

4 LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES VASOMOTEURS

VISONS JUSTE !

ELIZABETH CYR MARCOTTE ET VÉRONIQUE BOIVIN



Au cours de votre carrière, vous rencontrerez inévitablement des patientes souhaitant discuter d'un traitement susceptible de soulager l'éventail de symptômes associés à la pérимénopause et à la ménopause. Saurez-vous les orienter vers une solution appropriée et sécuritaire ?

La vie d'une femme est marquée par des périodes de fluctuations hormonales importantes, dont celles entourant la transition ménopausique. Ces perturbations de l'équilibre hormonal peuvent altérer la qualité de vie, entraîner une détresse psychologique et avoir des répercussions marquées sur la santé des femmes¹. Longtemps jugées bénignes, de nouvelles données portent à croire que les bouffées de chaleur pourraient constituer un facteur de risque cardiovasculaire. Selon des données tirées de l'étude de cohorte longitudinale SWAN (Study of Women's Health Across the Nation), menée auprès d'environ 3000 femmes de 42 à 52 ans et suivies sur plus de 20 ans, la fréquence et la persistance des symptômes vasomoteurs étaient associées à une augmen-

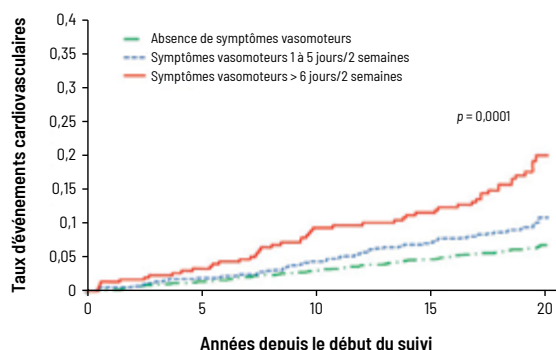
tation du risque cardiovasculaire de 50 % à 77 % (figure²). Cette association persistait après ajustement pour tenir compte, entre autres, des facteurs de risque connus et de l'utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause pendant l'étude.

CAS N° 1

M^{me} Lessard, 65 ans, ménopausée depuis l'âge de 50 ans, consulte en raison de symptômes vasomoteurs légers, de douleurs articulaires et d'une sécheresse cutanée présents depuis plusieurs années. Elle souhaite discuter des hormones bio-identiques qui ont nettement amélioré la qualité de vie d'une amie.

SYMPTÔMES VASOMOTEURS ET ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES (FATALS ET NON FATALS)²

FIGURE



Source : Thurston RC, Aslanidou Vlachos HE, Derby CA et coll. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J Am Heart Assoc.* 2021; 10(3): e017416. DOI: 10.1161/JAHA.120.017416. Cette figure est couverte et protégée par une licence Creative Commons — Attribution 4.0 International (CC-BY-NC-ND). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>. Reproduction et traduction autorisées par Wiley.

AVANT TOUT, NE PAS NUIRE !

Le traitement hormonal de la ménopause a démontré son efficacité pour le soulagement des symptômes vasomoteurs¹. Outre les contre-indications connues (encadré^{1,3}), les principaux éléments à prendre en considération demeurent l'âge au moment de l'instauration du traitement et le délai depuis la ménopause. Les sociétés canadienne et américaine de gynécologie conviennent qu'en l'absence de contre-indications, un traitement hormonal est sécuritaire s'il est instauré avant l'âge de 60 ans OU dans les 10 ans suivant la ménopause¹.

Une revue de la littérature récente de l'INESSS met en évidence d'autres bienfaits possibles de l'instauration précoce d'un traitement hormonal de la ménopause. Certains effets varient selon l'âge d'instauration du traitement. Avant

La D^{re} Elizabeth Cyr Marcotte est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. Elle est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke. M^{me} Véronique Boivin est infirmière au GMF-U de Drummondville et s'intéresse particulièrement à la prévention, à la recherche et aux soins de santé globale.

ENCADRÉ

CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE^{1,3}

- » Cancer du sein, de l'endomètre ou de l'ovaire (soupçonné, actif ou antécédent)
- » Maladie thromboembolique ou thrombophilie connue
- » Maladie cardiovasculaire établie ou antécédent d'accident vasculaire cérébral
- » Saignement vaginal de cause inconnue
- » Grossesse confirmée ou soupçonnée
- » Maladie hépatique active ou insuffisance hépatique grave
- » Porphyrurie cutanée tardive

La prudence est de mise en cas de facteurs de risque cardiovasculaires (p. ex. hypertension artérielle mal contrôlée, hypertriglycéridémie familial) et nécessite une discussion et une décision partagée avec la patiente.

