

FORMATION CONTINUE

SYMPTÔMES DISCRETS, RÉPERCUSSIONS MAJEURES

LE SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE

KIM JODOIN ET MATHIEU LARRIVÉE



Le syndrome génito-urinaire de la ménopause apparaît sournoisement dans la vie des femmes, et peu d'entre elles en parlent à leur médecin, que ce soit par gêne, par méconnaissance ou parce que les symptômes sont attribués au vieillissement et normalisés¹⁻⁴. Selon les études, entre 27 % et 84 % des femmes en postménopause en sont atteintes^{1,3}. En parlez-vous à vos patientes ?

La ménopause modifie profondément le système gynécologique et urogénital de la femme. Si les symptômes vasomoteurs ou les troubles osseux sont bien connus, le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) demeure souvent ignoré. Il regroupe un ensemble de symptômes progressifs touchant la vulve, le vagin, l'urètre et la vessie, avec des répercussions majeures sur la qualité de vie, la sexualité et la santé globale de la femme¹⁻⁸. Le terme SGUM a été proposé en 2013 pour remplacer notamment « atrophie vulvo-vaginale » ou « atrophie urogénitale », afin de mieux englober à la fois les effets sur la vulve et le vagin et les symptômes urinaires associés³. La plupart des sociétés savantes estiment que la moitié des femmes ménopausées sont touchées par le SGUM^{1,3,5,9}. Le questionnement systématique des symptômes et l'ouverture du dialogue permettent une prise en charge proactive et adaptée^{1,4,5,9}.

LES CHANGEMENTS PHYSIOPATHOLOGIQUES

La vulve, le vagin, les voies urinaires inférieures ainsi que les muscles du plancher pelvien ont une origine embryologique commune. Ces tissus contiennent tous des récepteurs aux œstrogènes, et certains contiennent aussi des récepteurs aux androgènes^{1,4}.

Le SGUM résulte principalement d'une diminution des concentrations locales d'œstrogènes et, dans une moindre mesure, des androgènes. Cette carence liée à la ménopause entraîne des modifications histologiques et fonctionnelles^{1,3-6} (figure¹⁰) :

- ▶ une atrophie de l'épithélium vaginal ;
- ▶ une réduction de la vascularisation ainsi qu'une diminution de l'élasticité, du glycogène et du collagène au niveau vaginal ;

- ▶ une élévation du pH vaginal ;
- ▶ une altération du microbiote vaginal et une diminution des lactobacilles, entraînant une sécheresse, une irritation, une dyspareunie et une augmentation du risque d'infections ;
- ▶ une altération de la muqueuse urétrale et vésicale ;
- ▶ une diminution de la tonicité du plancher pelvien, prédisposant à l'urgenterie, à la pollakiurie, à la dysurie, aux infections urinaires récidivantes et à l'incontinence.

Le SGUM se caractérise par une évolution progressive. Contrairement aux symptômes vasomoteurs qui peuvent s'estomper avec le temps, les symptômes du SGUM tendent à s'aggraver en l'absence de traitement adéquat²⁻⁵.

