

5 QUAND LA MÉNOPAUSE A FAIT SON TEMPS

SIMON COITEUX ET KIM SÉVIGNY



En arrivant au bureau ce matin, vous parcourez les dossiers afin de déterminer lesquels seraient pertinents à confier au résident qui travaille avec vous. Celui de Gaétane semble idéal : une femme de 76 ans qui consulte pour un renouvellement de ses ordonnances. À la lecture de sa liste de médicaments, votre œil s'attarde sur deux lignes en particulier : l'estradiol et l'acétate de médroxyprogestérone. Faut-il réellement renouveler le traitement hormonal de la ménopause à cet âge ?

1. QUELLE EST L'ÉVOLUTION NATURELLE DES SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE ?

La ménopause marque une transition physiologique importante chez les femmes et le début de la postménopause, qui représente en moyenne 40 % de la vie des femmes. L'expression clinique de cette transition varie toutefois selon la nature des symptômes.

Environ 50 % des femmes ménopausées présentent des symptômes vasomoteurs fréquents. On qualifie ces symptômes de fréquents lorsqu'ils surviennent 6 jours ou plus au cours des 2 semaines précédentes. En moyenne, ils persistent pendant environ 7 ans, avec des variations marquées selon l'origine ethnique (tableau I). Chez certaines femmes, ils peuvent durer bien au-delà d'une décennie.

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) présente, pour sa part, une évolution plus chronique. Touchant plus de 50 % des femmes, il tend à s'aggraver progressivement et nécessite le plus souvent une prise en charge médicale à long terme¹.

Les données portant sur les autres symptômes associés à la ménopause, tels que les symptômes cognitifs et les troubles de l'humeur, sont de qualité moindre. La périménopause peut s'accompagner d'un déclin objectif et généralement transitoire de certaines fonctions mnésiques, qui se distingue du vieillissement normal². Ceci étant dit, les performances cognitives des femmes en préménopause et en postménopause demeurent comparables². Sur le plan de l'humeur, la fin de la périménopause correspond à une période de vulnérabilité accrue à la dépression, particulièrement en présence

DURÉE DES SYMPTÔMES DE MÉNOPAUSE SELON L'ORIGINE ETHNIQUE¹

TABLEAU I

Femmes asiatiques	5 ans
Femmes blanches	7 ans
Femmes hispaniques	9 ans
Femmes noires	10 ans

Tableau des auteurs

de symptômes vasomoteurs, de facteurs de stress psychosociaux ou d'antécédents de dépression^{3,4}. Une attention particulière doit être portée à ces patientes.

2. QUELS SONT LES RISQUES ASSOCIÉS À LA PRISE D'UN TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE SUR UNE LONGUE PÉRIODE ?

Le traitement œstrogène-progestatif combiné augmente le risque de cancer du sein, d'événements thromboemboliques, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'événements biliaires. Plusieurs données relatives à ces risques proviennent de l'étude WHI³. Dans le cadre de cet essai contrôlé à répartition aléatoire de grande envergure contre placebo, le progestatif principalement utilisé était l'acétate de médroxyprogestérone. Cette molécule est aujourd'hui souvent délaissée au profit de progestatifs plus récents, comme la progestérone micronisée. Toutefois, les données concernant l'innocuité de ces molécules reposent sur des études observationnelles et sont donc de qualité moindre. L'œstrogénothérapie seule

Le Dr Simon Coiteux est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. Il est professeur adjoint au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke. La Dre Kim Sévigny est médecin de famille au GMF-U de Drummondville et détient une formation complémentaire en soins aux personnes âgées. Elle est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

présente un profil d'innocuité potentiellement différent, mais les données de qualité demeurent limitées à ce sujet^{5,6}. Les risques augmentent avec l'âge au moment de l'instauration du traitement, mais aussi avec l'âge chronologique de la patiente. Autrement dit, l'âge est en soi un facteur de risque, mais une prise prolongée augmente également le risque.