Encadré des auteures

60 ans, on observe une possible diminution des néoplasies du sein et des ovaires, sans augmentation du risque d'AVC ni de maladie d'Alzheimer. Une hausse de ces néoplasies apparaît toutefois en cas d'instauration plus tardive^{3,4}. Les niveaux de preuve demeurent cependant très faibles à modérés, ne permettant pas de conclusion définitive⁴.

Afin de bien informer les patientes des risques et bienfaits



LES BÉNÉFICES
ET LES RISQUES DE
L'HORMONOTHÉRAPIE
(INESSS)⁴

associés à diverses affections, cet outil détaillé de l'INESSS s'avère utile⁴.

À la suite d'une discussion avec M^{me} Lessard, les risques potentiels pour sa santé dépassant les bienfaits attendus sur sa qualité de vie, elle choisit de ne pas entreprendre de traitement hormonal.

CAS N° 2

M^{me} Blanchette, 49 ans, est en aménorrhée depuis 14 mois. Elle consulte en raison de bouffées de chaleur survenant plusieurs fois par jour et perturbant son sommeil. Elle fume et présente un syndrome métabolique.

VOIE D'ADMINISTRATION À PRIVILÉGIER

Lorsque vous décidez d'instaurer un traitement hormonal, il convient de tenir compte des préférences de la patiente quant à la voie d'administration. La voie transdermique est toutefois

TABLEAU I

FACTEURS DE RISQUE OU AFFECTIONS ASSOCIÉES POUVANT JUSTIFIER LE RECOURS À LA VOIE TRANSDERMIQUE^{1,3}

- » Obésité (IMC ≥ 30)
- » Diabète de type 2
- » Hypertension artérielle
- » Dyslipidémie
- » Syndrome métabolique
- » Tabagisme
- » Migraines avec ou sans aura
- » Malabsorption
- » Maladie inflammatoire de l'intestin
- » Maladies de la vésicule biliaire¹

Tableau des auteures

à privilégier en présence de certaines maladies concomitantes (tableau I^{1,3})⁴. L'utilisation d'un gel ou d'un timbre d'œstrogène permet d'éviter l'effet de premier passage hépatique^{1,5} et de maintenir des concentrations sanguines plus stables. Pour cette raison, ces formulations pourraient s'avérer efficaces à de plus faibles doses, et, surtout, leur utilisation serait potentiellement plus sécuritaire. L'effet de premier passage hépatique étant évité, les conséquences indésirables possibles de ces molécules sur la coagulation et les marqueurs inflammatoires pourraient être réduites⁵. Ceci étant dit, aucune étude n'a démontré l'effet de la voie transdermique sur le risque de thromboembolie veineuse⁵. Enfin, la voie transdermique constitue aussi une option judicieuse lorsque l'absorption par voie orale risque d'être sous-optimale⁴.

ŒSTROGÈNES CLASSIQUES OU BIO-IDENTIQUES ?

La plupart des traitements hormonaux actuellement offerts, approuvés par Santé Canada et remboursés par la RAMQ, sont dits bio-identiques (tableau II^{1,5,6}), c'est-à-dire à base d'œstradiol, dont la structure moléculaire est identique à celle produite par l'organisme. Le choix entre un traitement hormonal bio-identique ou classique dépend des préférences de la patiente, puisque les deux s'avèrent efficaces pour soulager les symptômes vasomoteurs⁴. Toutefois, la présence de maladies concomitantes déjà mentionnées précédemment peut orienter ce choix, le traitement hormonal classique n'étant pas offert par voie transdermique. En ce qui concerne l'œstradiol, les données actuelles permettent difficilement de comparer les bienfaits et les risques selon les différentes voies d'administration. Il importe de distinguer les traitements bio-identiques approuvés par Santé Canada des préparations magistrales « sur mesure », dont la fabrication n'est pas soumise aux mêmes normes de qualité ni à la même rigueur que les traitements homologués.

