NORMES DE QUALITÉ

Ménopause

Soins aux femmes et aux personnes de genres divers

OCTOBRE 2025

Santé Ontario

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité concerne les soins aux femmes et aux personnes de genre divers qui sont atteintes de périménopause ou ménopause (et la postménopause), y compris la ménopause précoce ou induite chirurgicalement. La norme de qualité se concentre sur l'identification, l'évaluation et la gestion des symptômes à tout stade et dans tous les milieux de soins de santé.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les femmes et les personnes de genre divers qui sont atteintes de périménopause ou de ménopause.

Énoncé de qualité 1 : Connaissances et compétences des cliniciens

Les femmes et les personnes de genre divers atteintes de périménopause et de ménopause reçoivent des soins d'un clinicien qui possède les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins de ménopause fondés sur des données probantes. Les cliniciens se tiennent au courant des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir des soins sur la ménopause fondée sur des preuves.

Énoncé de qualité 2 : Identification et évaluation de la périménopause et de la ménopause

À partir de l'âge de 40 ans, les femmes et les personnes de genre divers sont interrogées sur les symptômes associés à la ménopause afin de permettre le repérage précoce et l'évaluation de la périménopause et de la ménopause.

Énoncé de qualité 3 : Renseignements fondés sur des preuves pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

À partir de l'âge de 40 ans ou plus tôt, les femmes et les personnes de genre divers reçoivent des renseignements fondés sur des données probantes concernant la périménopause et la ménopause de la part de leur clinicien.

Énoncé de qualité 4 : Gestion des symptômes vasomoteurs

Les femmes et les personnes de genre divers qui éprouvent des symptômes vasomoteurs pendant la périménopause et la ménopause se voient offrir une thérapie hormonale pour la ménopause comme traitement de première ligne, après une évaluation des risques, des avantages, des contre-indications et des besoins et préférences individuels. Les personnes qui ont des contre-indications à la thérapie hormonale pour la ménopause ou qui ne la désirent pas se voient offrir d'autres options de traitement fondées sur des preuves, y compris des médicaments non hormonaux et des traitements non pharmacologiques.

Énoncé de qualité 5 : Gestion des symptômes non vasomoteurs

Les femmes et les personnes de genre divers ayant des symptômes non vasomoteurs pendant la périménopause et la ménopause (y compris ceux liés au syndrome génito-urinaire de la ménopause, à la santé sexuelle, à la santé mentale, au sommeil et à la cognition) se voient offrir des options de traitement fondées sur des données probantes.

Énoncé de qualité 6 : Référence appropriée à un clinicien ayant une expertise en ménopause

Les femmes et les personnes de genre divers vivant la périménopause ou la ménopause reçoivent une évaluation et un traitement de la part de leur clinicien de soins primaires et, si cliniquement indiqué, sont aiguillées vers un clinicien ayant une expertise en ménopause.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité **2**

Qu'est-ce qu'une norme de qualité? **2**

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé **3**

Remarques relatives à la terminologie **6**

Justification de la nécessité de cette norme **7**

Mesure à l'appui de l'amélioration **10**

Énoncé de qualité 1 : Connaissances et compétences des cliniciens **11**

Énoncé de qualité 2 : Identification et évaluation de la périménopause et de la ménopause **14**

Énoncé de qualité 3 : Renseignements fondés sur des preuves pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause **18**

Énoncé de qualité 4 : Gestion des symptômes vasomoteurs **22**

Énoncé de qualité 5 : Gestion des symptômes non vasomoteurs **28**

Énoncé de qualité 6 : Référence appropriée à un clinicien ayant une expertise en ménopause **33**

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité **36**

Appendice 2 : Glossaire **38**

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs **40**

Remerciements **43**

Références **45**

À propos de nous **51**

Remarques relatives à la terminologie

La terminologie utilisée pour définir les étapes de la ménopause varie dans la littérature[1]. Dans cette norme de qualité :

- La périménopause, également appelée « transition ménopausique », désigne la période qui précède la ménopause[1]. Cette phase commence lorsque les personnes présentent des symptômes associés à la ménopause et/ou une variation persistante de 7 jours ou plus dans la durée de leurs cycles menstruels (pour celles qui ont généralement des cycles menstruels prévisibles)[2]. La durée de cette phase varie, mais elle peut durer jusqu'à 10 ans pour certaines personnes[3]. Les personnes en périménopause n'ont pas besoin d'attendre d'être ménopausées pour bénéficier de soins fondés sur des données probantes.
- *Ménopause*, en termes cliniques, fait référence à un jour précis : la date à laquelle 12 mois se sont écoulés depuis la dernière période menstruelle d'une personne[4]. Cependant, ce terme est couramment utilisé pour désigner à la fois la ménopause et la postménopause; il est utilisé de cette manière dans la norme de qualité.
- *La postménopause* fait référence à la période qui s'étend de la ménopause à la fin de la vie[4]. Les symptômes associés à la ménopause peuvent persister pendant plusieurs années après la ménopause[5].

Les soins liés à la ménopause désignent les soins administrés aux personnes à n'importe quelle étape de la ménopause (périménopause, ménopause ou postménopause).

La thérapie hormonale pour la ménopause (au lieu de *thérapie de remplacement hormonal*) est utilisée parce que les hormones ovariennes n'ont pas besoin d'être systématiquement « remplacées » chez les personnes atteintes de la ménopause à l'âge moyen[6].

Conformément à la priorité stratégique de Santé Ontario visant à réduire les iniquités en matière de santé vécues par les communautés 2ELGBTQIA+, un langage inclusif en matière de genre est employé tout au long de la présente norme de qualité. Le terme *personnes de genre divers* est utilisé pour inclure les personnes bispirituelles, trans, non binaires et intersexes.

Justification de la nécessité de cette norme

La ménopause désigne la transition en matière de santé, de l'état reproductif à l'état non reproductif; la définition clinique de la ménopause est l'absence d'une période menstruelle pendant 12 mois consécutifs[7]. Les gens subissent la ménopause à un âge moyen de 51,4 ± 3,3 ans, et environ 90 % subissent la ménopause naturelle entre 45 et 55 ans[8,9]. En moyenne, la périménopause commence 4 ans avant la dernière période menstruelle d'une personne[10], mais elle puisse commencer jusqu'à 10 ans avant[3]. L'insuffisance ovarienne prématurée (c.-à-d. lorsque la ménopause survient avant l'âge de 40 ans) ou une ménopause précoce (c.-à-d. lorsque la ménopause survient entre 40 et 44 ans) peut se produire spontanément, être induite chirurgicalement par oophorectomie, ou résulte de la chimiothérapie et du rayonnement[9].

La ménopause résulte d'une diminution des hormones de reproduction et d'une perte de fonction folliculaire ovarienne, ce qui entraîne la fin des cycles menstruels[3]. Avec des niveaux réduits d'œstrogène (hypooestrogénisme)[11], les personnes peuvent éprouver une variété de symptômes, y compris des symptômes vasomoteurs (c'est-à-dire des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes[9,12,13]) ainsi que le syndrome génito-urinaire de la ménopause (c'est-à-dire la sécheresse vaginale[9,12]; douleur ou inconfort avec les rapports sexuels[9]; malaise ou irritation vulvovaginaux[9]; ou douleur, inconfort, ou l'urgence d'uriner[9,14]). Les symptômes vasomoteurs sont les plus courants, touchant 80 % des personnes vivant la ménopause et durant en moyenne 7 ans après la dernière période menstruelle[15]. D'autres symptômes peuvent inclure des changements d'humeur (par exemple, des symptômes dépressifs[9] ou d'anxiété[12,13]), des symptômes musculo-squelettiques (par exemple, des douleurs articulaires et musculaires[9,12,13]), des difficultés sexuelles[9,12,13], des troubles du sommeil[12,13], des changements de poids et/ou de distribution de la graisse corporelle[13], et des difficultés de concentration ou de mémoire[12,13].

Les personnes vivant la périménopause et la ménopause devraient recevoir des soins de haute qualité fondés sur les meilleures preuves disponibles. Cependant, l'absence de sensibilisation aux symptômes associés à la ménopause est légion, et les gens ont un accès limité aux cliniciens ayant les connaissances nécessaires pour fournir des soins fondés sur des données probantes concernant la ménopause[4,16]. Parmi les personnes canadiennes qui ont participé à une enquête sur la ménopause en 2022, 46 % ont dit ne pas être préparés à cette transition de vie et 55 % pensent qu'elles auraient dû apprendre à ce sujet plus tôt[4]. De plus, la périménopause est une importante occasion de soins préventifs[17], parce qu'elle est associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de perte osseuse[13,18]. Si les personnes peuvent mieux comprendre et se préparer à ce stade critique de la vie, elles peuvent se sentir plus en mesure de prendre des décisions éclairées sur leurs soins, optimiser leur mode de vie et améliorer leur santé globale.

Les différents niveaux de connaissance et de confort des cliniciens en matière de gestion de la ménopause ont des conséquences pour les soins que les gens reçoivent. Les symptômes associés à la ménopause sont souvent attribués à tort à d'autres conditions, ce qui entraîne un mauvais traitement et des soins retardés[19]. Certains cliniciens et stagiaires ont signalé un inconfort concernant leur niveau de connaissance sur les options de traitement, l'évitement de problèmes cliniques inconnus et le

sentiment de ne pas être préparés à fournir des soins liés à la ménopause[20]. Plus d'un tiers (38 %) des répondantes à l'Enquête canadienne sur la ménopause de 2022 ont déclaré avoir reçu un traitement insuffisant de leurs symptômes de ménopause de la part de leur clinicien, et seulement 27 % ont rapporté que leur clinicien de soins primaires avait amorcé une conversation sur la ménopause[4].

Bien que les lignes directrices récentes de la pratique clinique aient recommandé la thérapie hormonale pour la ménopause comme traitement de première ligne pour les symptômes vasomoteurs (en mettant l'accent sur l'évaluation individualisée des facteurs de risque comme l'âge)[12], les cliniciens signalent toujours une hésitation à la prescrire[21,22]. De plus, le manque de connaissances et de confort des cliniciens en soins primaires dans la prestation de soins de périménopause et de ménopause mène à des renvois inutiles et inappropriés pour des soins spécialisés, ce qui contribue à de longs temps d'attente[23]. Une étude canadienne a estimé que les références en gynécologie impliquent un temps d'attente médian de 86 jours; au total 75 % des patientes ont attendu jusqu'à 142 jours[24].

Des soins inadéquats pour la périménopause et la ménopause ont des effets sociaux et économiques considérables. Les symptômes peuvent entraîner des tensions dans les relations avec les partenaires, les familles et les amis[25,26]. On estime que 10 % des personnes quittent définitivement leur carrière en raison de symptômes de ménopause débilitants[27]. De plus, le Canada perd environ 3,5 milliards de dollars chaque année en raison de la perte de productivité, de la perte de revenus et des journées de travail manquées liées aux symptômes associés à la ménopause.