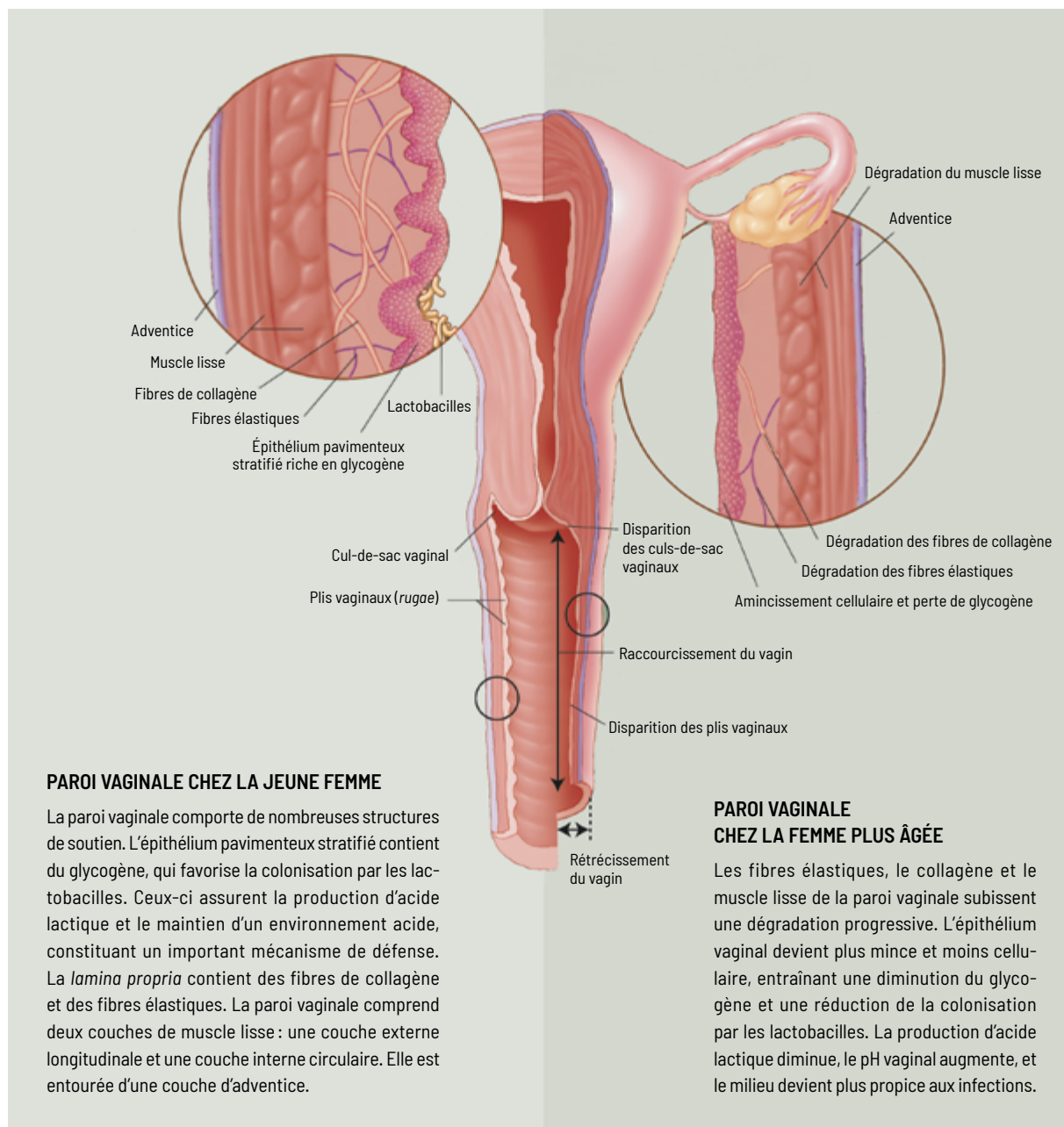
DÉPISTER ET ABORDER LE SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE

Les symptômes du SGUM apparaissent généralement au cours de la transition ménopausique (périménopause) et s'aggravent après la ménopause^{1,3,5}.

Le dépistage des symptômes du SGUM doit être systématique, même en l'absence de plainte. Il est particulièrement pertinent chez les femmes présentant des facteurs de risque, comme des antécédents de radiothérapie, de tabagisme, de sédentarité, de chirurgie gynécologique entraînant une perte de la fonction ovarienne, ou chez les patientes ayant reçu un traitement antihormonal (p. ex. cancer du sein)^{1,4-6,9,11}.

L'éventail des symptômes génito-urinaires de la ménopause est large, comme en témoigne le *tableau 1*^{2,3,9,12,13}. Il est néanmoins possible de dépister le SGUM à l'aide d'un questionnaire ciblé. Les patientes n'abordant que rarement ces symptômes

La D^{re} Kim Jodoin est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. Elle pratique en périnatalité à l'Hôpital Sainte-Croix et en santé sexuelle au GMF-U. Elle est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke. Le Dr Mathieu Larrivée est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. Il est professeur d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

CHANGEMENTS ANATOMIQUES ASSOCIÉS AU SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE¹⁰

Traduit de : Johnston SL. The recognition and management of atrophic vaginitis. *Geriatrics & aging* 2002(5) 7: 9-15. Reproduction autorisée.

spontanément, vous pouvez intégrer systématiquement quelques questions simples aux consultations de suivi, particulièrement en période péri- et postménopausique. Il est important de documenter les symptômes vulvovaginaux, génito-urinaires et sexuels, ainsi que leurs répercussions sur le quotidien des patientes et sur leur vie sexuelle^{1,4-9}.