En 2024, l'INESSS a publié une revue de la littérature⁷ portant sur les différents types de traitements hormonaux, ainsi qu'un



**TÉLÉCHARGER
L'OUTIL
DE L'INESSS**

document de 22 pages, sous forme de tableau, résumant les bienfaits et les risques associés à ces traitements⁸. Les traitements y sont classés selon les

appellations dites classique ou bio-identique. Le *tableau II*⁸ présente des exemples de traitements ainsi que certains des risques qui leur sont associés, afin de soutenir les discussions avec les patientes.

Dans tous les groupes d'âge recevant un traitement hormonal de la ménopause de type classique, on observe une augmentation du risque d'AVC (données de qualité modérée)^{7,9}. La fréquence des événements thromboemboliques veineux chez les femmes autrement en bonne santé augmente avec l'âge (> 60 ans) et l'indice de masse corporelle (IMC), et le traitement hormonal de la ménopause majore ce risque (données de qualité faible)⁷. La prise d'œstrogènes seuls, sur une durée médiane de 7,1 ans, mène à un taux 55 % plus élevé de pathologies biliaires par rapport au placebo (1,64 % vs 1,06 % ; [rapport des risques instantanés] RRI : 1,55 ; IC 95 % : 1,34-1,79). Les données sont similaires pour la prise d'un traitement hormonal combiné, évalué sur une durée médiane de 5,6 ans (1,31 % vs 0,84 % ; RRI : 1,57 ; IC 95 % : 1,36-1,80)⁷.

L'effet clinique de l'augmentation du risque attribuable à l'hormonothérapie dépend de l'âge de la femme, qui module son risque de base pour ces affections, ainsi que de facteurs de risque individuels. L'impact sera moindre chez les femmes plus jeunes, dont le risque absolu est faible, et plus élevé chez les femmes plus âgées. Selon les données issues d'un suivi de 18 ans de l'étude WHI, un traitement hormonal combiné administré pendant 5,6 à 7,2 ans n'augmente pas le risque de mortalité toutes causes confondues, ni celui de mortalité d'origine cardiovasculaire ou cancéreuse¹⁰.

3. EXISTE-T-IL UNE DURÉE MAXIMALE RECOMMANDÉE DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE ?

Il n'existe pas de durée maximale clairement établie pour le traitement hormonal de la ménopause, et les positions des sociétés savantes divergent.

L'American College of Endocrinology (ACE)¹¹ considère l'usage prolongé du traitement hormonal de la ménopause comme

potentiellement controversé et privilégie un traitement de 5 ans ou moins. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹² ne recommande pas d'arrêt systématique en fonction de l'âge de la patiente. L'INESSS privilégie une approche individualisée, fondée sur une réévaluation régulière du rapport bienfaits-préjudices, des comorbidités de la patiente et de la persistance des symptômes⁷. Cette approche repose sur une prise de décision partagée entre la patiente et son clinicien. De façon générale, il convient d'utiliser la dose minimale efficace pendant la durée la plus courte nécessaire au soulagement des symptômes¹³. Toutefois, aucune durée maximale stricte n'est établie, notamment chez les femmes dont les symptômes persistent malgré les tentatives d'arrêt.

Certaines situations peuvent toutefois justifier une utilisation prolongée, notamment l'insuffisance ovarienne prématurée ou la ménopause chirurgicale, pour lesquelles le traitement hormonal de la ménopause peut être poursuivi jusqu'à l'âge moyen de la ménopause naturelle. L'INESSS considère que l'hormonothérapie locale par voie vaginale peut être maintenue aussi longtemps que les symptômes du SGUM demeurent gênants, puisque les risques associés à cette voie d'administration à faible dose semblent faibles¹³. Dans les rares situations nécessitant à la fois un traitement hormonal systémique et local chez une femme ménopausée, le traitement oral ou transdermique devrait être réévalué périodiquement et cessé lorsque les symptômes vasomoteurs sont bien maîtrisés.