Toutes les personnes qui vivent la périménopause et la ménopause méritent des soins de qualité. Peu de preuves sont disponibles en ce qui a trait aux iniquités en matière de périménopause et de ménopause en Ontario, mais des données provenant des États-Unis ont démontré que les personnes issues des communautés racisées font face à des obstacles lorsqu'elles veulent accéder aux soins et éprouvent une charge symptomatique plus élevée. Par exemple, les femmes noires sont 60 % plus susceptibles que les femmes blanches de souffrir de symptômes vasomoteurs fréquents et gênants[28], mais elles sont deux fois moins susceptibles d'entamer une thérapie hormonale pour la ménopause[29]. Les dépenses personnelles (par exemple, les médicaments sur ordonnance, les consultations chez des cliniciens, qui ne sont pas couvertes par le l'Assurance-santé de l'Ontario constituent un obstacle à l'accès aux soins[30], ce qui exacerbe d'autres iniquités; le fardeau financier limite l'accès aux options de traitement pour les personnes disposant de moins de ressources, ce qui touche de manière disproportionnée les immigrants et les communautés racisées[31]. Les personnes de genre divers sont également victimes iniquités dans l'accès à des soins appropriés pour la ménopause (p. ex. crainte de discrimination, absence de représentation dans les formulaires et protocoles médicaux, recherche limitée sur l'interaction entre l'hormonothérapie d'affirmation du genre et les symptômes de la ménopause)[32], ce qui a des répercussions néfastes sur leur état de santé et leur expérience du système de soins de santé[33].

Un obstacle majeur à la compréhension de l'incidence de la périménopause et de la ménopause en Ontario est l'absence de données probantes cohérentes obtenues par la collecte et le rapport systématiques de données. Les enquêtes autonomes (c'est-à-dire ponctuelles) sont souvent les seules sources de données sur les expériences des personnes en périménopause et en ménopause, mais leur applicabilité est limitée, et leur échantillonnage ne parvient souvent pas à représenter la diversité de la population de l'Ontario. Les données existantes de l'Ontario sur les soins liés à la ménopause ne décrivent que les visites chez le médecin, car elles sous-estiment les soins fournis par d'autres

cliniciens, tels que les infirmières praticiennes. De plus, les codes de diagnostic DE l'Assurance-santé de l'Ontario utilisés pour la ménopause sont mal enregistrés et mal capturés (par exemple, le code de diagnostic 627 ne capture que de manière générale « Autres troubles de l'appareil génital féminin : Ménopause, saignements post-ménopausiques. Les données sur l'utilisation de la thérapie hormonale pour la ménopause et d'autres traitements pour les symptômes de la ménopause sont également rares, et même lorsqu'elles sont disponibles, elles sont fragmentées ou incohérentes, ce qui rend difficile la collecte et l'interprétation significatives des données de qualité et accessibles sont nécessaires pour permettre le suivi des problèmes associés à la ménopause et pour mieux orienter et éclairer les efforts d'amélioration de la qualité.

Étant donné qu'une grande proportion de la population de l'Ontario connaîtra inévitablement la périménopause et la ménopause, et compte tenu des variations des soins que les gens reçoivent, cette norme de qualité est l'occasion idoine d'identifier et de combler les lacunes, ainsi que de promouvoir des soins de ménopause de qualité et fondés sur des données probantes.

Mesure à l’appui de l’amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « Ménopause » a cerné 4 indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d’amélioration des soins pour les personnes vivant la périménopause et la ménopause en Ontario. Ces indicateurs sont destinés à être utilisés par ceux qui cherchent à mettre en œuvre la norme de qualité sur la ménopause, y compris les cliniciens travaillant dans des rôles régionaux ou locaux. Les détails sur la mesure sont disponibles dans les spécifications techniques (en anglais seulement).

Le comité n’a pas identifié d’indicateurs mesurables à l’échelle provinciale, car les sources de données provinciales sur les soins de la ménopause sont limitées, tout comme la capacité d’identifier les personnes vivant avec la périménopause ou la ménopause. Lorsque des sources de données ou des méthodes sont élaborées pouvant identifier avec précision les personnes en périménopause, le comité réexaminera les mesures provinciales de succès pour la présente norme de qualité.

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu’à l’aide de données locales

- Pourcentage de cliniciens qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir un traitement de périménopause ou de ménopause fondé sur des données probantes, y compris la thérapie hormonale pour la ménopause, les médicaments non hormonaux et les traitements non pharmacologiques
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers âgées de 40 ans ou plus qui reçoivent des renseignements fondés sur des données probantes concernant la périménopause et la ménopause de la part de leur clinicien
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers vivant la périménopause ou la ménopause que le clinicien de soins primaires aiguille vers un clinicien ayant une expertise en ménopause lorsque cela est cliniquement indiqué
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers qui rapportent que leur qualité de vie s’est améliorée depuis qu’elles ont reçu des soins liés à la ménopause

Énoncé de qualité 1 : Connaissances et compétences des cliniciens

Les femmes et les personnes de genre divers atteintes de périménopause et de ménopause reçoivent des soins d'un clinicien qui possède les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins de ménopause fondés sur des données probantes. Les cliniciens se tiennent au courant des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir des soins sur la ménopause fondée sur des preuves.

Source : Consensus du comité consultatif

Définitions

Clinicien : Un professionnel réglementé qui prodigue des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les diététistes professionnels et les travailleurs sociaux.

Connaissances et compétences : Pour avoir les connaissances et les compétences nécessaires, les cliniciens devraient démontrer la compréhension des éléments suivants :

- Comment identifier et évaluer les symptômes associés à la ménopause pendant la périménopause et la ménopause[34]
- Les données probantes actuelles concernant les options de traitement, y compris la thérapie hormonale pour la ménopause, les médicaments non hormonaux et les traitements non pharmacologiques (voir les énoncés de qualité 4 et 5)
- Comment la périménopause est associée à des changements physiologiques majeurs et représente une période importante au cours de laquelle la santé peut être améliorée de manière proactive, d'où par exemple la nécessité de prendre le temps de discuter de l'état de santé actuel des patientes et des conséquences à long terme de la ménopause[13,34]
- Les renseignements fondés sur des données probantes qui devraient être partagés avec les personnes atteintes de périménopause ou de ménopause (voir l'énoncé de qualité 3)
- Comment fournir des soins culturellement adaptés aux personnes issues de groupes racisés et comment s'attaquer aux obstacles systémiques à l'accès aux soins de santé de qualité que les

personnes issues de groupes racisés rencontrent en permanence (par exemple, le racisme, la discrimination, la stigmatisation)[35]

- L'influence des identités et des expériences qui se croisent (par exemple, le traumatisme, la littératie en matière de santé, la culture, la race, l'ethnicité, le la situation socio-économique, l'identité de genre et l'orientation sexuelle) avec les expériences de la ménopause et l'accès aux soins (voir Annexe 3, Principes directeurs, Intersectionnalité)
- Quand se référer ou demander conseil à un clinicien ayant une expertise en ménopause (voir l'énoncé de qualité 6)

Justification

Les personnes atteintes de périménopause ou de ménopause ne devraient pas avoir à chercher un clinicien ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins fondés sur des données probantes en matière de ménopause; tous les cliniciens devraient être en mesure de fournir de tels soins. Cependant, de nombreux cliniciens n'ont pas eu l'occasion d'acquérir ces connaissances et compétences; les écoles de médecine et les programmes de formation postdoctorale n'offrent pas systématiquement une formation adéquate sur ce sujet. Par conséquent, certains cliniciens peuvent avoir de la difficulté à reconnaître les symptômes associés à la ménopause[36]; cependant, attribuer les symptômes à d'autres maladies (p. ex., dépression ou état gynécologique) et ne pas reconnaître le contexte de la périménopause ou de la ménopause peut entraîner un traitement inapproprié. De plus, certains cliniciens hésitent à prescrire la thérapie hormonale pour la ménopause en raison de recherches caduques qui ne décrivaient pas correctement les risques associés – lesquelles recherches ont depuis été réanalysées et réfutées (voir l'énoncé de qualité 4)[37].

Dans une enquête canadienne auprès des personnes qui ont demandé des conseils médicaux pour la ménopause, 72 % des répondantes ont déclaré que les conseils qu'elles avaient reçus n'étaient pas utiles ou étaient seulement quelque peu utiles[4]. Il n'est donc pas surprenant que certaines personnes estiment n'avoir d'autre choix que de se tourner vers des cliniques privées, où elles doivent payer de leur poche et risquer de recevoir des soins qui ne sont pas fondés sur des données probantes. D'autres peuvent sentir qu'elles doivent endurer leurs symptômes et subir les conséquences que cela pourrait entraîner sur leur qualité de vie et leur santé globale.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant avec la périménopause ou la ménopause

Votre clinicien de soins primaires devrait avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour s'occuper de vous pendant la ménopause. Cela inclut l'identification des symptômes de la ménopause, l'offre d'options de traitement et l'aide pour rester en bonne santé pendant cette étape de la vie. Il devrait prendre soin de vous d'une manière qui tient compte de votre culture, de vos valeurs et de vos croyances. Il devrait également savoir quand vous orienter vers un clinicien ayant une expertise en ménopause, ou quand demander son avis.

Vous ne devriez pas avoir à chercher ailleurs pour obtenir des renseignements ou des soins liés à la ménopause. Si vous n'avez pas de clinicien de soins primaires et que si recevez généralement des soins dans d'autres établissements (comme dans une clinique sans rendez-vous ou des soins virtuels), demandez au clinicien que vous rencontrez comment vous pouvez accéder aux soins liés à la ménopause.

Pour les cliniciens

Recherchez des possibilités de vous instruire et participez-y afin de vous assurer que vous pouvez identifier en toute confiance les symptômes associés à la ménopause, proposer des options de traitement fondées sur des données probantes et aider les personnes à améliorer leur santé et leur bien-être. Participez à une formation sur la prestation de soins culturellement adaptés et qui reconnaissent les identités intersectionnelles des personnes.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux cliniciens d'avoir accès à une formation formelle et informelle afin de pouvoir acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins liés à la ménopause fondés sur des données probantes. Assurez-vous de la disponibilité de la formation, de l'éducation et des ressources liées à la ménopause pour les cliniciens et les équipes de soins de santé, y compris du contenu sur les soins culturellement adaptés afin qu'ils puissent répondre aux besoins intersectionnels des personnes atteintes de périménopause ou de ménopause.

Intégrer cette norme de qualité dans les programmes et les curriculums de formation clinique.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de cliniciens qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins sur la ménopause fondés sur des données probantes (stratification potentielle : cliniciens en soins primaires et cliniciens en soins non primaires)
- Le pourcentage de femmes et de personnes de genre divers éprouvant des symptômes de périménopause ou de ménopause qui rapportent qu'elles ont reçu des soins qui sont culturellement adaptés et exempts de racisme et de discrimination

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Énoncé de qualité 2 : Identification et évaluation de la périménopause et de la ménopause

À partir de l'âge de 40 ans, les femmes et les personnes de genre divers sont interrogées sur les symptômes associés à la ménopause afin de permettre le repérage précoce et l'évaluation de la périménopause et de la ménopause.