Voici quelques exemples de questions clés à poser^{1,2,4,6,8} :

- » Avez-vous remarqué une sécheresse vaginale, une irritation, des brûlures ou un inconfort vaginal ?
- » Présentez-vous des pertes urinaires, des envies urgentes d'uriner ou un inconfort à la miction ?
- » Ces symptômes ont-ils des répercussions sur votre qualité de vie ou votre intimité ?

TABLEAU I

LES DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU SGUM^{2,3,9,12,13}

Manifestations vulvo-vaginales^{2,12,13}

- » Sécheresse vaginale et vulvaire
- » Sensation de brûlure, d'irritation, de prurit ou de tiraillement
- » Saignement vaginal
- » Dyspareunie
- » Diminution de la lubrification
- » Dysfonction sexuelle
- » Sensation de fragilité
- » Micro-saignement au coït
- » Diminution de la sensibilité
- » Sécrétions ou odeurs anormales

Manifestations génito-urinaires^{3,9,12}

- » Urgences mictionnelles
- » Pollakiurie, nycturie
- » Dysurie, brûlures mictionnelles
- » Infections urinaires récurrentes
- » Incontinence urinaire d'effort
- » Prolapsus

Impact sur la sexualité, la qualité de vie et la santé générale^{2,13}

- » Diminution de la libido
- » Évitement des rapports sexuels
- » Impact sur la relation de couple
- » Diminution de la sensibilité
- » Impact émotionnel, isolement, baisse de l'estime de soi

Ces questions ouvertes facilitent le dialogue et normalisent la discussion sur la sexualité et les changements liés à la ménopause^{1,5,6}.

L'examen physique vise à confirmer le diagnostic, à en apprécier la gravité et à exclure d'autres affections vulvaires ou urinaires^{1,6}.

- » Inspection vulvaire : l'examen révèle souvent une muqueuse pâle, amincie et fragile. On peut observer une diminution des plis cutanés, une rétraction du clitoris, une diminution du volume des lèvres, une perte de pilosité et une sténose progressive de l'orifice vaginal. Le vestibule peut apparaître érythémateux, mince, fragile et sensible au toucher. Une protrusion urétrale peut être présente^{1,2}.
- » Examen au spéculum : le vagin paraît étroit, raccourci et moins élastique. Une raideur à l'ouverture du vagin peut être observée. La muqueuse vaginale est amincie, pâle, friable, avec une diminution des plis. La paroi peut présenter des pétéchies ou des zones inflammatoires. Les sécrétions sont souvent minimes ou absentes. Un prolapsus génital peut être observé^{1,6}.

- » Toucher vaginal et évaluation du plancher pelvien : l'évaluation permet de mettre en évidence une hypertonie ou, au contraire, un relâchement du plancher pelvien. Elle contribue également au dépistage des prolapsus et au repérage des zones sensibles permettant d'exclure une vestibulodynie^{5,6}.

Des examens complémentaires sont parfois requis. Une analyse d'urine et une culture urinaire peuvent être indiquées en présence de symptômes urinaires. Une culture vaginale est envisagée en cas de pertes anormales, de démangeaisons ou de signes évoquant une infection concomitante⁵.

LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE

La prise en charge du SGUM doit être individualisée et centrée sur la patiente, et tenir compte de ses préférences, de ses antécédents, de son niveau d'inconfort et de ses objectifs^{4,5,11}.

Le rôle de l'éducation ne doit pas être sous-estimé. Expliquer la physiopathologie du SGUM aide les patientes à comprendre le caractère progressif des symptômes et l'importance d'un traitement continu. Il importe également de préciser qu'il n'y a pas d'urgence à traiter, mais que des options efficaces existent et que ces symptômes ne sont pas une fatalité liée au vieillissement. Une prise en charge précoce peut prévenir l'aggravation des symptômes^{4,5,11}.