ŒSTROGÈNES ET PROGESTÉRONES PAR VOIE ORALE OU TRANSDERMIQUE^{*1,5,6}

TABLEAU II

	Voie d'administration	Nom commercial	Dites bio-identiques	Couverture par la RAMQ	Utilisation
Œstrogènes					
17β-estradiol	PO	Estrace	Oui	Oui	1 f.p.j.
		Lupin-estradiol			
	Transdermique (gel)	EstroGel (0,06 %)		Non	1 fois/sem
		Divigel (0,1 %)			
	Transdermique (timbre)	» Estradiol-Derm » Estradot » Oesclim		Oui, si code GY34†	
		Climara			
Œstrogènes conjugués	PO	Premarin	Non	Non	1 f.p.j.
Progestatifs					
Progestérone micronisée	PO	Prometrium	Oui	Oui	1 f.p.j. ou cyclique (à dose plus élevée) 12-14 jours/mois
Acétate de médroxyprogestérone		Provera	Non	Non	
Acétate de noréthindrone			Norlutate		
* Non exhaustif ; les traitements d'association ne sont pas indiqués dans ce tableau. Ils ne sont pas couverts par la RAMQ ; † GY34 : chez les personnes ne pouvant recevoir d'œstrogènes par voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.					
Tableau des auteures					

L'AJOUT D'UN PROGESTATIF

La prise d'œstrogènes par voie orale ou transdermique nécessite l'ajout d'un progestatif chez les femmes n'ayant pas subi d'hystérectomie afin de réduire le risque d'hyperplasie endométriale^{1,3}. La progestérone micronisée est à privilégier par rapport à l'acétate de médroxyprogestérone, son profil d'innocuité étant plus favorable, notamment en raison d'effets moindres sur la tension artérielle, les triglycérides et le métabolisme des glucides⁷. Des données de l'essai clinique comparatif avec répartition aléatoire WHI suggèrent une légère augmentation du risque de cancer du sein lorsque l'acétate de médroxyprogestérone est utilisé pendant plus de 5 ans en association avec des œstrogènes conjugués (rapport des risques instantanés [RRI] : 1,24 ; IC 95 % : 1,01-1,53)⁸.

La progestérone micronisée s'administre habituellement à raison de 100 mg par voie orale, une fois par jour, en continu chez les femmes ménopausées. En péri-ménopause, le choix entre un schéma cyclique et un schéma continu dépend de la fréquence des cycles menstruels et des préférences de la patiente. Un schéma cyclique de 200 mg, administré de 12 à 14 jours par mois en association avec une dose continue d'œstrogènes, réduit le risque de métrorragie et rend les saignements plus prévisibles¹. Lorsque les cycles menstruels sont espacés de

plus de 3 mois, un schéma continu est généralement privilégié³. En raison d'une ovulation encore possible durant cette période, ou en présence de saignements abondants, l'utilisation d'un stérilet hormonal au lévonorgestrel en association avec le supplément œstrogénique peut s'avérer judicieuse, tout comme une contraception hormonale combinée, idéalement à faible dose¹. Le stérilet au lévonorgestrel à la dose de 52 mg (Mirena®) est le seul dispositif intra-utérin ayant démontré une protection endométriale efficace lors d'une utilisation d'au plus 5 ans, bien que cette indication ne soit pas approuvée par Santé Canada¹. Le dispositif peut demeurer en place jusqu'à 8 ans lorsqu'il est utilisé uniquement à des fins contraceptives⁹.

Utilisés en monothérapie, la progestérone micronisée à 300 mg/jour et l'acétate de médroxyprogestérone à 20 mg/jour se sont aussi révélés efficaces pour soulager les symptômes vasomoteurs, mais leur efficacité demeure inférieure à celle de l'œstrogénothérapie¹.

Des choix de traitement combinant de l'estradiol et un progestatif, administrés par voie orale ou transdermique, existent sur le marché, mais ne sont pas remboursés par la RAMQ. D'autres options hormonales existent : le Duavive, qui associe des œstrogènes conjugués au bazédoxifène, un modulateur

sélectif des récepteurs aux œstrogènes (voir l'article du Dr Samuel Boudreault et de M^{me} France Poirier intitulé : « L'association bazédoxifène-œstrogènes conjugués : contrer les bouffées de chaleur ! » paru dans Le Médecin du Québec d'octobre 2019), ainsi que le tibolone (Tibella), un stéroïde synthétique possédant de faibles propriétés œstrogéniques, progestatives et androgéniques après métabolisation. Ces molécules peuvent constituer une option intéressante en cas d'effets indésirables liés au traitement hormonal de la ménopause standard. Elles ne nécessitent pas l'ajout d'un progestatif pour la protection endométriale. Leur efficacité pour soulager les symptômes vasomoteurs est démontrée, bien qu'elle demeure inférieure au traitement hormonal dans le cas du tibolone. L'association bazédoxifène-œstrogènes conjugués, pour sa part, s'est révélée plus efficace que le placebo.