4. COMMENT MENER UNE DISCUSSION INDIVIDUALISÉE AVEC LES PATIENTES AFIN DE MIEUX LES CONSEILLER ?

Le jugement clinique et la connaissance de la patiente demeurent essentiels pour guider une décision partagée tenant compte des risques et des bienfaits d'un traitement hormonal de la ménopause. Les risques ont été abordés plus haut. Qu'en est-il des bienfaits de l'hormonothérapie ? L'INESSS, dans sa revue systématique de littérature ayant mené aux outils actuellement disponibles⁷, conclut que l'hormonothérapie est efficace pour réduire les symptômes vasomoteurs, principalement par une diminution relative de leur fréquence et de leur intensité. Plusieurs essais comparatifs avec répartition aléatoire ont démontré l'efficacité des différents traitements hormonaux pour réduire ces symptômes⁷. À titre indicatif, les données montrent que le 17β-estradiol transdermique combiné à une progestine autre que la médoroxyprogesterone, administré pendant 2 mois, entraîne une diminution d'environ 10 symptômes vasomoteurs modérés à intenses par jour, comparativement à 6 par jour avec un placebo (niveau de preuve faible)⁸. Ces données permettent d'appuyer la discussion avec les femmes concernées en disposant de repères concrets.

Certains risques liés au traitement sont bien établis et peuvent être présentés en valeurs absolues aux patientes (*tableau II*⁸).

TABLEAU II

PRÉJUDICES ASSOCIÉS AU TRAITEMENT HORMONAL EN POSTMÉNOPAUSE (POUR 1000 PERSONNES) SELON LA QUALITÉ DES DONNÉES^a

Issue clinique	Œstrogènes et progestérone combinés ou œstrogènes seuls	Traitement hormonal classique				Traitement hormonal dit bio-identique			
		Exemple de traitement : œstrogènes conjugués + acétate de médroxyprogéstérone				Exemple de traitement : 17β-estradiol + progestérone micronisée			
		Différence (pour 1000)	NNN	Durée du suivi (années)	Risque de base (pour 1000)	Voie	Différence (pour 1000)	NNN	Risque de base (pour 1000)
Accident vasculaire cérébral	Combinés Usage actuel	+ 3	333	3 à 5	9	Orale			
						Transdermique			
	Œstrogènes seuls		Données de très faible certitude			Orale		Pas de données	
Infarctus	Combinés Usage actuel		Données de très faible certitude			Orale		Pas de données	
						Transdermique		Données de très faible certitude	
	Œstrogènes seuls		Données de très faible certitude			Orale		Pas de données	
Thromboembolie veineuse	Combinés Usage actuel	+ 3	333	3	2	Orale		Augmentation sur un suivi médian de 10 ans (NNN non précisé, car risque de base absent)	
						Transdermique		Données de très faible certitude	
	Œstrogènes seuls	+ 1	1000	3	2	Orale	- 1	1000 NNT	3 2
Cancer du sein	Combinés	+ 9	111	15 à 20	30	Transdermique		Pas de données	
						Orale		Pas de données	
	Œstrogènes seuls		Augmentation après 5 ans d'utilisation (NNN non précisé, car risque de base absent)			Transdermique		Données de très faible à faible certitude	
Cholécystectomie	Combinés Usage actuel	+ 10	100	6	16	Orale	+ 14	71	14 27
						Transdermique		Pas de différence sur un suivi de 12 ans	
	Œstrogènes seuls Usage actuel ou passé	+ 38	26	12	44	Orale	+ 35	29	12 44
						Transdermique		Pas de différence sur un suivi de 12 ans	