Les patientes doivent être informées des différentes options thérapeutiques, de leurs bienfaits, risques et contraintes (coût, modalités d'application, effets indésirables)^{5,9,11}.

LES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Des mesures non pharmacologiques générales peuvent être proposées :

- » éviter les irritants vulvaires : savons parfumés, nettoyants vaginaux, douches vaginales, etc. (opinion d'expert)^{5,11} ;
- » encourager une activité sexuelle régulière, qui contribue à la trophicité vaginale^{1,11} ;
- » promouvoir l'activité physique^{6,7} ;
- » viser un poids santé⁷ ;
- » encourager la cessation tabagique^{4,11} ;
- » orienter vers la physiothérapie périnéale en présence de symptômes urinaires ou de dyspareunie^{5,11} ;
- » privilégier une approche multidisciplinaire : médecin, physiothérapeute, sexologue^{9,11}.

Malgré leur popularité croissante, les traitements par laser vaginal de type CO₂ et Er:YAG, ainsi que les dispositifs à radiofréquence, ne reposent pas sur suffisamment de données probantes pour que leur utilisation soit recommandée dans le traitement du SGUM. Il importe de préciser qu'aucune donnée probante de qualité ne soutient l'utilisation de produits naturels administrés par voie orale (opinion d'expert), ni celle du laser ou de la radiofréquence (recommandation modérée, grade C).

TABLEAU II

**OPTIONS DE TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES
DU SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE^{5, 6, 9, 11-13, 15, 16}**

Produit	Indication	Remarque	Recommandation/ Grade
Traitements non hormonaux			
Lubrifiants vaginaux	Sécheresse vaginale	Efficacité comparable aux œstrogènes locaux pour le soulagement des symptômes légers à modérés	Modérée, grade C ^{5,12}
Hydratants vaginaux	Sécheresse vaginale	Efficacité comparable aux œstrogènes locaux pour le soulagement des symptômes légers à modérés	Modérée, grade C ^{5,9,12}
Traitements hormonaux			
Œstrogènes vaginaux à faible dose	Sécheresse ou inconfort vulvo-vaginal, dyspareunie	► Disponibles en crème, comprimés, anneau vaginal ^{13,15} ► Absorption systémique minimale ^{6,13} ► Aucun lien établi avec le cancer du sein ou endométrial (opinion d'expert) ^{11,13}	Forte, grade C ^{5,13}
	Infections urinaires récurrentes		Modérée, grade B ⁵
Traitement hormonal par voie orale ou transdermique (œstrogènes ± progestatifs)	Symptômes de la ménopause, principalement vasomoteurs	Peut atténuer partiellement le SGUM, mais les symptômes génito-urinaires peuvent persister en l'absence de traitement spécifique local	Faible à modérée, grade C ^{5,11,12}
Modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes (MSRE)			
Ospémifène	Dyspareunie, sécheresse vaginale modérée à grave	► N'augmente pas le risque de cancer du sein (opinion d'expert) ¹¹ ► N'augmente pas le risque d'hyperplasie ou de cancer endométrial (modéré, grade C) ¹¹	Conditionnelle, grade C ^{11,16}
Déhydroépiandrostérone (DHEA)			
Prastérone	Sécheresse vaginale, dyspareunie	► N'augmente pas le risque de cancer du sein (opinion d'expert) ¹¹ ► N'augmente pas le risque d'hyperplasie ou de cancer endométrial ¹¹ ► D'autres études sont nécessaires pour confirmer l'innocuité à long terme chez les survivantes du cancer du sein (conditionnelle, faible) ¹¹	Modérée, grade C ¹¹

Les études disponibles sont limitées, hétérogènes et ne montrent pas de réduction durable des symptômes comparativement aux traitements établis¹⁴.

Il importe également d'évaluer les symptômes urinaires, qui peuvent relever d'un autre trouble, comme une vessie hyperactive, pour laquelle un agoniste bêta-3 peut être indiqué¹².