Compte tenu des antécédents de M^{me} Blanchette, vous optez pour un traitement par voie transdermique.

CAS N° 2 (SUITE)

Trois mois après l'instauration d'un traitement par estradiol en gel et par progestérone micronisée en continu, M^{me} Blanchette consulte à nouveau en raison de saignements vaginaux légers et intermittents.

SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX SOUS TRAITEMENT HORMONAL : QUAND DEMANDER DES EXAMENS ?

En postménopause, la survenue d'un saignement vaginal léger (spotting ou microrragie) à modéré (changement de protection aux 3 à 4 heures, durée de moins de 7 jours) peut survenir au cours des 6 mois suivant l'instauration du traitement hormonal de la ménopause. Tout saignement persistant ou apparaissant au-delà de 6 mois après le début du traitement nécessite une exploration. Si le progestatif est administré selon un schéma cyclique, des saignements imprévus ne correspondant pas aux moments attendus des saignements de retrait doivent aussi être évalués¹.

Si les saignements sont abondants (présence de caillots, vêtements souillés, changements fréquents de protection, durée de plus de 7 jours, répercussions sur la qualité de vie, etc.) ou s'ils changent soudainement, une évaluation s'impose afin d'écarter une hyperplasie ou une néoplasie de l'endomètre, même si moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'amorce du traitement⁴. La présence de facteurs de risque d'hyperplasie de l'endomètre peut aussi inciter le clinicien, selon son jugement, à procéder plus rapidement à un bilan (avant 6 mois). Enfin, tout saignement utérin anormal préexistant doit être exploré avant l'instauration du traitement.

CAS N° 3

M^{me} Tremblay, 46 ans, consulte pour une irritabilité et des symptômes dépressifs apparus au cours des derniers mois. Elle constate un allongement de ses cycles menstruels depuis 6 mois et demande un bilan hormonal afin de déterminer si elle se rapproche de la ménopause et si cela pourrait avoir influencé son humeur.

DOSAGE HORMONAL OU NON ?

La ménopause est un diagnostic clinique posé rétrospectivement après 12 mois d'aménorrhée ; une confirmation biologique du statut ménopausique est donc inutile¹. D'ailleurs, la concentration sérique de FSH peut mettre jusqu'à 3 à 6 ans après la dernière menstruation avant de se stabiliser¹⁰.

L'objectif d'un traitement hormonal étant l'atténuation des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, le dosage sanguin s'avère généralement inutile. En effet, les lignes directrices de 2021 de la SOGC sur la prise en charge des symptômes vasomoteurs, à l'instar de celles de l'ACOG^{1,10}, ne mentionnent pas la pertinence d'un suivi de la concentration sérique d'estradiol, que ce soit pour l'instauration ou l'ajustement du traitement. Selon leur expérience clinique, certains experts évoquent toutefois une possible utilité du dosage dans des contextes particuliers⁴. Un dosage sérique de l'estradiol pourrait être envisagé lorsque l'administration d'un traitement hormonal transdermique à dose usuelle pendant 6 à 8 semaines ne procure pas de soulagement des symptômes. Une concentration d'estradiol supérieure à 200 pmol/l devrait s'accompagner d'une atténuation des symptômes ; dans le cas contraire, il convient de rechercher une autre cause aux symptômes ou de demander un avis spécialisé. Si la concentration est inférieure à 200 pmol/l, une augmentation de la dose peut être envisagée. En cas d'effets secondaires possiblement liés aux œstrogènes, une concentration sérique supérieure à 400 pmol/l peut dénoter une absorption transdermique excessive, auquel cas un traitement par voie orale pourrait être proposé. Toutefois, il convient de s'interroger sur la pertinence clinique du dosage alors qu'un changement de molécule ou de voie d'administration peut être envisagé d'emblée. Si requis, le dosage peut être effectué à tout moment de la journée, indépendamment de la prise du traitement. Il n'existe pas de test salivaire ni urinaire fiable⁴. Les dosages sont tout autant superflus chez les patientes utilisant des préparations magistrales non homologuées en raison du manque de données sur leur pharmacocinétique¹⁰.

En l'absence de seuil cible permettant d'optimiser les effets d'un traitement hormonal sur la santé, le dosage peut induire

une fausse assurance ; la patiente demeure la meilleure juge du succès du traitement¹¹ !

