chez 5 % à 10 % des patientes après le diagnostic¹². Dans certains cas, un suivi en clinique de fertilité peut être nécessaire si les cycles sont très irréguliers ou si un autre diagnostic s'ajoute à l'IOP. La discussion concernant la contraception demeure également importante chez les patientes atteintes d'IOP qui ne souhaitent pas de grossesse.

À moins d'une contre-indication absolue, toutes les femmes atteintes d'une IOP devraient recevoir une hormonothérapie substitutive afin de réduire les risques d'ostéoporose et de maladie cardiovasculaire et d'atténuer les autres effets de l'hypœstrogénie¹³.

Une orientation vers la gynécologie peut être envisagée pour compléter l'évaluation si le diagnostic est incertain ou pour amorcer un traitement d'hormonothérapie substitutive si le médecin de famille est moins familier avec l'instauration et le suivi de ce type de traitement.

TRAITER LES SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE

Il existe un test simple et rapide (*Menopause Quick 6*)¹⁴ permettant de dresser un inventaire des symptômes de la péri-ménopause et de la ménopause. Cet outil, créé par la D^{re} Susan Goldstein en 2017, permet d'évaluer, en moins de 2 minutes, le spectre des symptômes (figure 2¹⁴). Si la patiente répond « oui » à une des questions (1 à 4), elle pourrait être candidate à un traitement par hormonothérapie. *L'article intitulé : « Le traitement des symptômes vasomoteurs : visons juste ! » dans le présent numéro aborde les principes de traitement.*



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » La ménopause survient habituellement entre 45 et 55 ans, la moyenne se situant entre 50 et 52 ans.
- » Dans 70 % des cas, la cause de l'insuffisance ovarienne prématurée demeure inconnue.
- » Des mesures non pharmacologiques peuvent aider à soulager les symptômes de la ménopause : faire de l'activité physique régulière, adopter une alimentation équilibrée, limiter l'alcool et la caféine, et éviter le tabac.

Beaucoup de mesures non pharmacologiques peuvent être mises en place pour soulager les symptômes de la ménopause et atténuer ses effets. L'éducation et le soutien sont essentiels pour expliquer la physiologie, corriger les idées préconçues et rassurer les patientes quant à la normalité de ce qu'elles vivent. Une hygiène de vie adéquate doit être encouragée, incluant de l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée. Il est aussi recommandé de limiter la consommation d'alcool et de caféine ainsi que d'éviter le tabac. Des techniques de relaxation, telles que le yoga ou la méditation, de même que la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent être bénéfiques pour la gestion du stress et des troubles du sommeil. Le recours à des groupes de soutien ou à des ressources communautaires peut contribuer à améliorer l'accompagnement et la qualité de vie des patientes.

La société québécoise évolue et devient de plus en plus multiethnique ; il est donc essentiel, pour les professionnels de la santé, d'accueillir l'expérience de la ménopause et de tenter d'en comprendre la signification pour chaque patiente. La ménopause constitue une transition importante d'un point de vue biologique, mais peut aussi l'être sur le plan social. Elle peut être influencée par les normes de genre ainsi que par des facteurs familiaux et socioculturels, y compris la façon dont le vieillissement de la femme et la transition vers la ménopause sont perçus dans chaque culture.

Véronique accueille la nouvelle avec un mélange d'inquiétude et de soulagement, heureuse d'obtenir enfin une explication à ses symptômes. Elle a été orientée en gynécologie et reçoit désormais une hormonothérapie substitutive.

CONCLUSION

La ménopause fait partie du processus biologique normal du vieillissement. Ses répercussions sont bien réelles et doivent être prises au sérieux. Prendre le temps d'écouter et d'informer constitue la base de la prise en charge des symptômes liés à la périménopause et à la ménopause chez nos patientes. ■

Date de réception : le 20 janvier 2026

Date d'acceptation : le 8 février 2026

La D^{re} Guylaine Laguë et M^{me} Sonia Végiard n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Prise en charge des manifestations cliniques liées à la ménopause par l'hormonothérapie*. Québec : INESSS ; 2024. 10 pages.
2. Organisation mondiale de la Santé. *La ménopause* (en ligne). Genève : OMS ; 2024. Site Internet : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/menopause (consulté le 22 décembre 2025).
3. Yuksel N, Evaniuk D, Huang L et coll. Guideline No. 422a: Menopause: vasomotor symptoms, prescription therapeutic agents, complementary and alternative medicine, nutrition, and lifestyle. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021 ; 43 (10): 1188-204.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.08.003
4. Guilbert E, Wagner MS. Contraception à la périménopause. *Le Médecin du Québec*. 2018 ; 53 (2): 35-9.
5. Chidi-Ogbolu N, Baar K. Effect of estrogen on musculoskeletal performance and injury risk. *Front Physiol*. 2019 ; 9: 1834. DOI : 10.3389/fphys.2018.01834
6. Freeman EW, Sammel MD, Gross SA et coll. Poor sleep in relation to natural menopause: a population-based 14-year follow-up of midlife women. *Menopause*. 2015 ; 22 (7): 719-26. DOI : 10.1097/GME.0000000000000392
7. Badawy Y, Spector A, Li Z et coll. The risk of depression in the menopausal stages: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024 ; 357: 126-33. DOI : 10.1016/j.jad.2024.04.041
8. Stuenkel CA, Gompel A, Davis SR et coll. Approach to the patient with new-onset secondary amenorrhea: is this primary ovarian insufficiency? *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 ; 107 (3): 825-35. DOI : 10.1210/clinem/dgab766
9. Lumsden MA, Dekkers OM, Faubion SS et coll. European Society of Endocrinology clinical practice guideline for evaluation and management of menopause and the perimenopause. *Eur J Endocrinol*. 2025 ; 193 (4): G49-G81. DOI : 10.1093/ajejo/lfaf206
10. Stuenkel CA, Gompel A. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med*. 2023 ; 388 (2): 154-63. DOI : 10.1056/NEJMc2116488
11. Tucker EJ, Grover SR, Bachelot A et coll. Premature ovarian insufficiency: new perspectives on genetic cause and phenotypic spectrum. *Endocr Rev*. 2016 ; 37 (6): 609-35. DOI : 10.1210/er.2016-1047
12. van Kasteren YM, Schoemaker J. Premature ovarian failure: a systematic review on therapeutic interventions to restore ovarian function and achieve pregnancy. *Hum Reprod Update*. 1999 ; 5 (5): 483-92. DOI : 10.1093/humupd/5.5.483
13. Sullivan SD, Sarrel PM, Nelson LM. Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause. *Fertil Steril*. 2016 ; 106 (7): 1588-99. DOI : 10.1016/j.fertnstert.2016.09.046
14. Goldstein S. Un outil efficace de prise en charge de la ménopause en première ligne. *Can Fam Physician*. 2017 ; 63 : 295.