LES TRAITEMENTS NON HORMONAUX

Les hydratants vaginaux (utilisés plusieurs fois par semaine) et les lubrifiants (au besoin lors des rapports sexuels) constituent le traitement de première intention des symptômes légers ou modérés. Ils améliorent temporairement l'hydratation vaginale et réduisent l'irritation^{5,9}.

Les données suggèrent une efficacité comparable à celle des œstrogènes locaux pour les symptômes légers, bien qu'ils soient moins efficaces dans les formes modérées à graves. Ces produits, disponibles en vente libre, sont généralement bien tolérés et accessibles. On peut les utiliser en attendant un traitement hormonal local, mais ils ne sont pas couverts par les assurances^{5,9}.

LES TRAITEMENTS HORMONAUX ŒSTROGÉNIQUES

Les œstrogènes vaginaux à faible dose représentent l'option privilégiée pour soulager pour les symptômes modérés à graves du SGUM. Ils sont disponibles sous forme de crème, d'anneau ou de comprimés intravaginaux. Ils diminuent la

TABLEAU III

**INFORMATIONS RELATIVES À LA PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS
DU SYNDROME GÉNITO-URINAIRE DE LA MÉNOPAUSE¹⁵**

Produit	Préparation	Posologie	Coût*	Couverture par la RAMQ	Remarque
Hydratants vaginaux[†]					
Replens	Gel vaginal hydratant longue action	Application 2 fois/semaine ¹⁵	\$		
Vagisil	Gel	Application matin et soir ou avant les relations sexuelles ¹⁵	\$-\$\$\$		
Gynatrof	Gel vaginal hydratant	Application die x 7 jours puis tous les 3 jours ¹⁵	\$		
Lubrifiants vaginaux[†]					
K-Y	Lubrifiant à base d'eau	Au besoin	\$		
Astroglide	Lubrifiant à base d'eau	Au besoin	\$		
Pre-Seed	Lubrifiant à base d'eau	Au besoin	\$-\$\$		
Nixit	Lubrifiant à base d'eau	Au besoin	\$-\$\$		
Œstrogènes vaginaux à faible dose					
Estring (17β-estradiol)	Anneau vaginal	1 anneau de 2 mg tous les 3 mois ¹⁵	» \$ » 27\$/mois ¹⁵	✓	Bio-identique
Vagifem (17β-estradiol)	Comprimé intravaginal	10 µg die x 14 jours puis 10 µg 2 fois/semaine ¹⁵	» \$ » 29\$/mois ¹⁵	✓	Bio-identique
Premarin 0,625 mg/g (œstrogènes conjugués)	Crème intravaginale	0,5 g die x 14 jours puis 2-3 fois/semaine ¹⁵	» \$ » 21\$/mois ¹⁵	✓	
Estragyn (estrone)	Crème intravaginale 0,1 %	0,5 à 4 g die, traitement cyclique de 21 jours suivi d'une pause de 7 jours, ou traitement d'entretien 2-3 fois/semaine ¹⁵	» \$ » 25\$/mois ¹⁵	✓	Bio-identique
Modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes (MSRE)					
Ospémifène	Comprimé oral	1 comprimé de 60 mg par voie orale die ¹⁵	» \$\$\$ » 61\$/mois ¹⁵		
Déhydroépiandrostérone (DHEA)					
Prastérone	Comprimé vaginal	6,5 mg par voie intravaginale die ¹⁵	» \$\$\$ » 67\$/mois ¹⁵		

*\$: < 20\$/mois ; \$\$: 20-40\$/mois ; \$\$\$: > 40\$/mois. † Liste non exhaustive.

sécheresse et la dyspareunie, améliorent l'élasticité vaginale et le pH, et réduisent de manière significative les infections urinaires récidivantes. Les bienfaits sont souvent perceptibles après quelques semaines. Chez les patientes présentant un SGUM et recevant déjà une hormonothérapie par

voie orale ou transdermique, l'ajout d'œstrogènes vaginaux à faible dose ou d'un traitement vaginal à la déhydroépiandrostérone (DHEA) peut être proposé (opinion d'expert)^{11,13}. Il en va de même chez les patientes présentant un SGUM associé à une affection génito-urinaire concomitante, comme une



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Le SGUM est un syndrome progressif et très fréquent qui a des répercussions majeures sur la qualité de vie des femmes.
- ▶ Une approche proactive est essentielle pour dépister le SGUM et proposer des traitements appropriés.
- ▶ Il existe des traitements efficaces et sécuritaires pour traiter le SGUM.

vessie hyperactive, pour lesquelles un traitement par œstrogènes vaginaux à faible dose peut réduire les symptômes (opinion d'expert)^{5,11,13,15}.

Les données actuelles indiquent une absorption systémique minimale des œstrogènes vaginaux, insuffisante pour augmenter le risque de cancer du sein ou de l'endomètre (recommandation modérée, grade C). Une surveillance endométriale n'est dès lors pas nécessaire chez les utilisatrices d'œstrogènes vaginaux à faible dose^{11,13}.

Chez les patientes ayant un antécédent de cancer du sein, plusieurs options peuvent être envisagées après l'échec des hydratants et lubrifiants : l'œstrogénothérapie vaginale, un modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes (MSRE) par voie orale ou la DHEA par voie vaginale. Cette décision s'inscrit dans une démarche partagée et idéalement en collaboration avec l'oncologue (opinion d'expert). Des essais cliniques sont en cours afin d'évaluer l'innocuité des traitements vaginaux hormonaux chez les survivantes du cancer du sein recevant des inhibiteurs de l'aromatase (recommandation conditionnelle, qualité modérée des données)^{7,11,16}.

LES TRAITEMENTS NON ŒSTROGÉNIQUES

Deux traitements non œstrogéniques ont montré leur efficacité dans la dyspareunie modérée à grave^{11,16} :

- ▶ Ospémifène (MSRE) : administré par voie orale, cet agent diminue la dyspareunie liée à l'atrophie et la sécheresse vaginale. Il exerce des effets agonistes sur les récepteurs du vagin et de l'endomètre, et antagonistes sur ceux du sein. Les données disponibles n'indiquent pas de risque accru de cancer du sein ou de l'endomètre^{11,16}.
- ▶ Prastérone (DHEA) : administrée par voie intravaginale, elle améliore la lubrification et la trophicité de l'épithélium vaginal, et atténue la dyspareunie. Son effet repose sur une transformation intracellulaire en androgènes et en œstrogènes locaux, sans élévation plasmatique significative. Les données chez les survivantes du cancer du sein demeurent limitées^{11,13}.

Le suivi permet de vérifier l'utilisation adéquate des traitements, d'en évaluer l'efficacité et la tolérance, puis d'adapter le plan thérapeutique. Une réévaluation est indiquée de 6

à 12 semaines après le début du traitement afin d'ajuster la dose ou la préparation en cas de persistance des symptômes. Les traitements hormonaux locaux doivent être poursuivis à long terme pour maintenir leurs bienfaits^{11,13}.

Une surveillance endométriale n'est pas indiquée chez les patientes utilisant de l'ospémifène ou de la prastérone (opinion d'expert)^{13,14,16}.

Les *tableaux II*^{5,6,9,11-13,15,16} et *III*¹⁵ résument les principaux traitements disponibles et les informations relatives à leur prescription.

CONCLUSION

Le SGUM est un syndrome fréquent, sous-diagnostiqué et progressif qui affecte profondément la qualité de vie, la sexualité et la santé génito-urinaire des femmes dès la transition ménopausique. Une approche proactive, intégrant un questionnement systématique et un dépistage précoce, permet de normaliser la discussion et de proposer des traitements efficaces et adaptés à la gravité des symptômes^{1,3-5,14}.

Les symptômes génito-urinaires de la ménopause devraient être explorés systématiquement, y compris en présence de plaintes liées à la ménopause. La sexualité doit être abordée comme un élément normal du dialogue clinique^{1,4,8,12,14}.

Les traitements non hormonaux conviennent aux formes légères, tandis que les œstrogènes vaginaux demeurent la pierre angulaire du traitement des formes modérées à graves. Les options non œstrogéniques élargissent l'arsenal thérapeutique, alors que les dispositifs énergétiques (laser, radiofréquence) doivent être abordés avec prudence^{4,5,7-9,12-14}.