SUIVI ET RÉÉVALUATION DU TRAITEMENT

Un suivi périodique du traitement est nécessaire et indiqué pour plusieurs raisons : s'assurer de son efficacité, en gérer les effets indésirables et réévaluer le rapport entre les bienfaits et les risques. Une réévaluation est également indiquée lors de l'apparition de nouveaux problèmes de santé susceptibles de constituer une contre-indication ou d'augmenter les risques associés au traitement. En début de traitement, un suivi plus étroit permet d'ajuster la dose. Une fois celle-ci stabilisée, le suivi peut être assuré une à deux fois par année³. Le délai d'action d'un traitement par voie orale est habituellement de 1 à 4 semaines, mais peut atteindre 6 à 8 semaines, surtout lors de traitement transdermique ou de faibles doses³. Afin de minimiser les effets secondaires, il est recommandé d'instaurer le traitement à la plus faible dose efficace et de l'interrompre dès qu'il n'est plus requis³. *Les recommandations relatives à la durée du traitement sont présentées dans l'article des D^{rs} Simon Coiteux et Kim Sévigny, intitulé : « Quand la ménopause a fait son temps » dans le présent numéro.*

QUAND LA MÉNOPAUSE INDISPOSE ÉMOTIONNELLEMENT

Les données de l'étude SWAN montrent que la ménopause est non seulement un événement physique, mais aussi une transition ayant des répercussions importantes sur la santé mentale des femmes¹². La périménopause représente une période particulièrement propice à l'apparition ou à la récurrence de symptômes dépressifs en raison des fluctuations hormonales marquées¹²⁻¹⁴.

Des données suggèrent qu'en périménopause, un traitement hormonal pourrait offrir une efficacité comparable aux antidépresseurs classiques pour traiter la dépression¹³. Cet effet n'a toutefois pas été observé chez les femmes ménopausées¹³. Les lignes directrices du CANMAT de 2016 proposent d'ailleurs l'estradiol transdermique comme traitement de deuxième intention de la dépression en périménopause¹⁵. Un essai de quelques semaines peut être envisagé en présence de symptômes vasomoteurs concomitants gênants, avec ou sans antidépresseur¹³. Le dépistage précoce et l'enseignement aux patientes de la reconnaissance des symptômes thymiques favorisent une prise en charge rapide et adaptée.

OPTIONS NON HORMONALES ET COMPLÉMENTAIRES

Les professionnels de la santé doivent informer leurs patientes de l'existence de solutions non hormonales, pharmacologiques ou non, pour celles qui ne souhaitent pas recourir à ces options ou qui ne peuvent pas bénéficier de ces traitements en raison d'une contre-indication. *L'article de la D^{re} Hélène Bustamante et de M. Nicolas Dugré intitulé : « Combattre les chaleurs sans hormone ? » paru en mai 2020*

dans Le Médecin du Québec, présente ces options en détail. Les traitements pharmacologiques non hormonaux ont peu évolué au cours des dernières années, à l'exception de l'introduction d'une nouvelle molécule modulant l'activité des neurones des centres thermorégulateurs hormonosensibles du cerveau, le fézolínétant (Veoza)^{11,16}. *L'info-comprimée parue dans Le Médecin du Québec en janvier 2026 traite spécifiquement de cette nouvelle option.* Comme pour les traitements hormonaux, chaque situation doit être évaluée pour élaborer un plan de traitement individualisé tenant compte des antécédents médicaux, des traitements en cours et des préférences de la patiente. Sans être tous étayés par la littérature, les traitements décrits dans un résumé publié dans la revue *The Obstetrician & Gynaecologist*¹⁷ peuvent soulager les symptômes vasomoteurs chez certaines femmes. Il est par ailleurs pertinent d'encourager les patientes à explorer des approches non pharmacologiques auprès de professionnels qualifiés afin d'élargir les options thérapeutiques et d'optimiser leur bien-être et leur qualité de vie.



SOLUTIONS DE
RECHANGE AU
TRAITEMENT HORMONAL
DE LA MÉNOPAUSE¹⁷

Vous ne demandez pas de bilan hormonal, celui-ci n'étant pas susceptible de modifier votre prise en charge de cette patiente. Vous discutez des diverses options thérapeutiques avec M^{me} Tremblay, qui opte pour un traitement par inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) puisqu'elle ne présente pas de symptômes vasomoteurs.