Sources : Consensus du comité consultatif | Institut national pour la santé et l'excellence des soins, 2024[9]

Définitions

Symptômes associés à la ménopause : Les symptômes associés à la ménopause, qui résultent de l'hypoestrogénie (c'est-à-dire, le déficit en œstrogènes)[11], peuvent commencer pendant la périménopause ou la ménopause, varier de mineurs à sévères, et se produire sur de courtes ou de longues périodes[9]. Ils peuvent inclure :

- des changements dans le cycle menstruel[9,12,13];
- des symptômes vasomoteurs, tels que des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes[9,12,13];
- des symptômes du syndrome génito-urinaire de la ménopause, tels que la sécheresse vaginale[9,12]; l'inconfort lors des rapports sexuels[9]; l'inconfort ou l'irritation vulvovaginale[9]; l'inconfort, la douleur ou l'urgence associée à la miction[9,14]; ou les infections urinaires fréquentes[38];
- Des effets sur l'humeur ou la santé mentale, tels que des symptômes liés à la dépression[9] ou à l'anxiété[12,13];
- des symptômes musculo-squelettiques, tels que des douleurs articulaires et musculaires[9,12,13];
- des difficultés d'ordre sexuel, telles qu'un faible désir sexuel[9,12,13];
- des troubles du sommeil[12,13];
- des changements de poids et/ou de répartition de la graisse corporelle[13];
- du rouillard cérébral (par exemple, difficultés de concentration, de mémoire ou d'attention)[12,13].

Selon leur race ou leur origine ethnique, les personnes peuvent éprouver des symptômes à des âges[9] et à des intensités variables[39]. Les facteurs culturels peuvent influencer la façon dont les gens vivent ou décrivent leurs symptômes[39]. La prise de conscience de telles différences peut faciliter la prestation de soins culturellement adaptés.

Identification et évaluation : L'identification de la périménopause ou de la ménopause est basée sur les symptômes associés à la ménopause que la personne ressent[9]. Un exemple d'outil qui peut être utilisé pour soutenir une conversation sur les symptômes est Menopause Quick 6 (MQ6).

Pour certaines personnes, la ménopause peut commencer avant l'âge de 40 ans; il s'agit de l'« insuffisance ovarienne primitive ». Un diagnostic d'insuffisance ovarienne primitive est établi après avoir pris en compte les antécédents cliniques et familiaux de la personne, ses symptômes associés à la ménopause (y compris l'absence ou le caractère peu fréquent des règles pendant au moins 4 mois et en tenant compte de savoir si elle a subi une hystérectomie), et si elle présente des niveaux élevés d'hormone folliculo-stimulante (> 25 IU/L). L'évaluation des niveaux d'hormone folliculo-stimulante devrait être répétée après 4 à 6 semaines si le diagnostic est incertain[40]. Si l'incertitude persiste après l'évaluation répétée, la personne peut être référée à un clinicien ayant une expertise en ménopause (voir l'énoncé de qualité 6)[9]. Remarque : La gestion de l'insuffisance ovarienne primitive dépasse le cadre de cette norme de qualité; des renseignements détaillés devraient être recherchés dans d'autres sources d'orientation.

Les tests de laboratoire et d'imagerie ne sont pas indiqués pour la plupart des gens, à moins que leurs symptômes ne suggèrent un autre diagnostic[41,42]. Les tests de laboratoire et d'imagerie suivants ne devraient *pas* être utilisés pour identifier la périménopause ou la ménopause[9] :

- Hormone anti-Müllérienne
- Inhibine A
- Inhibine B
- Nombre de follicules antraux
- Volume ovarien
- Œstradiol (sauf chez les personnes de moins de 40 ans avec une insuffisance ovarienne prématurée suspectée; les personnes ayant subi une hystérectomie; ou les personnes utilisant un dispositif intra-utérin)
- Hormone folliculo-stimulante (sauf chez les personnes de moins de 40 ans avec une insuffisance ovarienne prématurée suspectée; les personnes âgées de 40 à 45 ans qui éprouvent des symptômes associés à la ménopause, y compris des changements dans le cycle menstruel; les personnes qui ont subi une hystérectomie; ou les personnes qui utilisent un dispositif intra-utérin)

Il peut être difficile d'identifier la périménopause ou la ménopause chez les personnes qui suivent des traitements hormonaux (par exemple, des traitements pour les saignements menstruels abondants[9] ou des contraceptifs oraux[42]). S'il est cliniquement approprié, il peut être convenable que les personnes interrompent temporairement les traitements hormonaux afin de permettre une évaluation et une identification précises de la périménopause ou de la ménopause.

Justification

La détermination précoce des symptômes associés à la ménopause est cruciale pour une intervention, un soutien et un traitement en temps opportun. Cependant, tant les patients que les cliniciens peuvent ne pas être conscients de l'éventail complet des symptômes potentiels, ce qui les amène à attribuer à tort les symptômes à d'autres causes[36]. Des personnes ont rapporté que leur clinicien avait rejeté leurs symptômes, en disant qu'elles étaient trop jeunes pour vivre la périménopause[20,36]. Cependant, une identification tardive entraîne des soins retardés et des occasions manquées de traiter les symptômes. De plus, comme la ménopause est associée à un risque accru de perte osseuse et de maladies cardiovasculaires[13,18], une identification tardive pourrait également signifier que l'on passe à côté d'une occasion d'améliorer optimiser sa santé globale[17].

Étant donné le manque de sensibilisation du grand public aux symptômes associés à la ménopause, les gens peuvent ne pas réaliser qu'ils sont entrés dans cette étape si leurs cliniciens ne commencent pas une conversation. Dans une enquête canadienne, seulement 27 % des répondants ont indiqué que leur clinicien de soins primaires avait amorcé une conversation sur la ménopause[4]. Les discussions sont importantes, car le signalement des symptômes peut varier considérablement. Les perceptions linguistiques et culturelles peuvent influencer la façon dont les gens décrivent leurs symptômes, perçoivent la ménopause, déterminent quand demander une attention médicale et plaident pour eux-mêmes; à leur tour, ces facteurs peuvent influencer la façon dont les cliniciens gèrent les symptômes[35,43]. De plus, certaines personnes peuvent se sentir mal à l'aise de discuter de certains symptômes avec leur clinicien, tels que les changements liés à la santé sexuelle[36,38]. Les cliniciens devraient être proactifs en posant des questions sur tous les symptômes liés à la ménopause, quelle que soit la présentation clinique.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Si vous avez 40 ans ou plus, votre clinicien devrait vous demander si vous ressentez des symptômes de ménopause. Il devrait décrire tous les symptômes possibles afin que vous puissiez parler de ce que vous ressentez et décider ensemble si vous êtes en périménopause ou en ménopause. Pour la plupart des gens, les symptômes suffisent à identifier la périménopause ou la ménopause. Des analyses de sang ou des examens d'imagerie médicale ne sont pas nécessaires.

Remarque : Certaines personnes peuvent atteindre la ménopause avant l'âge de 40 ans. Parlez-en à votre clinicien si cet aspect vous préoccupe.

Pour les cliniciens

Demandez aux personnes âgées de 40 ans ou plus si elles présentent des symptômes associés à la ménopause afin d'identifier celles qui vivent la périménopause ou la ménopause le plus tôt possible. Utilisez des outils pour soutenir les conversations sur les symptômes, tels que Menopause Quick 6 (MQ6).

Il est recommandé d'engager une conversation sur les symptômes associés à la ménopause même si la personne consulte pour un problème non lié à cela. Aidez les gens à connaître tous les symptômes possibles de la périménopause ou de la ménopause. Traitez toutes les personnes vivant la périménopause ou la ménopause avec respect, dignité et compassion, et travaillez à établir la confiance. Écoutez-les et évitez de rejeter ou de minimiser leurs symptômes. Soyez conscient que les gens peuvent utiliser un langage ou une terminologie culturellement spécifique pour décrire leurs symptômes ou leur anatomie; assurez-vous d'utiliser les termes préférés de la personne.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place dans tous les milieux de santé pour que les cliniciens puissent identifier et évaluer les personnes qui pourraient vivre la périménopause ou la ménopause. Facilitez l'accès aux outils d'évaluation ou aux facilitateurs numériques qui soutiennent les soins liés à la ménopause.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers âgées de 40 ans ou plus qui rapportent que leur clinicien a proactivement engagé des conversations sur les symptômes associés à la ménopause

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Énoncé de qualité 3 : Renseignements fondés sur des preuves pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

À partir de l'âge de 40 ans ou plus tôt, les femmes et les personnes de genre divers reçoivent des renseignements fondés sur des données probantes concernant la périménopause et la ménopause de la part de leur clinicien.

Sources : Consensus du comité consultatif | Institut national pour la santé et l'excellence des soins, 2024[9]

Définitions

Renseignements fondés sur des preuves : Cela devrait inclure ce qui suit :

- Une description de ce qu'est la ménopause :
  - La ménopause est une transition de santé naturelle et importante qui se produit généralement à la mi-vie, à un âge moyen de 51 ans[8], ou en moyenne entre 45 et 55 ans[9]
  - La périménopause est la période précédant la ménopause; elle peut durer jusqu'à 10 ans[3]
  - La ménopause peut survenir plus tôt dans la vie en raison d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical, d'une condition héréditaire ou d'une cause inconnue[9]
  - L'insuffisance ovarienne prématurée est la survenue de la ménopause avant l'âge de 40 ans; la ménopause précoce est la survenue de la ménopause entre 40 et 44 ans[9]
- Les symptômes associés à la périménopause et à la ménopause (voir l'énoncé de qualité 2)
- Des informations sur la façon dont les symptômes peuvent varier de mineurs à graves, peuvent être ressentis sur une courte ou longue période[9], et peuvent avoir un effet négatif sur la qualité de vie[44]
- Confirmation que la périménopause et la ménopause ne sont pas des conditions médicales nécessitant un traitement, mais que les symptômes associés doivent être traités de manière proactive s'ils ont un effet sur la qualité de vie d'une personne
- Des renseignements sur la façon dont la ménopause est associée à des changements physiologiques majeurs qui ont des conséquences plus larges sur la santé, tels que :

  - Des changements dans la santé métabolique[17] et une augmentation accélérée des facteurs de risque cardiovasculaire[45,46], y compris une pression artérielle élevée, du cholestérol and fasting blood glucose levels[13,17]
  - Jusqu'à 10 % de perte de densité minérale osseuse pendant la fin de la périménopause et les premières années suivant la ménopause[12-14,47]
- L'importance de se tenir à jour avec les dépistages de santé recommandés pour le cancer du sein[9,34], le cancer du col de l'utérus[34] et les facteurs de risque cardiovasculaire (c'est-à-dire, l'hypertension, le cholestérol, le diabète)[11]
- Information sur la façon d'optimiser la santé osseuse et de prévenir la perte osseuse[9]
- Des informations sur la façon dont la ménopause présente une fenêtre critique d'opportunité pour la promotion de la santé et les stratégies préventives[13,17], y compris les modifications du mode de vie qui peuvent optimiser la santé :
  - Gérer son poids[12,13,48]
  - Gérer la pression artérielle[13,14]
  - Arrêter de fumer[13,14,45,47,49]
  - Réduire au minimum la consommation d'alcool[34]
  - Participer à des activités physiques régulières[9,12,13,45,48,49]
  - Participer à des entraînements contre résistance afin de maintenir la masse musculaire[9,12,13,49]
  - Maintenir une alimentation saine (par exemple, un régime riche en fibres, en protéines et en graisses insaturées)[12,13,45,48]
  - Dormir suffisament[45]
- Options de traitement disponibles pour gérer les symptômes, ainsi que les avantages et les risques associés à chaque option (voir les énoncés de qualité 4 et 5)[9]
- Préoccupations en matière de sécurité associées à la thérapie hormonale bioidentique composée – une préparation hormonale non réglementée commercialisée comme une autre solution aux thérapies hormonales approuvées par Santé Canada (voir l'énoncé de qualité 4)[44,50]
- Renseignements sur la contraception pour les personnes en périménopause[9]. Parce que la grossesse peut encore survenir pendant la périménopause, les besoins en matière de contraception doivent être pris en compte et abordés[11]. Le choix de la méthode contraceptive doit être individualisé et tenir compte de l'efficacité, des risques, des avantages et des effets secondaires de toutes les méthodes disponibles. Certaines méthodes contraceptives peuvent également atténuer certains symptômes associés à la ménopause[51]. Les contraceptifs oraux combinés peuvent être envisagés pour traiter les saignements irréguliers[11]
- Soutien et renseignements liés à la fertilité pour les personnes susceptibles de vivre la ménopause en raison d'un traitement médical ou chirurgical[9]

Clinicien: Un professionnel réglementé qui prodigue des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les diététistes professionnels et les travailleurs sociaux.

Justification

La qualité de vie et la santé générale s'améliorent lorsque les gens comprennent mieux la périménopause et la ménopause[52]. Cependant, si les gens ne reçoivent pas d'information fondée sur des preuves de leur clinicien, ils doivent naviguer dans la désinformation potentielle qui est largement disponible sur Internet et les médias sociaux[52], un exemple étant de fausses allégations sur la sécurité et l'efficacité de la thérapie combinée de biohormones (voir l'énoncé de qualité 4)[53]. Les attentes et les influences socioculturelles façonnent aussi la façon dont les gens en périménopause et ménopause cherchent de l'information; certains peuvent la considérer comme un sujet tabou qui n'est pas à discuter ou comme une transition naturelle qui ne nécessite pas de médicalisation[16].

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Si vous avez 40 ans ou plus, votre clinicien devrait vous fournir des renseignements fiables sur la périménopause et la ménopause. Les renseignements devraient inclure ce qu'est la ménopause, les symptômes que vous pourriez avoir, comment la ménopause peut affecter votre cœur et vos os, comment prendre soin de votre santé pendant la ménopause, et les options de traitement. Il devrait également discuter avec vous des méthodes de contraception au cas où vous en auriez besoin, car vous pouvez toujours tomber enceinte pendant la périménopause.

Pour les cliniciens

Échangez les renseignements fondés sur des données probantes avec les personnes âgées de 40 ans ou plus en utilisant une approche proactive et culturellement adaptée. Participez à des discussions afin d'aider les gens à comprendre la périménopause et la ménopause (y compris les implications pour la santé globale) et à faire face à la désinformation.

Fournissez aux gens les renseignements dont ils ont besoin pour participer à une prise de décision éclairée et partagée concernant les options de traitement. Soutenez-les dans les modifications qu'ils apportent à leur mode de vie afin d'améliorer leur santé. Travaillez avec eux afin d'établir des objectifs et de les connecter à des programmes et à des groupes qui soutiennent le changement de comportement en matière de santé. Aidez les gens à se tenir à jour avec les dépistages recommandés pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, et à surveiller les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (c'est-à-dire, l'hypertension, le cholestérol élevé, le diabète). Informez les gens de ce que la grossesse est possible pendant la périménopause et demandez-leur quels sont leurs besoins en matière de contraception.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour permettre aux cliniciens d'offrir aux personnes des renseignements fondés sur des données probantes concernant la périménopause et la ménopause. Assurez-vous que les cliniciens disposent des ressources, de la formation et des compétences nécessaires pour fournir des informations et une éducation qui soient culturellement adaptés.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers âgées de 40 ans ou plus qui reçoivent des renseignements fondés sur des données probantes concernant la périménopause et la ménopause de la part de leur clinicien
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers âgées de 40 ans ou plus qui rapportent que les renseignements reçus de leur clinicien concernant la périménopause et la ménopause étaient utiles
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers âgées de 40 ans ou plus qui rapportent que leur clinicien a répondu à leurs questions sur la périménopause et la ménopause

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Énoncé de qualité 4 : Gestion des symptômes vasomoteurs

Les femmes et les personnes de genre divers qui éprouvent des symptômes vasomoteurs pendant la périménopause et la ménopause se voient offrir une thérapie hormonale pour la ménopause comme traitement de première ligne, après une évaluation des risques, des avantages, des contre-indications et des besoins et préférences individuels. Les personnes qui ont des contre-indications à la thérapie hormonale pour la ménopause ou qui ne la désirent pas se voient offrir d'autres options de traitement fondées sur des preuves, y compris des médicaments non hormonaux et des traitements non pharmacologiques.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2024[9] | Obstetrical and Gynaecological Society of Malaysia and the Malaysian Menopause Society, 2022[13] | Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2021[12,14,47,54]

Définitions

Symptômes vasomoteurs : Des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes[9,12], qui peuvent commencer pendant la périménopause[44]. Parfois, les bouffées de chaleur peuvent être accompagnées d'anxiété ou de palpitations cardiaques[12].

Thérapie hormonale pour la ménopause : Un traitement de première ligne pour les symptômes vasomoteurs, qui peut être offert en toute sécurité aux personnes de moins de 60 ans ou moins de 10 ans après la ménopause[12,13,44,54]. Les cliniciens devraient examiner les lignes directrices récentes et les déclarations de position[9,12,13] pour obtenir des conseils (par exemple, indications, posologie) et pour s'assurer de leur familiarité avec les dernières preuves.

Les besoins contraceptifs et les schémas de saignement doivent être pris en compte lors du choix d'une thérapie optimale (voir l'énoncé de qualité 3). Les options pour les personnes en périménopause comprennent des contraceptifs hormonaux combinés à faible dose; une thérapie hormonale pour la ménopause généralement avec un progestatif cyclique chez les personnes ayant une oligoménorrhée; de l'œstrogène en combinaison avec un système intra-utérin libérant du lévonorgestrel; ou du progestatif seul[12,13].

Lorsqu'on discute de la thérapie hormonale pour la ménopause, les éléments suivants doivent être pris en compte :

- Combiné ou œstrogène seul :
  - Pour les personnes ayant un utérus, offrez une thérapie hormonale pour la ménopause combinée après avoir discuté des options et identifié celle qui équilibre le mieux les avantages et les risques[9,13]
  - Lors de l'offre d'une thérapie hormonale pour la ménopause combinée, le choix de progestatif devrait privilégier ceux qui sont les moins susceptibles d'affecter les marqueurs de la maladie cardiovasculaire[54]
  - Pour les personnes ayant un utérus, les saignements vaginaux sont un effet secondaire courant de la thérapie hormonale systémique de la ménopause au cours des 3 premiers mois de traitement; conseillez aux personnes de demander de l'aide si cela persiste au-delà de 3 mois[9]
  - Pour les personnes ayant subi une hystérectomie totale, offrez une thérapie hormonale de substitution à base d'œstrogènes après avoir discuté des options et identifié celle qui équilibre le mieux les avantages et les risques[9,13,44,47]
  - Il est peu probable que la prise d'une thérapie hormonale de substitution à base de combinaisons ou d'œstrogènes seuls pour la ménopause affecte l'espérance de vie globale[9]
- Transdermique ou oral :
  - Considérez les options transdermiques pour les personnes qui présentent un risque accru de thromboembolie veineuse[9,13] ou d'accident vasculaire cérébral[13], ou qui ont des comorbidités telles que l'hypertension[55], l'obésité[13,55], la dyslipidémie[13,55] ou une maladie active de la vésicule biliaire[13]
- Cyclique ou combiné continu :
  - La thérapie hormonale pour la ménopause cyclique peut être utilisée pour les personnes en fin de périménopause[13] afin de minimiser les saignements non programmés
  - La thérapie hormonale pour la ménopause combinée continue est appropriée pour les personnes qui ont 1 an après leur dernière période menstruelle[13]
  - La thérapie hormonale de substitution à base d'œstrogènes seule peut être prise tous les jours par les personnes ayant subi une hystérectomie totale[12]
- Dose et durée :
  - Utilisez la dose efficace la plus faible d'œstrogène[9,12,54]
  - Il n'y a pas de durée ou de moment d'arrêt recommandé pour la thérapie hormonale pour la ménopause; la durée doit être individualisée en fonction des symptômes persistants, des avantages et des risques personnels; cela doit être réévalué périodiquement[12,13]
  - Discutez de la durée possible du traitement au début; à chaque révision, discutez des avantages et des risques de la poursuite du traitement[9]
  - Expliquez que les symptômes pourraient réapparaître lorsque la thérapie hormonale pour la ménopause est arrêtée; discutez de l'option de recommencer si nécessaire ou souhaité[9]

- Pour les personnes qui arrêtent la thérapie hormonale pour la ménopause, offrez le choix de réduire progressivement ou d'arrêter immédiatement le traitement (réduire progressivement le traitement peut limiter la récurrence des symptômes à court terme, mais il n'y a pas de différence à long terme)[9]
- Cesser la thérapie hormonale systémique pour la ménopause chez les personnes diagnostiquées avec un cancer du sein[9]

Évaluation des risques et des avantages : Le choix de la thérapie hormonale pour la ménopause doit être individualisé après avoir pris en compte l'âge de la personne, les symptômes, les conditions médicales, les risques pour la santé et les antécédents familiaux, ainsi que le moment de leur dernière période menstruelle[12].

Contre-indications : Les contre-indications à la thérapie hormonale systémique pour la ménopause comprennent les éléments suivants :

- Contre-indications à l'œstrogène[12,44] :
  - Saignement vaginal anormal non diagnostiqué
  - Cancer du sein actif, cancer du sein suspect, ou antécédents personnels de cancer du sein
  - Cancers dépendants des œstrogènes actifs ou cancers soupçonnés d'être dépendants de l'œstrogène (c'est-à-dire, endométrial, ovarien)
  - Maladie coronarienne
  - Thromboembolie veineuse active ou antécédents de thromboembolie veineuse
  - Accident vasculaire cérébral actif ou antécédent d'accident vasculaire cérébral
  - Thrombophilie connue
  - Maladie hépatique active
  - Grossesse connue ou suspectée
- Contre-indications au progestatif[12] :
  - Saignement vaginal anormal non diagnostiqué
  - Cancer du sein actif ou antécédents personnels de cancer du sein

Les personnes ayant certaines contre-indications peuvent tout de même être en mesure d'utiliser une thérapie hormonale pour la ménopause[55]. Pour les personnes ayant une contre-indication ou un problème de santé qui pourrait être affectée par la thérapie hormonale pour la ménopause, demandez conseil sur le choix de la thérapie à un clinicien ayant des connaissances spécialisées sur ce problème de santé maladie[9], ou orientez la personne vers un clinicien expert en ménopause (voir l'énoncé de qualité 6).

Besoins individuels et préférences : Tient compte des valeurs, des préférences et des objectifs de traitement de la personne, ainsi que de l'accessibilité financière de chaque option de traitement.

Médicaments non hormonaux fondés sur des preuves : Les options de médicaments non hormonaux comprennent :

- Gabapentine[12,13,47,56]
- Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline[13,47,56] (ne devraient pas être offerts comme traitement de première ligne pour les symptômes vasomoteurs seuls[9])
- Oxybutynine[47,56]

Ces options de traitement peuvent offrir un soulagement des symptômes vasomoteurs, mais elles peuvent avoir leurs propres effets indésirables[12].

Traitements non pharmacologiques fondés sur des preuves : Les options de traitement non pharmacologiques comprennent :

- La thérapie cognitivo-comportementale[9,13,47,56], qui peut inclure des séances en personne ou à distance, des séances individuelles ou de groupe, et des options d'aide personnelle, selon les préférences et les besoins de la personne[9]
- Hypnose clinique[12,13,56]

Justification

Les symptômes vasomoteurs sont le symptôme associé à la ménopause le plus courant, touchant 80 % des personnes et durant en moyenne 7 ans après la dernière période menstruelle[15]. Ces symptômes ont des effets négatifs sur la qualité de vie[12], et leur présence a été indépendamment liée à une augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire[44,50]. Les symptômes vasomoteurs d'apparition précoce et persistants ont été associés à des problèmes de santé et psychosociaux plus graves que les symptômes moins fréquents[57].

Les lignes directrices actuelles en matière de pratique clinique recommandent l'utilisation de la thérapie hormonale pour la ménopause comme traitement de première ligne pour les symptômes vasomoteurs chez les personnes en périménopause ou en ménopause[12,13,44,54]. Les données probantes démontrent également d'autres avantages, notamment la prévention de la perte osseuse[44] et de l'ostéoporose postménopausique[44], la réduction du risque de fracture chez les personnes en bonne santé après la ménopause,[9,44,58,59] et le soulagement des symptômes du syndrome génito-urinaire de la ménopause (voir l'énoncé de qualité 5)[44]. Pourtant, les cliniciens font état d'hésitation à la prescription[21,22]. Cette hésitation a été attribuée en grande partie à l'héritage de l'Initiative pour la santé des femmes, une étude randomisée influente lancée en 1998 qui visait à évaluer les effets de la thérapie hormonale pour la ménopause. Des résultats publiés précédemment décrivaient de manière inexacte les risques associés à la thérapie hormonale pour la ménopause. Ces résultats ont depuis été réanalysés et réfutés, mais l'incertitude quant à leur utilisation persiste[37]. Selon les données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ICES, 2024/25), 10,6 % des femmes de l'Ontario âgées de 45 à 60 ans ayant connu la ménopause ont déclaré avoir eu recours à un traitement hormonal substitutif entre 2014 et 2018.

Si les personnes éprouvant des symptômes vasomoteurs ont des contre-indications ou préfèrent ne pas prendre de thérapie hormonale pour la ménopause, des médicaments non hormonaux et des

options de traitement non pharmacologiques sont disponibles. Fezolinetant, un antagoniste de la neurokinine B, est une nouvelle option pharmacologique non hormonale pour le traitement des symptômes vasomoteurs[56,60] qui a été approuvée par Santé Canada en 2024.

Remarque : La « thérapie hormonale bioidentique composée » est une préparation hormonale non réglementée qui a été commercialisée comme une autre option aux thérapies hormonales approuvées par Santé Canada. Plusieurs préoccupations en matière de sécurité sont liées à son utilisation, notamment le manque de réglementation et de surveillance gouvernementales, le surdosage et le sous-dosage, la présence d'impuretés et le manque de stérilité, l'absence de données scientifiques sur l'efficacité et la sécurité, ainsi que l'absence d'une étiquette décrivant les risques[44,50]. Il est également généralement associé à des coûts à la charge du patient. La thérapie hormonale bioidentique composée n'est pas approuvée par Santé Canada, n'est pas considérée comme un soin standard et ne devrait pas être proposée à la place de la thérapie hormonale ménopausique de qualité pharmaceutique[44,61,62]. Au lieu de cela, les gens devraient se voir proposer des préparations hormonales approuvées par Santé Canada, qui ont prouvé leur sécurité et peuvent être plus rentables ou couvertes par des régimes d'assurance maladie publics ou privés.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Si vous avez des bouffées de chaleur ou des sueurs nocturnes et que vous souhaitez les traiter, votre clinicien devrait vous proposer une thérapie hormonale pour la ménopause. Si vous ne pouvez pas suivre cette thérapie ou si vous ne souhaitez pas la suivre, le clinicien devrait vous proposer d'autres options. Votre clinicien devrait évaluer votre santé globale afin que vous puissiez travailler ensemble pour choisir l'option de traitement qui vous convient le mieux.

Votre clinicien pourrait vous demander à quel point vos symptômes sont gênants. Vous êtes seule à savoir si le symptôme est gênant ou pas. Si vos bouffées de chaleur ou vos sueurs nocturnes ont un effet sur votre qualité de vie, votre clinicien devrait vous proposer un traitement. Si vous essayez un médicament et que vous ne vous sentez pas bien avec ou que vos symptômes ne s'améliorent pas, parlez-en à votre clinicien pour voir si vous pouvez essayer autre chose.

Le coût des médicaments ou d'autres traitements ne devrait pas vous empêcher de recevoir les soins dont vous avez besoin. Votre clinicien peut vous parler des options gratuites ou à faible coût.

Pour les cliniciens

Discutez avec les gens de leurs symptômes et échangez les renseignements fondés sur des données probantes concernant la thérapie hormonale pour la ménopause, y compris son innocuité et son efficacité. Expliquez les préoccupations en matière de sécurité liées à la thérapie hormonale bioidentique composée.

Ne manquez pas de proposer pas la thérapie hormonale pour la ménopause aux personnes en périménopause. Rassurez les patientes en leur disant que les décisions de traitement devraient être éclairées par les symptômes qu'elles ressentent et par la façon dont ces symptômes sont gênants. Si

la personne essaie un médicament et ne se sent pas bien avec ou ne remarque pas d'amélioration, proposez une autre option.

Discutez de l'accessibilité financière de chaque option de traitement et soutenez les personnes dans la recherche de moyens pour réduire les coûts ou trouver une couverture (par exemple, des programmes financés par l'État, des médicaments génériques, des solutions de rechange à faible coût ou des ressources communautaires).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place – et que des possibilités d'éducation sont disponibles – afin que les cliniciens puissent offrir efficacement une thérapie hormonale pour la ménopause ou des options de traitement non hormonales ou non pharmacologiques fondées sur des données probantes aux personnes vivant des symptômes vasomoteurs associés à la périménopause ou à la ménopause.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers qui présentent des symptômes vasomoteurs à qui le clinicien propose une thérapie hormonale pour la ménopause comme traitement de première ligne lorsqu'il est sûr et approprié
- Pourcentage de femmes et personnes de genre divers qui présentent des symptômes vasomoteurs qui ont des contre-indications à la thérapie hormonale pour la ménopause ou qui ne la désirent pas et à qui le clinicien propose d'autres options de traitement fondées sur des données probantes, y compris des médicaments non hormonaux et des traitements non pharmacologiques
- Pourcentage de femmes et personnes de genre divers atteintes de périménopause ou de ménopause qui se sentent concernées par les discussions avec leur clinicien concernant leurs options médicamenteuses, y compris les risques, les avantages, les contre-indications et les besoins et préférences individuels

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Énoncé de qualité 5 : Gestion des symptômes non vasomoteurs

Les femmes et les personnes de genre divers ayant des symptômes non vasomoteurs pendant la périménopause et la ménopause (y compris ceux liés au syndrome génito-urinaire de la ménopause, à la santé sexuelle, à la santé mentale, au sommeil et à la cognition) se voient offrir des options de traitement fondées sur des données probantes.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2024[9] | Obstetrical and Gynaecological Society of Malaysia and the Malaysian Menopause Society, 2022[13] | Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2021[14,47,48,63]

Définitions

Symptômes non vasomoteurs : Les personnes atteintes de périménopause ou de ménopause peuvent éprouver des symptômes autres que les symptômes vasomoteurs, y compris :

- Changements dans le cycle menstruel[9,13]
- Les symptômes du syndrome génito-urinaire de la ménopause, tels que la sécheresse vaginale[9,12]; l'inconfort lors des rapports sexuels[9]; l'inconfort ou l'irritation vulvovaginale[9]; l'inconfort, la douleur ou l'urgence associée à la miction[9,14]; ou les infections urinaires fréquentes[38]
- Effets sur l'humeur, tels que des symptômes liés à la dépression[9] ou à l'anxiété[12,13]
- Symptômes musculo-squelettiques, tels que des douleurs articulaires et musculaires[9,12,13]
- Difficultés sexuelles, telles qu'un faible désir sexuel[9,12,13]
- Perturbations du sommeil[12,13]
- Changements de poids et/ou de distribution de la graisse corporelle[13]
- Difficultés de concentration ou de mémoire (souvent appelés « brouillard cérébral »)[12,13]

Options de traitement fondées sur des preuves : Pour les symptômes du syndrome génito-urinaire de la ménopause :

- L'œstrogène vaginal à faible dose local (sous forme de crème, de comprimé, d'insert ou d'anneau) est une option sûre et efficace qui devrait être proposée aux personnes ayant des symptômes du

syndrome génito-urinaire de la ménopause[9,64], y compris celles qui utilisent déjà une thérapie hormonale systémique de la ménopause[9]
  - L'œstrogène vaginal est absorbé localement[9] et permet d'améliorer l'apport sanguin aux tissus urogénitaux[14]; comme seule une quantité minime est absorbée dans la circulation sanguine, il est peu probable qu'il ait un effet significatif sur le reste du corps[9]
  - Les événements indésirables graves liés à l'utilisation d'œstrogènes vaginaux sont très rares[9,13]
  - Les symptômes reviennent souvent lorsque l'œstrogène vaginal est arrêté, mais le traitement peut être repris si nécessaire[9,38]
  - L'œstrogène vaginal peut être utilisé seul ou associé à des lubrifiants et à des hydratants non hormonaux[9,38]
- D'autres options de traitement hormonal incluent des ovules de déhydroépiandrostérone (DHEA, également connu sous le nom de prastérone) et de l'ospémifène[9,14,64]
  - La déhydroépiandrostérone (DHEA) est un traitement intravaginal qui peut être considéré comme une solution de rechange aux œstrogènes vaginaux si les lubrifiants ou les hydratants non hormonaux sont inefficaces ou mal tolérés[9,65]
  - L'ospémifène, un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes, est un traitement oral qui peut être considéré comme une alternative aux thérapies vaginales (par exemple, les œstrogènes vaginaux, la DHEA ou les lubrifiants et hydratants vaginaux non hormonaux) si les options vaginales sont impraticables (par exemple, en raison de douleurs sévères ou d'un handicap) ou non désirées[9,66]
- Des options non hormonales disponibles en vente libre, y compris des lubrifiants et des hydratants vaginaux, peuvent être proposées aux personnes qui ne peuvent pas utiliser ou qui préfèrent ne pas utiliser des options hormonales[9]
  - Les lubrifiants peuvent être utilisés au besoin pour aider à soulager provisoirement l'inconfort pendant les rapports sexuels en réduisant la friction[14,64]
  - Les hydratants nécessitent une application régulière et peuvent offrir un soulagement plus continu que les lubrifiants[3], indépendamment du moment des rapports sexuels[64]

Pour les symptômes liés à la santé sexuelle, tels qu'un faible désir sexuel :

- Pour faciliter un traitement approprié, les symptômes de la personne devraient être identifiés comme étant liés au désir, à l'excitation, à la douleur ou à l'orgasme[63]
- La supplémentation en testostérone peut être proposée aux personnes ayant un faible désir sexuel associé à la ménopause[63], si la thérapie hormonale pour la ménopause seule n'est pas efficace[9]
- D'autres options pour gérer le faible désir sexuel chez les personnes postménopausées incluent la gestion de la douleur, l'examen des facteurs biopsychologiques et la thérapie[63]

Pour les symptômes liés à la santé mentale, tels que les symptômes dépressifs ou l'anxiété :

- Pour les personnes en périménopause éprouvant des symptômes dépressifs qui ne répondent pas aux critères d'un diagnostic de dépression, les options de traitement comprennent la thérapie hormonale ménopausique[9,48] et/ou la thérapie cognitivo-comportementale[9], qui peut inclure des séances en personne ou à distance, des séances individuelles ou de groupe, et des options d'aide personnelle, selon les préférences et les besoins de la personne[9]
- Pour les personnes ayant un diagnostic de dépression, référez-vous à la norme de qualité de Santé Ontario *Dépression clinique : soins aux adultes et aux adolescents*[67]
- Pour les personnes atteintes d'un trouble anxieux, référez-vous à la norme de qualité de Santé Ontario *Troubles anxieux : Soins dans tous les milieux*[68]

Pour les symptômes liés au sommeil :

- Une approche initiale devrait inclure l'éducation sur l'hygiène du sommeil, l'exclusion des troubles du sommeil primaires (par exemple, l'apnée obstructive du sommeil) et le traitement des symptômes vasomoteurs[48]. Pour les personnes atteintes d'un trouble de l'insomnie, se référer à la norme de qualité de Santé Ontario *Trouble de l'insomnie : soins offerts aux adultes*[69]
- La thérapie hormonale pour la ménopause peut améliorer le sommeil chez les personnes qui présentent des symptômes vasomoteurs, car ces symptômes sont un contributeur important à la perturbation du sommeil[48]
- D'autres options qui ont montré des bénéfices pour le sommeil incluent la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie[9,48] et l'exercice aérobique[48]

Pour les symptômes liés à la cognition :

- Des modifications du mode de vie peuvent être encouragées pour réduire le risque de déclin cognitif, telles que l'augmentation de l'exercice aérobique, l'inclusion de plus de légumes dans l'alimentation et la limitation de l'influence potentielle de l'hypertension, de la maladie athéroscléreuse et du diabète[48]
- La thérapie hormonale ménopausique n'a pas démontré d'amélioration significative des mesures de la fonction cognitive après plusieurs années d'utilisation[48]

Justification

Les symptômes non vasomoteurs observés pendant la périménopause ou la ménopause peuvent être pénibles et avoir une influence sur la qualité de vie[70]. En particulier, les symptômes associés au syndrome génito-urinaire de la ménopause peuvent avoir des effets nocifs importants sur la vie quotidienne, la qualité de vie et la santé sexuelle[38,71,72]. Contrairement aux autres symptômes associés à la ménopause (qui s'améliorent habituellement avec le temps), les symptômes du

syndrome génito-urinaire de la ménopause persistent et empirent généralement sans traitement efficace[38,73] en raison de changements fonctionnels et structuraux des tissus urogénitaux qui peuvent être difficiles à inverser[14]. Les disparités raciales et ethniques existent dans l'expérience du syndrome génito-urinaire de la ménopause : dans l'Étude américaine Study of Women's Health Across the Nation, les femmes noires en ménopause ont signalé la sécheresse vaginale plus souvent que les femmes blanches[74].

La sensibilisation au syndrome génito-urinaire de la ménopause et aux options de traitement disponibles est faible, et ce sujet n'est pas souvent abordé lors des visites chez le clinicien[73]. Pour cette raison, les cliniciens devraient partager des renseignements sur les répercussions progressives de la carence en œstrogène[14], s'enquérir de manière proactive des symptômes chez toutes les personnes vivant la périménopause et la ménopause[38], ainsi qu'offrir des options de traitement fondées sur des preuves. En plus des options de traitement pour les symptômes génito-urinaires énumérées ci-dessus, la physiothérapie du plancher pelvien peut être bénéfique pour les personnes éprouvant de la douleur pendant les rapports sexuels[14].

D'autres symptômes non vasomoteurs pendant la périménopause ou la ménopause devraient être abordés pour optimiser la qualité de vie. La périménopause est une période particulièrement vulnérable pour le développement de symptômes dépressifs et d'épisodes dépressifs majeurs, même chez les personnes sans antécédents de dépression. Les symptômes dépressifs sont très répandus, mais souvent sous-reconnus et sous-traités[48]. Il est important de reconnaître ces symptômes dans le contexte de la périménopause ou de la ménopause afin qu'ils puissent être traités de manière appropriée[36]. Les symptômes liés au sommeil – y compris la mauvaise qualité du sommeil – sont également courants chez les personnes en périménopause et en ménopause. La dépression et les troubles du sommeil sont tous deux liés à un risque élevé de maladies cardiovasculaires[46]. Les symptômes cognitifs, tels qu'une détérioration de la mémoire ou une vitesse cognitive plus lente (parfois décrite comme un « brouillard cérébral »), sont une préoccupation importante pour de nombreuses personnes[48].

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Les bouffées de chaleur ne sont pas le seul symptôme de la périménopause et de la ménopause. D'autres symptômes comprennent la sécheresse vaginale, des changements d'humeur, des douleurs articulaires et musculaires, des douleurs pendant les rapports sexuels, des troubles du sommeil, des changements de poids et un brouillard cérébral.

Votre clinicien devrait offrir un environnement sûr et confortable pour que vous puissiez parler de vos symptômes. Le clinicien devrait discuter avec vous des options de traitement afin que vous puissiez travailler ensemble pour choisir ce qui est le mieux pour vous.

Pour les cliniciens

Demandez aux gens quels sont leurs symptômes non vasomoteurs et offrez des options de traitement fondées sur des données probantes qui correspondent à leurs besoins et préférences. Offrez un environnement sécuritaire pour la discussion et aidez à normaliser les conversations sur leurs

expériences des unes et des autres : les symptômes liés au syndrome génito-urinaire de la ménopause ou à la santé sexuelle peuvent être particulièrement inconfortables à aborder pour les personnes.

Discutez de l'accessibilité financière de chaque option de traitement et soutenez les personnes dans la recherche de moyens pour réduire les coûts ou trouver une couverture (par exemple, des programmes financés par l'État, des médicaments génériques, des alternatives à faible coût ou des ressources communautaires).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place – et que des possibilités d'éducation sont disponibles – afin que les cliniciens puissent offrir de manière des options de traitement fondées sur des preuves aux personnes vivant des symptômes non vasomoteurs associés à la périménopause ou la ménopause.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers atteintes de périménopause ou de ménopause qui rapportent que leurs cliniciens les impliquent toujours ou souvent dans les décisions concernant les options de traitement fondées sur des données probantes pour les symptômes non vasomoteurs (y compris ceux liés au syndrome génito-urinaire de la ménopause, à la santé sexuelle, à la santé mentale, au sommeil et à la cognition)
- Pourcentage de femmes et de personnes de genre divers atteintes du syndrome génito-urinaire de la ménopause à qui le clinicien offre des options de traitement fondées sur des données probantes

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Énoncé de qualité 6 : Référence appropriée à un clinicien ayant une expertise en ménopause

Les femmes et les personnes de genre divers vivant la périménopause ou la ménopause reçoivent une évaluation et un traitement de la part de leur clinicien de soins primaires et, si cliniquement indiqué, sont aiguillées vers un clinicien ayant une expertise en ménopause.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2024[9]

Définitions

Clinicien de soins primaires: Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.

Indiqué sur le plan clinique : Avant l'aiguillage, les personnes devraient recevoir une évaluation (voir l'énoncé de qualité 2) et un traitement (voir les énoncés de qualité 4 et 5) de leur clinicien de soins primaires, afin qu'elles ne subissent pas de retards dans le début des soins. Les indications cliniques pour un aiguillage vers un clinicien ayant une expertise en ménopause comprennent les éléments suivants[9] :

- Aucune amélioration des symptômes associés à la ménopause avec le traitement, ou expérience d'effets secondaires persistants
- Contre-indications à la thérapie hormonale pour la ménopause (voir l'énoncé de qualité 4)
- Incertitude concernant un diagnostic d'insuffisance ovarienne primitive
- Symptômes associés à la ménopause chez une personne ayant suivi une thérapie hormonale d'affirmation de genre

Clinicien avec expertise en ménopause : Un clinicien qui possède les connaissances, les compétences et la formation spécialisées pour fournir des soins aux personnes ayant des besoins ou des facteurs de risque liés à la ménopause complexes qui peuvent influencer la prise de décision, tels que des conditions médicales complexes qui peuvent toucher l'utilisation de certains traitements pour les symptômes associés à la ménopause[9].

Justification

Pour la plupart des gens, les soins liés à la ménopause fondés sur des données probantes devraient être fournis par leur clinicien de soins primaires. Cependant, certains peuvent nécessiter des soins d'un clinicien ayant une expertise en ménopause, en fonction de leur réponse au traitement ou de leurs antécédents médicaux. Par exemple, pour les personnes qui ont suivi une thérapie hormonale d'affirmation de genre, il est inconnu si l'utilisation antérieure d'hormones pourrait influencer le choix de la thérapie hormonale de la ménopause ou les risques associés au traitement. Cette population devrait avoir l'occasion de participer à la prise de décision partagée avec un clinicien qui a une expertise en ménopause[9].

Étant donné qu'il y a souvent de longs temps d'attente pour accéder aux soins d'un clinicien spécialisé en ménopause, les personnes devraient être aiguillées uniquement lorsque cela est nécessaire et approprié. Dans certains cas, une consultation téléphonique ou électronique sécurisée entre cliniciens peut être suffisante pour permettre une prise de décision et peut également aider à renforcer les capacités parmi les cliniciens de soins primaires. Cela peut être particulièrement utile pour les cliniciens situés dans des régions rurales, éloignées ou mal desservies.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Votre médecin de soins primaires pourrait avoir besoin de demander des conseils ou de vous aiguiller vers un autre clinicien qui se spécialise dans la ménopause. C'est généralement un obstétricien-gynécologue, mais cela pourrait aussi être un endocrinologue ou un autre clinicien de soins primaires.

Avant de vous aiguiller, votre médecin de soins primaires devrait vous évaluer soigneusement et vous offrir un traitement afin que vous n'ayez pas à attendre pour gérer vos symptômes. Si vous souhaitez demander un aiguillage, parlez avec votre médecin de famille.

Pour les cliniciens

Évaluez les personnes atteintes de périménopause ou de ménopause et offrez un traitement avant d'envisager un aiguillage vers un clinicien ayant une expertise en ménopause. Aiguillez lorsque cela est cliniquement indiqué, lorsque vous ne possédez pas encore les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins appropriés, ou lorsque votre patient demande un aiguillage. Veuillez fournir une référence détaillée, y compris les symptômes de la personne, le traitement et l'indication clinique pour la référence. Tenez compte des besoins et des préférences de la personne (par exemple, une clinicienne ou un clinicien qui parle une certaine langue).

Vous pouvez également choisir de demander conseil à un clinicien qui a de l'expertise en ménopause.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité de cliniciens ayant une expertise en ménopause. Assurez-vous que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour que les cliniciens de soins primaires puissent demander conseil. Assurez-vous d'un accès aux plateformes virtuelles afin que les

consultations puissent être offertes virtuellement par l'intermédiaire de la télémédecine ou d'autres technologies à distance.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de femmes et personnes de genre divers atteintes de périménopause ou de ménopause qui reçoivent une évaluation et un traitement de leur clinicien de soins primaires avant d'être aiguillées vers un clinicien spécialisé en ménopause
- Pourcentage de femmes et personnes de genre divers atteintes de périménopause ou de ménopause que le clinicien de soins primaires oriente vers un clinicien ayant une expertise en ménopause lorsque cela est cliniquement indiqué
- Temps d'attente entre l'aiguillage vers un clinicien spécialisé dans la ménopause et la première consultation

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les spécifications techniques.

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes vivant la périménopause ou la ménopause.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le guide du patient sur la ménopause pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des personnes vivant la périménopause ou la ménopause. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre guide du patient sur la ménopause, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos ressources de mesure, y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre sommaire, qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre *Guide de démarrage*, qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- Quorum, qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
Clinicien de soins primaires	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.
Clinicien	Un professionnel réglementé qui prodigue des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les diététistes professionnels, les travailleurs sociaux.
Équipe de soins	Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles.
Ménopause	Le jour où 12 mois se sont écoulés depuis la dernière période menstruelle d'une personne[4]. Ce terme est couramment utilisé pour désigner à la fois la ménopause et la postménopause, et nous l'avons utilisé de cette manière dans la norme de qualité.
Partenaire de soins	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
Périménopause	La période avant la ménopause (également appelée « la transition vers la ménopause »[1]) qui commence lorsque les personnes éprouvent des symptômes associés à la ménopause et/ou des variations persistantes de 7 jours ou plus dans la durée de leurs cycles menstruels (pour celles qui éprouvent généralement des cycles menstruels prévisibles)[2]. La durée de cette étape varie, mais elle peut durer jusqu'à 10 ans pour certaines[3].
Postménopause	Le temps qui s'étend de la ménopause jusqu'à la fin de la vie[4]. Les symptômes associés à la ménopause peuvent persister pendant plusieurs années après la ménopause[5].
Soins adaptés à la culture	Soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou confessionnelles; soins qui sont dispensés dans la langue de préférence de la personne; soins qui adaptent les conseils propres à la culture et qui tiennent compte du désir de la personne de faire participer des membres de sa famille ou de sa collectivité[75].

Terme	Définition
Soins primaires	Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments.
Thérapie hormonale pour la ménopause	Un médicament sur ordonnance contenant des hormones qui est recommandé comme traitement de première ligne pour les symptômes vasomoteurs chez les personnes vivant la périménopause ou la ménopause[12,44].

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la *Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario*. Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les effets historiques et actuels de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada, et s'efforcer de s'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux séquelles des traumatismes intergénérationnels et actuels; aux dommages physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les populations, les familles et les communautés autochtones ainsi qu'à reconnaître la force et la résilience de ces populations. Cette norme de qualité utilise les guides de pratique clinique existants qui peuvent ne pas inclure des soins adaptés à la culture ou ne pas reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels des Autochtones.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans 27 régions désignées et dans les bureaux du gouvernement[76].

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale[77], notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement[78].

Identifier et aborder le racisme et la discrimination

De nombreuses personnes en Ontario sont victimes de racisme et de discrimination dans leurs interactions avec le système de santé, ce qui nuit à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins de santé qu'elles reçoivent[79,80]. Le racisme désigne la discrimination systémique profondément ancrée dans les cultures, les politiques, les directives, les pratiques ou les procédures organisationnelles; il cause du tort en excluant, en déplaçant, en marginalisant et en perpétuant des obstacles et des traitements injustes à l'égard des populations noires, autochtones, sud-asiatiques et autres populations racialisées[81]. Ces populations sont souvent confrontées à de profondes disparités dans l'accès et la réception de soins de santé opportuns, antiracistes, antioppressifs, culturellement appropriés et adaptés à leur culture[79,82,83]. Afin de promouvoir l'équité en matière de santé et d'obtenir de meilleurs résultats pour tous, les effets et les répercussions néfastes du racisme et de la discrimination doivent être explicitement identifiés et traités[81]. L'adoption d'une approche antiraciste et antioppressive reconnaît l'existence du racisme et des identités intersectionnelles des personnes; elle cherche ensuite activement à identifier, réduire et éliminer les résultats inéquitables sur le plan racial, les déséquilibres de pouvoir et les structures qui maintiennent ces inégalités[81].

Intersectionnalité

L'intersectionnalité renvoie aux expériences différentes des personnes face à la discrimination et à l'injustice en fonction de catégories sociales telles que la race ou l'origine ethnique, la classe, l'âge ou le sexe, et à l'interaction de ces expériences avec des structures de pouvoir composées (p. ex., les médias, le système éducatif et le système de santé). Ces catégories interconnectées créent des systèmes de discrimination ou de désavantage qui se chevauchent et qui sont interdépendants[84-86]. Par exemple, la stigmatisation subie par les personnes atteintes de périménopause ou de ménopause peut varier en fonction des caractéristiques cliniques et démographiques comme l'origine raciale ou ethnique et l'identité de genre, ainsi que d'autres caractéristiques comme les langues parlées ou la perception de la situation socioéconomique. Comprendre comment les divers aspects de l'identité des personnes se

recoupent peut éclairer sur les causes complexes des iniquités en matière de santé et sur la façon dont différentes personnes vivent la stigmatisation et la discrimination[33,87].

Autogestion

Les personnes vivant la périménopause ou la ménopause et leurs familles, soignants et soutiens personnels devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion[88]. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins[89]. Les personnes vivant la périménopause ou la ménopause devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être[88].

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins[90,91]. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnait plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)[92,93]. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme[91-93].

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Michelle Jacobson (co-présidente)
Obstétricien-gynécologue, Women's College Hospital, Hôpital Mount Sinai

Iliana Lega (co-présidente)
Endocrinologue, Women's College Hospital

Nelly Faghani
Physiothérapeute

Sharon Gilroy-Dreher
Conseillère ayant une expérience vécue

Susan Goldstein
Médecin de soins primaires, hôpital Mount Sinai

Tracy Gomes
Conseillère ayant une expérience vécue

Jennifer Hirsch
Psychiatre, hôpital Mount Sinai

Hiyam Jibry
Conseillère ayant une expérience vécue

Shawna Johnston
Obstétricienne-gynécologue, Centre des sciences de la santé de Kingston

Crystal Kaukinen
Infirmière praticienne, Clinique dirigée par un membre du personnel infirmier praticien de Lakehead

Ruksheen Minocher Homji
Médecin de soins primaires, Organisation de santé familiale du Sud-Ouest

Ardelle Piper
Obstétricienne-gynécologue, Équipe de santé familiale de Byward

Taunia Rifai
Médecin de soins primaires, Équipe universitaire de santé familiale de l'Hôpital d'Ottawa

Béatrice Séguin
Conseillère ayant une expérience vécue

Alison Shea
Obstétricienne-gynécologue, St. Joseph's Healthcare

Anusha Sivalogarajah
Infirmière autorisée, Équipe de santé familiale de l'Est de la région du Grand Toronto

Dragana Skokovic-Sunjic
Pharmacien clinicien et praticien accrédité par la Société de ménopause, Équipe de santé familiale de Hamilton

Denah Smith
Infirmière praticienne en soins primaires, Centre de santé communautaire TAIBU

Bev Young
Psychiatre, Better Bria Inc.

Santé Ontario remercie également les personnes et les organismes suivants pour leurs contributions volontaires à l'élaboration de la présente norme de qualité :

Tricia Blake
Fondatrice, My Third Bloom

Janet Ko
Présidente et co-fondatrice, Fondation canadienne de la ménopause

Centre de santé communautaire La santé des femmes entre les mains des femmes
Plusieurs clients ont fait part de leur expérience vécue

Références

(1) Ambikairajah A, Walsh E, Cherbuin N. A review of menopause nomenclature. Reprod Health. 2022;19(1):29.

(2) Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(4):1159-68.

(3) Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal symptoms and their management. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015;44(3):497-515.

(4) Menopause Foundation of Canada. The silence and the stigma: menopause in Canada. Toronto (ON): The Foundation; 2022.

(5) Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. J Gen Intern Med. 2008;23(9):1507-13.

(6) The Menopause Society statement on misinformation surrounding hormone therapy [Internet]. Pepper Pike (OH): The Menopause Society; 2024 [cited 2025 Mar 21]. Available from: https://menopause.org/wp-content/uploads/2024/09/TMS-statement-on-HT-Misinformation.pdf

(7) Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of menopausal symptoms: a review. JAMA. 2023;329(5):405-20.

(8) Zhu D, Chung HF, Pandeya N, Dobson AJ, Kuh D, Crawford SL, et al. Body mass index and age at natural menopause: an international pooled analysis of 11 prospective studies. Eur J Epidemiol. 2018;33(8):699-710.

(9) National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: identification and management [Internet]. London: The Institute; 2015 (2024 update) [cited 2025 Jan 3]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng23

(10) McNeil MA, Merriam SB. Menopause. Ann Intern Med. 2021;174(7):Itc97-itc112.

(11) Lega IC, Jacobson M. Perimenopause. CMAJ. 2024;196(34):E1169.

(12) Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, Malhotra U, Blake J, Wolfman W, et al. 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.

(13) Perpustakaan Negara Malaysia. Clinical practice guidelines: management of menopause in Malaysia [Internet]. Kuala Lumpur: Obstetrical and Gynaecological Society of Malaysia and Malaysian Menopause Society; 2022 [cited 2025 Jan 3]. Available from: https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Women%20Health/CPG_Management_of_Menopause_2022_e-version-1.pdf

(14) Johnston S, Bouchard C, Fortier M, Wolfman W. Guideline no. 422b: menopause and genitourinary health. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(11):1301-7.e1.

(15) El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause. 2019;26(10):1213-27.

(16) Harper JC, Phillips S, Biswakarma R, Yasmin E, Saridogan E, Radhakrishnan S, et al. An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221106890.

(17) Simpson EEA, Doherty J, Timlin D. Menopause as a window of opportunity: the benefits of designing more effective theory-driven behaviour change interventions to promote healthier lifestyle choices at midlife. Proc Nutr Soc. 2024;83(2):120-9.
(18) Nash Z, Al-Wattar BH, Davies M. Bone and heart health in menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:61-8.
(19) Dorr B. In the misdiagnosis of menopause, what needs to change? Am J Manag Care [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://www.ajmc.com/view/contributor-in-the-misdiagnosis-of-menopause-what-needs-to-change-
(20) Macpherson BE, Quinton ND. Menopause and healthcare professional education: a scoping review. Maturitas. 2022;166:89-95.
(21) Davis SR, Herbert D, Reading M, Bell RJ. Health-care providers' views of menopause and its management: a qualitative study. Climacteric. 2021;24(6):612-7.
(22) Stanzel DKA, Hammarberg DK, Fisher PJ. Challenges in menopausal care of immigrant women. Maturitas. 2021;150:49-60.
(23) Neimanis I, Gaebel K, Dickson R, Levy R, Goebel C, Zizzo A, et al. Referral processes and wait times in primary care. Can Fam Physician. 2017;63:619-24.
(24) Liddy C, Moroz I, Affleck E, Boulay E, Cook S, Crowe L, et al. How long are Canadians waiting to access specialty care? Can Fam Physician. 2020;66:434-44.
(25) Currie H, Moger SJ. Menopause: understanding the impact on women and their partners. Post Reprod Health. 2019;25(4):183-90.
(26) Whiteley J, DiBonaventura M, Wagner JS, Alvir J, Shah S. The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. J Womens Health (Larchmt). 2013;22(11):983-90.
(27) Menopause Foundation of Canada. Menopause and work in Canada. Toronto (ON): The Foundation; 2023.
(28) Thurston RC, Bromberger JT, Joffe H, Avis NE, Hess R, Crandall CJ, et al. Beyond frequency: who is most bothered by vasomotor symptoms? Menopause. 2008;15(5):841-7.
(29) Crawford SL, Crandall CJ, Derby CA, El Khoudary SR, Waetjen LE, Fischer M, et al. Menopausal hormone therapy trends before versus after 2002: impact of the Women's Health Initiative Study Results. Menopause. 2018;26(6):588-97.
(30) Soril LJJ, Adams T, Phipps-Taylor M, Winblad U, Clement F. Is Canadian healthcare affordable? A comparative analysis of the Canadian healthcare system from 2004 to 2014. Healthc Policy. 2017;13(1):43-58.
(31) Cortes K, Smith L. Pharmaceutical access and use during the pandemic [Internet]. Government of Canada; 2022 [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00011-eng.htm
(32) Toze M, Westwood S. Experiences of menopause among non-binary and trans people. Int J Transgend Health. 2024:1-12.
(33) Sobel T, Derakshani D, Vencill JA. Menopause experiences in sexual minority women and non-binary people. Maturitas. 2024;185:108007.
(34) Rees M, Abernethy K, Bachmann G, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, et al. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: a European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. Maturitas. 2022;158:70-7.
(35) MacLellan J, Dixon S, Bi S, Toye F, McNiven A. Perimenopause and/or menopause help-seeking among women from ethnic minorities: a qualitative study of primary care practitioners' experiences. Br J Gen Pract. 2023;73(732):e511-e8.

(36) Barber K, Charles A. Barriers to accessing effective treatment and support for menopausal symptoms: a qualitative study capturing the behaviours, beliefs and experiences of key stakeholders. Patient Prefer Adherence. 2023;17:2971-80.
(37) Cagnacci A, Venier M. The controversial history of hormone replacement therapy. Medicina (Kaunas). 2019;55(9).
(38) North American Menopause Society. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society. Menopause. 2020;27(9):976-92.
(39) Richard-Davis G, Wellons M. Racial and ethnic differences in the physiology and clinical symptoms of menopause. Semin Reprod Med. 2013;31(5):380-6.
(40) European Society of Human Reproduction and Embryology. Premature ovarian insufficiency (POI) [Internet]. Strombeek-Bever, Belgium: The Society; 2024 [cited 2025 Jul 22]. Available from: https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Premature-ovarian-insufficiency
(41) Lega IC, Fine A, Antoniades ML, Jacobson M. A pragmatic approach to the management of menopause. CMAJ. 2023;195(19):E677-E2.
(42) Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F, et al. The 2023 practitioner's toolkit for managing menopause. Climacteric. 2023;26(6):517-36.
(43) Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. Hum Reprod Update. 2005;11(5):495-512.
(44) The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-94.
(45) Mehta JM, Manson JE. The menopausal transition period and cardiovascular risk. Nat Rev Cardiol. 2024;21(3):203-11.
(46) El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;142(25):e506-e32.
(47) Jacobson M, Mills K, Graves G, Wolfman W, Fortier M. Guideline no. 422f: menopause and breast cancer. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(12):1450-6.e1.
(48) Shea AK, Wolfman W, Fortier M, Soares CN. Guideline no. 422c: menopause: mood, sleep, and cognition. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(11):1316-23.e1.
(49) Khan AA, Alrob HA, Ali DS, Dandurand K, Wolfman W, Fortier M. Guideline no. 422g: menopause and osteoporosis. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(5):527-36.e5.
(50) Policy Committee on the Clinical Utility of Treating Patients with Compounded Bioidentical Hormone Replacement Therapy. The clinical utility of compounded bioidentical hormone therapy: a review of safety, effectiveness, and use. Jackson LM, Parker RM, Mattison DR, editors. Washington (DC): National Academies Press; 2020.
(51) Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH guideline: contraception for women aged over 40 years [Internet]. London: The Faculty; 2017 [amended 2023]. Available from: https://www.fsrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-guideline-contraception-for-women-aged-over-40-years-august-2017-amended-july-2023-.pdf
(52) Tariq B, Phillips S, Biswakarma R, Talaulikar V, Harper JC. Women's knowledge and attitudes to the menopause: a comparison of women over 40 who were in the perimenopause, post menopause and those not in the peri or post menopause. BMC Womens Health. 2023;23(1):460.

(53) Kauffman RP, MacLaughlin EJ, Courtney LA, Vineyard DD. Fear, misinformation, and pharmaceutical messianism in the promotion of compounded bioidentical hormone therapy. Front Reprod Health. 2024;6:1378644.
(54) Abramson BL, Black DR, Christakis MK, Fortier M, Wolfman W. Guideline no. 422e: menopause and cardiovascular disease. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(12):1438-43.e1.
(55) Cho L, Kaunitz AM, Faubion SS, Hayes SN, Lau ES, Pristera N, et al. Rethinking menopausal hormone therapy: for whom, what, when, and how long? Circulation. 2023;147(7):597-610.
(56) The 2023 Nonhormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2023 nonhormone therapy position statement of the North American Menopause Society. Menopause. 2023;30(6):573-90.
(57) Tepper PG, Brooks MM, Randolph JF, Jr., Crawford SL, El Khoudary SR, Gold EB, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. Menopause. 2016;23(10):1067-74.
(58) Cauley JA, Robbins J, Chen Z, Cummings SR, Jackson RD, LaCroix AZ, et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA. 2003;290(13):1729-38.
(59) Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a meta-analysis of randomized trials. JAMA. 2001;285(22):2891-7.
(60) Onge ES, Phillips B, Miller L. Fezolinetant: a new nonhormonal treatment for vasomotor symptoms. J Pharm Technol. 2023;39(6):291-7.
(61) Hamoda H, Mukherjee A, Morris E, Baldeweg SE, Jayasena CN, Briggs P, et al. Joint position statement by the British Menopause Society, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Society for Endocrinology on best practice recommendations for the care of women experiencing the menopause. Post Reprod Health. 2022;28(3):123-5.
(62) Compounded bioidentical menopausal hormone therapy: ACOG clinical consensus no. 6. Obstet Gynecol. 2023;142(5):1266-73.
(63) Wolfman W, Krakowsky Y, Fortier M. Guideline no. 422d: menopause and sexuality. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(11):1334-41.e1.
(64) Kaufman MR, Ackerman AL, Amin KA, Coffey M, Danan E, Faubion SS, et al. The AUA/SUFU/AUGS guideline on genitourinary syndrome of menopause. J Urol. 2025:101097ju0000000000004589.
(65) Canada's Drug Agency. CADTH reimbursement recommendation: prasterone (Intrarosa) [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2022 [cited 2025 Jul 22]. Available from: https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/DRR/2022/SR0707%20Intrarosa%20-%20CADTH%20Final%20Rec-meta.pdf
(66) Canada's Drug Agency. CADTH reimbursement recommendation: ospemifene (Osphena) [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2022 [cited 2025 Jul 22]. Available from: https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/DRR/2022/SR0709%20Osphena%20-%20Final%20CADTH%20Rec%20Final.pdf
(67) Major depression: care for adults and adolescents [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2025 Mar 21]. Available from: https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/major-depression
(68) Anxiety disorders: care in all settings [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2025 Mar 21]. Available from: https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/anxiety-disorders

(69) Insomnia disorder: care for adults [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2024 [cited 2025 Mar 21]. Available from: https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-All-Quality-Standards/Insomnia-Disorder
(70) Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause: global prevalence, physiology and implications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(4):199-215.
(71) Shifren JL, Zincavage R, Cho EL, Magnavita A, Portman DJ, Krychman ML, et al. Women's experience of vulvovaginal symptoms associated with menopause. Menopause. 2019;26(4):341-9.
(72) Nappi RE, Palacios S, Bruyniks N, Particco M, Panay N. The burden of vulvovaginal atrophy on women's daily living: implications on quality of life from a face-to-face real-life survey. Menopause. 2019;26(5):485-91.
(73) Mili N, Paschou SA, Armeni A, Georgopoulos N, Goulis DG, Lambrinoudaki I. Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. Menopause. 2021;28(6):706-16.
(74) Williams M, Richard-Davis G, Weickert V, Christensen L, Ward E, Schrager S. A review of African American women's experiences in menopause. Menopause. 2022;29(11):1331-7.
(75) Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Sherifali D, Berard LD, Gucciardi E, MacDonald B, MacNeill G. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Self-management education and support. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1):S36-S41.
(76) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx
(77) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D
(78) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf
(79) Centre for Addiction and Mental Health. Dismantling anti-Black racism: a strategy of fair and just CAMH [Internet]. Toronto (ON): The Centre; 2022 [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantling-anti-black-racism-pdf.pdf
(80) Sickle Cell Awareness Group of Ontario. Addressing the health equity gap in sickle cell disease in Ontario [Internet]. North York (ON): The Group; no date [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://sicklecellanemia.ca/healthequity-gap-in-sickle-cell-diseasein-ontariocanada?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=healthequity-gap-in-sickle-cell-diseasein-ontario-canada
(81) Ontario Health. Equity, inclusion, diversity and anti-racism framework [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health; 2025 [cited 2025 Jun 30]. Available from: https://www.ontariohealth.ca/system/equity/framework
(82) Anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): Black Health Alliance; 2018 [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://blackhealthalliance.ca/home/antiblack-racism/

(83) City of Toronto. The Toronto action plan to confront anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): The City; 2017 [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2017/ex/bgrd/backgroundfile-109126.pdf
(84) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. Orphanet J Rare Dis. 2022;17(1):71.
(85) Knowledge Translation Program. Enhancing KT projects with an intersectional lens [Internet]. Toronto (ON): Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital; 2019 [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://knowledgetranslation.net/portfolios/intersectionality-and-kt/
(86) Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. Univ Chicago Legal Forum. 1989;1989(8).
(87) Zahn K, Pittman A, Conklin J, Knittel A, Neal-Perry G. Disparities in menopausal care in the United States: a systematic review. Maturitas. 2024:108021.
(88) Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2017 [updated 2017; cited 2025 Mar 19]. Available from: http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery
(89) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
(90) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. JAMA. 2020;323(7):595-7.
(91) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. Am Fam Physician. 2017;95(10):655-7.
(92) Dowdell EB, Speck PM. Trauma-informed care in nursing practice. Am J Nurs. 2022;122(4):30-8.
(93) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. Online J Issues Nurs. 2019;24(2).

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez SanteOntario.ca.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site web : hqontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-9196-2 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025