NNN : nombre nécessaire pour nuire (en anglais, NNH : number needed to harm); NNT : nombre nécessaire à traiter. Les cases en vert (■) dans le tableau) indiquent un bienfait et non un préjudice. Seules les données de certitude faible (cases ■) et modérée (cases ■) sont présentées, à l'exclusion de celles de certitude très faible ou variant de très faible à faible. Les données de certitude modérée sont rares, et aucune donnée de certitude élevée n'est disponible. Certitude faible : La probabilité que l'effet réel diffère sensiblement est élevée. Certitude modérée : La probabilité que l'effet réel diffère sensiblement est modérée. Tableau réalisé par la Dr^e Guylène Thériault. Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2024. Les bénéfices et les risques de l'hormonothérapie. Texte original disponible en ligne : <https://bit.ly/inesss-hormonotherapie-benefices-risques>

Les facteurs de risque cardiovasculaire classiques (tabagisme, anomalie du profil lipidique, hypertension artérielle, obésité, antécédents familiaux) ainsi que l'âge augmentent le risque thromboembolique et coronarien sous traitement hormonal de la ménopause. Bien que leur contribution respective soit difficile à quantifier, ces facteurs doivent être pris en compte dans la décision d'amorcer ou non le traitement, ainsi que lors de la réévaluation périodique de sa poursuite ou de son arrêt. L'apparition d'un nouveau facteur de risque (p. ex. diagnostic de diabète) constitue une indication de réévaluer la pertinence du traitement hormonal de la ménopause.

5. DANS QUELLES SITUATIONS LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE DEVIENT-IL NOCIF AU POINT DE DEVOIR ÊTRE INTERROMPU OU SUSPENDU ?

Le rôle du clinicien est central, puisqu'une réévaluation régulière du rapport bienfaits-préjudices s'impose chez toutes les patientes sous traitement hormonal de la ménopause. Cette surveillance permet d'adapter le traitement en fonction de l'évolution de l'état de santé, des objectifs thérapeutiques ou de la survenue de nouveaux facteurs de risque.

Avant d'envisager l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause, il importe d'abord de déterminer les situations où son instauration n'est pas indiquée. Ce concept est abordé *dans le premier cas clinique de l'article de la D^{re} Elizabeth Cyr Marcotte et de M^{me} Véronique Boivin intitulé : « Le traitement des symptômes vasomoteurs : visons juste ! » dans le présent numéro*. L'instauration tardive, soit 10 ans ou plus après le début de la ménopause ou chez la femme à partir de 60 ou 70 ans (selon les sources), devrait être évitée¹⁴, bien que ces recommandations reposent sur des données de faible qualité. Une décision partagée peut néanmoins être envisagée lorsque les symptômes sont inconfortables, que les risques sont jugés acceptables par la patiente et que les symptômes vasomoteurs sont attribuables à la ménopause.

L'arrêt immédiat du traitement hormonal de la ménopause s'impose en présence de contre-indications absolues, notamment les cancers hormonodépendants (cancer du sein ou cancer de l'endomètre à haut risque) et lors de la survenue d'événements thromboemboliques veineux (thrombophlébite, embolie pulmonaire) ou artériels (infarctus du myocarde, AVC). Les données de WHI appuient fortement cette recommandation¹. La reprise d'un traitement hormonal systémique en période de rémission d'un cancer hormonodépendant n'est pas recommandée, en raison d'un risque accru de récurrence⁹.

Une fonction hépatique altérée compromet le métabolisme des hormones et constitue une indication de cesser un traitement hormonal. En cas d'insuffisance hépatique compensée, une prescription prudente est possible, à condition de réévaluer régulièrement le rapport bienfaits-préjudices¹⁵. De

plus, le traitement hormonal de la ménopause est associé à un risque accru de cholélithiase et de cholécystectomie⁷. Certains experts suggèrent d'interrompre le traitement en présence de cholélithiase, bien qu'aucune recommandation officielle ne vienne appuyer cette pratique.

Les saignements vaginaux inexplicables chez une femme ménopausée constituent également une contre-indication au traitement hormonal. Tout saignement persistant (après 6 mois de traitement) ou d'apparition tardive (6-12 mois après l'instauration du traitement hormonal) doit conduire le clinicien à suspendre le traitement jusqu'à la réalisation d'une évaluation diagnostique complète⁷.

La survenue de nouveaux diagnostics constitue une indication de réévaluer la pharmacopée de la patiente. Le renouvellement des ordonnances, les visites de suivi ou une hospitalisation représentent autant d'occasions propices pour s'assurer que le traitement hormonal demeure approprié. Cette approche proactive favorise une utilisation sécuritaire et personnalisée du traitement, tout en permettant son ajustement rapide lorsqu'il devient potentiellement nocif.

6. COMMENT DÉPRESCRIRE LE TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE ET ACCOMPAGNER LA PATIENTE DANS CETTE DÉMARCHÉ ?

La déprescription du traitement hormonal chez la femme ménopausée doit être individualisée et guidée par une réévaluation attentive des besoins de chaque patiente. La décision d'interrompre le traitement repose notamment sur l'évolution des symptômes, l'âge, les facteurs de risque et les préférences de la patiente. Les données disponibles n'ont permis d'établir aucune supériorité scientifique claire entre l'arrêt abrupt et la réduction progressive du traitement⁷. Le choix de la méthode de déprescription doit donc se faire en collaboration avec la patiente et tenir compte de son confort, de ses préoccupations et de son expérience antérieure.

L'accompagnement et le lien thérapeutique entre la patiente et son soignant jouent un rôle central dans ce processus. Cette démarche s'appuie sur une information transparente quant aux raisons motivant la déprescription et une écoute active des préoccupations. Il peut être utile de discuter des mesures non pharmacologiques susceptibles de soutenir la transition, telles que l'activité physique régulière, les techniques de gestion du stress ou l'adaptation de certaines habitudes de vie. Lorsque la déprescription d'un traitement hormonal systémique est envisagée, l'utilisation d'œstrogènes locaux peut être proposée pour la prise en charge des symptômes génito-urinaires, puisqu'ils sont associés à un faible risque.

En cas de réapparition de symptômes vasomoteurs ou d'autres manifestations ayant un impact significatif sur la qua-

lité de vie, une reprise rapide du traitement hormonal peut être envisagée. La reprise du traitement après un arrêt bref – généralement de 2 à 3 mois – est considérée comme une continuation du traitement plutôt que comme une nouvelle amorce, ce qui facilite la prise en charge et favorise le confort de la patiente⁷.

7. LE TRAITEMENT HORMONAL A-T-IL ENCORE SA PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OSTÉOPOROSE ?

Le dépistage visant à prévenir les fractures de fragilisation commence par l'évaluation du risque fracturaire et est recommandé chez les femmes de plus de 65 ans (voir l'article des D^{rs} Guylène Thériault, Marc-Antoine Turgeon et Frantz-Daniel LaFortune intitulé : « L'ostéoporose : une maladie ? » paru dans le Médecin du Québec en octobre 2024). Un traitement pharmacologique est envisagé en présence d'un risque fracturaire modéré ou élevé, tel que déterminé par des outils validés (p. ex. FRAX), à la suite d'une décision partagée avec la patiente.

L'effet du traitement hormonal de la ménopause sur la réduction du risque de fracture est comparable à celui des bisphosphonates. Chez des femmes d'un âge moyen de 66 ans, on estime qu'un traitement hormonal pris pendant 3 ans permettrait d'éviter 3 fractures de hanche pour 1000 personnes, comparativement au placebo, ce qui est similaire à la réduction de 3 à 4 fractures obtenue avec les bisphosphonates¹⁶. Ainsi, le traitement hormonal de la ménopause peut avoir un effet protecteur sur la santé osseuse.

Lorsqu'un traitement préventif des fractures de fragilisation est indiqué chez une femme ménopausée présentant des symptômes, l'Ostéoporose Canada mentionne la possibilité d'utiliser un traitement hormonal comme solution de rechange aux bisphosphonates (recommandation conditionnelle, données de certitude modérée), après avoir confirmé l'absence de contre-indication¹⁷. Cette option peut être envisagée lorsque les symptômes de la ménopause justifient le recours au traitement hormonal et que leur prise en charge constitue une priorité pour la patiente¹⁷. Dans ce contexte, la dose quotidienne visée est généralement équivalente à 0,625 mg d'œstrogènes équin conjugués, avec l'ajout d'un progestatif si l'utérus est toujours présent¹⁷. Toutefois, comme indiqué précédemment, la littérature suggère d'éviter d'instaurer un traitement hormonal chez les femmes de plus de 60 ans, tandis que le dépistage visant à prévenir les fractures de fragilisation n'est recommandé qu'à partir de 65 ans. Cette discordance limite ainsi la place du traitement hormonal dans la prise en charge de l'ostéoporose. Chez une femme de moins de 65 ans présentant une ostéoporose secondaire ou fracturaire, un traitement conventionnel à l'aide de bisphosphonates est généralement indiqué.

À l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause, les gains en densité osseuse se dissipent en 3 à 4 ans. L'ACE recommande

de mesurer la densité minérale osseuse (DMO) au moment de l'arrêt ou peu après afin d'établir une valeur de référence et d'orienter la décision thérapeutique¹¹. La transition vers un traitement antirésorptif (bisphosphonates) peut être envisagée chez les patientes présentant un risque fracturaire élevé¹⁸. En l'absence d'un tel risque, il est recommandé de réévaluer la DMO après 1 à 2 ans compte tenu du risque de perte osseuse accélérée.

8. QUEL EST L'IMPACT DU TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE SUR LA SANTÉ COGNITIVE ?

Durant la transition ménopausique et en postménopause, de nombreuses femmes rapportent des plaintes cognitives, principalement des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration. Non spécifiques et multifactoriels, ces symptômes sont rarement révélateurs d'un trouble neurocognitif dégénératif. Le traitement hormonal de la ménopause n'a pas démontré d'amélioration significative des performances cognitives chez les femmes de 50 à 55 ans après plusieurs années de traitement¹⁹.

Les données sur le risque de troubles neurocognitifs liés à la prise d'un traitement hormonal de la ménopause demeurent limitées et hétérogènes. Certaines données suggèrent un effet protecteur, alors que d'autres évoquent un risque légèrement augmenté, notamment chez les femmes de 65 à 79 ans recevant un traitement hormonal combiné de type classique (augmentation de 9 cas pour 1000 femmes – pour un risque de base de 9 cas sur 1000 – sur une période de 4 ans). En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, une utilisation prolongée (> 10 ans) du traitement hormonal ou une instauration après 60 ans pourrait être associée à une augmentation du risque. Toutefois, les données sont incomplètes, et le niveau de preuve est faible⁷.

L'hormonothérapie ne devrait pas être prescrite sur la seule base de symptômes cognitifs ni dans un objectif de prévention primaire. Les données invitent à la prudence chez les femmes de plus de 65 ans, en raison d'un possible risque accru de troubles neurocognitifs lors de l'utilisation d'un traitement hormonal combiné de type classique. Cette dimension doit être intégrée à la décision de poursuivre ou non le traitement dans ce sous-groupe de femmes.

RETOUR SUR LE CAS CLINIQUE DANS L'AMORCE

Le temps consacré au pré-coaching avec le résident a porté ses fruits. Au moment de la révision, il vous indique que Gaétane prend un traitement hormonal de la ménopause depuis plus de 20 ans, qu'elle ne présente plus de symptômes depuis un certain temps et qu'elle s'inquiète de son risque de cancer du sein, sa sœur ayant récemment reçu ce diagnostic. Le résident a pu discuter avec elle des recommandations relatives à la durée de



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » Les bienfaits associés au traitement hormonal de la ménopause peuvent diminuer avec le temps, à mesure que les symptômes vasomoteurs s'atténuent.
- » Les risques cardiovasculaires, thromboemboliques et oncologiques augmentent avec l'âge et peuvent influencer la décision de poursuivre ou de cesser le traitement hormonal de la ménopause.
- » Le diagnostic d'une nouvelle maladie et le renouvellement d'une ordonnance constituent des moments clés pour réévaluer l'innocuité du traitement hormonal de la ménopause.

traitement et des risques associés à sa poursuite à long terme. Ils sont parvenus ensemble à une décision partagée de cesser le traitement hormonal. ■

Date de réception : le 20 janvier 2026

Date d'acceptation : le 22 février 2026

Le Dr Simon Coiteux et la Dr^e Kim Sévigny n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of menopausal symptoms: a review. *JAMA*. 2023; 329 (5): 405-20. DOI : 10.1001/jama.2022.24140
2. Greendale GA, Huang MH, Wight RG et coll. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women. *Neurology*. 2009; 72 (21): 1850-7. DOI : 10.1212/WNL.0b013e3181a71193
3. Brown L, Hunter MS, Chen R et coll. Promoting good mental health over the menopause transition. *Lancet*. 2024; 403 (10430): 969-83. DOI : 10.1016/S0140-6736(23)02801-5
4. Alblooshi S, Taylor M, Gill N. Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australas Psychiatry*. 2023; 31(2): 165-73. DOI : 10.1177/10398562231165439
5. Manson JE, Crandall CJ, Rossouw JE et coll. The Women's Health Initiative randomized trials and clinical practice: a review. *JAMA*. 2024; 331(20): 1748-60. DOI : 10.1001/jama.2024.6542
6. Abramson BL, Black DR, Christakis MK et coll. Directive clinique n° 422e : ménopause et maladies cardiovasculaires. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43 (12): 1444-49.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.10.004
7. 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. 203 pages.
8. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Les bénéfices et les risques de l'hormonothérapie*. Québec : INESSS; 2024. 22 pages.
9. 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. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.10.003
10. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE et coll. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2017; 318(10): 927-38. DOI : 10.1001/jama.2017.11217
11. Camacho PM, Petak SM, Binkley N et coll. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2020 update. *Endocr Pract*. 2020; 26(Suppl 1): 1-46. DOI : 10.4158/GL-2020-0524SUPPL
12. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. 2014; 123 (1): 202-16. DOI : 10.1097/01.AOG.0000441353.20693.78
13. Pinkerton JV. Hormone therapy for postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2020; 382 (5): 446-55. DOI : 10.1056/NEJMc1714787
14. Rossouw JE, Aragaki AK, Manson JE et coll. Menopausal hormone therapy and cardiovascular diseases in women with vasomotor symptoms: a secondary analysis of the Women's Health Initiative randomized clinical trials. *JAMA Intern Med*. 2025; 185 (11): 1330-9. DOI : 10.1001/jamainternmed.2025.4510
15. Sarkar M, Brady CW, Fleckenstein J et coll. Reproductive health and liver disease: practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2021; 73(1): 318-64. DOI : 10.1002/hep.31559
16. Morin SN, Feldman S, Funnell L et coll. Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update. *CMAJ*. 2023; 195 (39): Appendix 2. DOI : 10.1503/cmaj.221647
17. Morin SN, Feldman S, Funnell L et coll. Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update. *CMAJ*. 2023; 195 (39): E1333-E1348. DOI : 10.1503/cmaj.221647
18. ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines-Gynecology. Management of Postmenopausal Osteoporosis: ACOG Clinical Practice Guideline No. 2. *Obstet Gynecol*. 2022; 139 (4): 698-717. DOI : 10.1097/AOG.0000000000004730
19. Shea AK, Wolfman W, Fortier M et coll. Directive clinique n° 422c : ménopause : humeur, sommeil et cognition. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021; 43 (11): 1324-33.e1. DOI : 10.1016/j.jogc.2021.09.007

Remerciements à la Dr^e Guylène Thériault pour la création du Tableau II et sa participation à la révision de l'article.