En intégrant cette approche globale, les médecins de famille jouent un rôle essentiel dans l'amélioration du bien-être des femmes ménopausées et dans la prise en charge du SGUM^{1,3-5,14}. ■

Date de réception : le 20 janvier 2026

Date d'acceptation : le 9 février 2026

Les D^{rs} Kim Jodoin et Mathieu Larrivée n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sarmento ACA, Costa APF, Vieira-Baptista P et coll. Genitourinary syndrome of menopause: epidemiology, physiopathology, clinical manifestation and diagnostic. *Front Reprod Health*. 2021; 3 : 779398. DOI : 10.3389/frph.2021.779398
2. Jin J. Vaginal and urinary symptoms of menopause. *JAMA*. 2017; 317 (13): 1388. DOI : 10.1001/jama.2017.0833
3. Portman DJ, Gass ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014; 21(10): 1063-8. DOI : 10.1097/GME.0000000000000329
4. Wasnik VB, Acharya N, Mohammad S. Genitourinary syndrome of menopause: a narrative review focusing on its effects on the sexual health and quality of life of women. *Cureus*. 2023; 15(11): e48143. DOI : 10.7759/cureus.48143
5. Johnston S, Bouchard C, Fortier M et coll. Directive clinique n° 422b : ménopause et santé génito-urinaire. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43 (11): 1308-15. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.09.006
6. Gandhi J, Chen A, Dagur G et coll. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(6): 704-11. DOI : 10.1016/j.ajog.2016.07.045
7. Kasano JPM, Crespo HFG, Arias RAR et coll. Genitourinary syndrome in menopause: impact of vaginal symptoms. *Turk J Obstet Gynecol*. 2023; 20(1): 38-45. DOI : 10.4274/tjod.galenos.2023.50449
8. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F et coll. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *J Women Aging*. 2018; 30 (4): 299-309. DOI : 10.1080/08952841.2017.1395539
9. Société canadienne de ménopause. *Guide pratique pour la prise en charge de la ménopause*. 2^e éd. Toronto : CMS ; 2023. 56 pages.
10. Johnston SL. The recognition and management of atrophic vaginitis. *Geriatrics & aging*. 2002 (5) 7 : 9-15.
11. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA et coll. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from the North American Menopause Society and the International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause*. 2018; 25(6): 596-608. DOI : 10.1097/GME.0000000000001121
12. Pessoa LLMN, de Souza ATB, Sarmento ACA et coll. Laser therapy for genitourinary syndrome of menopause: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024; 46:e-rbgo38. DOI : 10.61622/rbgo/2024rbgo38
13. Kaufman MR, Ackerman LA, Amin KA et coll. The AUA/SUFU/AUGS Guideline on genitourinary syndrome of menopause. *J Urol*. 2025; 214(3): 242-50. DOI : 10.1097/JU.0000000000004589
14. Rahn DD, Carberry C, Sanses TV et coll. Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2014; 124(6): 1147-56. DOI : 10.1097/AOG.0000000000000526
15. RxVigilance Release Août 2024 [Logiciel]. *Tableau comparatif : traitements hormonaux de la ménopause (Tableaux comparatifs)*. Repentigny : Vigilance Santé (Date de consultation : le 15 janvier 2026)
16. Archer DF, Goldstein SR, Simon JA et coll. Efficacy and safety of ospemifene in postmenopausal women with moderate-to-severe vaginal dryness: a phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Menopause*. 2019; 26(6): 611-21. DOI : 10.1097/GME.0000000000001292



Diversifiez votre pratique en devenant médecin expert

Ce nouveau rôle vous permettra de :

- + relever un défi professionnel stimulant;
- + garder le plein contrôle de votre horaire;
- + bénéficier d'un accompagnement personnalisé;
- + préserver votre indépendance professionnelle.

Inscrivez-vous à notre liste d'experts avant le 15 octobre :
cnesst.gouv.qc.ca/professionnel-designe

DCI 300-1346 (2026-03)

Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail

CNESST