CONCLUSION

Le traitement des symptômes vasomoteurs nécessite une approche individualisée tenant compte des antécédents médicaux et des préférences de la patiente, ainsi que des répercussions des symptômes sur sa santé physique, son bien-être psychologique et sa qualité de vie. Diverses options thérapeutiques peuvent être proposées, la patiente demeurant la mieux placée pour en évaluer l'efficacité. ■

Date de réception : le 20 janvier 2026

Date d'acceptation : le 17 février 2026

La D^{re} Elizabeth Cyr Marcotte et M^{me} Véronique Boivin n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yuksel N, Evaniuk D, Huang L et coll. Directive clinique n° 422a : ménopause : symptômes vasomoteurs, agents thérapeutiques d'ordonnance, médecines douces et complémentaires, nutrition et mode de vie. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021; 43 (10): 1205-23.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.08.006
2. Thurston RC, Aslanidou Vlachos HE, Derby CA et coll. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J Am Heart Assoc.* 2021; 10 (3): e017416. DOI : 10.1161/JAHA.120.017416

3. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. *Prise en charge des manifestations cliniques liées à la ménopause par l'hormonothérapie*. Montréal : INESSS; 2024. 10 pages.
4. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. *Hormonothérapie à la ménopause : bénéfices et risques*. Montréal : INESSS; 2024. 22 pages.
5. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of menopausal symptoms: a review. *JAMA*. 2023; 329 (5): 405-20. DOI : 10.1001/jama.2022.24140
6. Vigilance Santé. *Rx Vigilance version 1.5.70* [logiciel]. Repentigny : Vigilance Santé. Site Internet : www.vigilance.ca (consulté le 29 décembre 2025).
7. Abramson B, Black D, Christakis M et coll. Directive clinique n° 422e : ménopause et maladies cardiovasculaires. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43, 1444-49.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.10.004
8. Jacobson M, Mills K, Graves G et coll. Directive clinique n° 422f : ménopause et cancer du sein. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43 (12): 1457-65.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.10.003
9. Gouvernement du Canada. *Sommaire de décision réglementaire portant sur Mirena* (en ligne). Ottawa : le Gouvernement; 2024. Site Internet : <https://pmprp.hpb-dgpsa.ca/documents-d-examen/ressource/RDS1718716557847> (consulté le 11 décembre 2025).
10. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus-Gynecology. Compounded bioidentical menopausal hormone therapy. Clinical Consensus No. 6. *Obstet Gynecol*. 2023; 142 (5): 1266-73.
11. Santoro N, Liss J. Compounded bioidentical hormones: myths and realities. *Clin Obstet Gynecol*. 2021; 64 (4): 793-802. DOI : 10.1097/GRF.0000000000000645
12. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38 (3): 609-25. DOI : 10.1016/j.ogc.2011.05.011



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » Le traitement hormonal de la ménopause est sécuritaire lorsqu'il est instauré avant 60 ans ou dans les 10 ans suivant la ménopause, en l'absence de contre-indication.
- » Chez les patientes présentant certains facteurs de risque ou affections associées, la voie transdermique est à privilégier.
- » Aucun suivi biologique n'est requis : la patiente demeure la meilleure juge de l'efficacité de son traitement.

13. Shea A, Wolfman W, Fortier M et coll. Directive clinique n° 422c : ménopause : humeur, sommeil et cognition. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43 : 1324-33.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.09.007
14. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H et coll. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause*. 2018; 25 (10): 1069-85. DOI : 10.1097/GME.0000000000001174
15. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry*. 2016; 61 (9): 588-603. DOI : 10.1177/0706743716659276
16. Astellas Pharma Canada. *Monographie avec renseignements destinés aux patients : Veozah*. Astellas Pharma Canada; 2024. 29 pages.
17. Mullin S, Manley K. *Menopause care: alternatives to hormone replacement therapy. Supplementary material* (en ligne). Hoboken : Wiley; 2025. Site Internet : <https://bit.ly/menopause-care-alternatives> (consulté le 11 décembre 2025).

ATELIER

INTÉGRATION DE L'IA
DANS LA PRATIQUE

Et si l'intelligence artificielle vous permettait
d'améliorer vos soins tout en allégeant
vos tâches cléricales...

Inscrivez-vous dès maintenant à notre atelier en webdiffusion pour
découvrir comment l'IA peut vous permettre d'optimiser votre travail.



2 septembre 2026



24 novembre 2026

FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC