

Déclaration de l'IMAP sur la ménopause

Introduction

La ménopause est un diagnostic rétrospectif : elle est définie après qu'une femme ou une personne pouvant avoir ses règles soit en aménorrhée depuis 12 mois. (1) À ce moment-là, les niveaux d'œstrogènes diminuent, les ovaires n'ovulent plus et la conception spontanée n'est plus possible. L'âge moyen mondial de la période menstruelle finale (PMF) se situe entre 46 et 52 ans. (2) La ménopause précoce survient entre 40 et 45 ans et l'insuffisance ovarienne prématuée

fait référence à une ménopause survenant spontanément avant 40 ans.

Il convient de noter que, si la plupart des sociétés professionnelles définissent la ménopause après 12 mois d'aménorrhée, la Faculté de Santé Sexuelle et Reproductive du Royaume Uni la définit comme une période de 12 mois chez les personnes de plus de 50 ans et de 24 mois chez celles entre 40 et 50 ans d'âge. (3) Voir le tableau 1 pour un glossaire des termes.

Tableau 1 : Glossaire Terminologique

Terme	Définition
Ménopause	Arrêt des cycles menstruels. La Periode Menstruelle Finale (PMF) est diagnostiquée après 12 mois complets sans saignement*
Ménopause chirurgicale	Ménopause induite par l'ablation des deux ovaires
Ménopause induite	Arrêt des cycles menstruels dû à d'autres causes telles que la chimiothérapie
Ménopause précoce	Arrêt des cycles menstruels entre 40 et 45 ans non dû à d'autres causes d'aménorrhée secondaire

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Terme	Définition
Insuffisance ovarienne prématuée	Arrêt des règles avant 40 ans
Transition ménopausique	La transition ménopausique est le début des symptômes de la ménopause et/ou des irrégularités menstruelles jusqu'à la PMF.
Périménopause	La phase incluant la transition ménopausique jusqu'à 12 mois après la PMF

La Faculté de Santé Sexuelle et Reproductive définit une période de 12 mois pour les patientes de plus de 50 ans et de 24 mois pour les patientes âgées de 40 à 50 ans.

La transition ménopausique est le début des symptômes de la ménopause et/ou des irrégularités menstruelles jusqu'à la PMF. La périménopause comprend la transition vers la ménopause, pendant laquelle la contraception peut continuer à être nécessaire, et une année après la PMF, lorsque la ménopause est officiellement diagnostiquée. (4) La ménopause et la périménopause sont toutes deux des périodes de grande transition. La périménopause est associée à des fluctuations hormonales importantes avec une éventuelle réduction de la production ovarienne d'œstrogènes. Au cours des premières années suivant la PMF, les niveaux d'œstrogènes peuvent encore fluctuer mais, avec le temps, ceux-ci diminueront jusqu'à un état persistant de faibles niveaux d'œstrogènes. Ces changements hormonaux peuvent avoir des effets physiques, émotionnels et mentaux importants.

La ménopause survient naturellement mais d'autres types existent. La ménopause chirurgicale survient lorsque les deux ovaires sont retirés chirurgicalement. La ménopause peut également être induite après des traitements médicaux, comme la chimiothérapie, qui entraînent un arrêt permanent ou réversible de la fonction ovarienne.

À l'échelle mondiale, l'espérance de vie augmente, même si elle varie selon la situation géographique. Certaines personnes peuvent passer des décennies en périménopause et en ménopause. Souvent, les besoins des personnes en périménopause/ménopause ne sont pas satisfaits ; reconnaître et répondre à ces besoins

est essentiel pour assurer la santé et le bien-être de cette population souvent négligée.

Objet de cette déclaration

Le but de cette déclaration est de définir l'impact sur la santé de la périménopause et de la ménopause, et d'examiner les options thérapeutiques pour répondre aux besoins de soins de santé de cette population.

Public visé et parties prenantes

Cette déclaration s'adresse principalement aux associations membres de l'IPPF pour définir les enjeux de la périménopause et de la ménopause et orienter les soins de santé qu'elles dispensent. Elle peut également être utile aux médecins et aux prestataires de soins primaires qui s'intéressent ou prennent en charge les patientes en périménopause ou ménopausées. D'autres organisations de santé sexuelle et reproductive, décideurs politiques, chercheurs, ou militants peuvent également bénéficier de ces directives.

Définition du problème

Symptômes de la périménopause et de la ménopause

La périménopause peut précéder l'arrêt des cycles menstruels de plusieurs mois ou années. Des fluctuations hormonales au-delà de celles du cycle menstruel normal se produisent avec des hausses et des baisses plus importantes des taux hormonaux tels que l'œstradiol. Ces changements

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

peuvent déclencher divers symptômes, tandis que certains ont un impact minime, voire nul.

Saignement :

Le symptôme le plus courant pendant la péri-ménopause est le saignement irrégulier. Les cycles menstruels peuvent être initialement réguliers et prévisibles, mais finalement devenir irréguliers en termes de calendrier, de durée et de quantité. Les cycles menstruels peuvent être plus courts, plus espacés ou une combinaison des deux, ce qui entraîne des saignements imprévisibles. Ce saignement imprévisible peut être problématique pour certaines personnes. Le volume de saignement peut également changer. Certaines personnes connaissent un flux plus important que leur niveau « normal », tandis que d'autres peuvent remarquer un flux plus léger. [\(1\)](#)

Bien que les saignements irréguliers soient fréquents en péri-ménopause, les saignements plus fréquents, plus abondants ou prolongés et/ou espacés entre les règles nécessitent une évaluation plus approfondie pour exclure les affections précancéreuses (hyperplasie de l'endomètre) ou cancéreuses, ainsi que les problèmes structurels comme les polypes de l'endomètre. L'évaluation peut se faire par imagerie, par biopsie de l'endomètre, ou par référence pour une évaluation plus approfondie. Après la ménopause, tout saignement vaginal est anormal et doit être évalué. Les personnes de moins de 45 ans doivent être évaluées pour d'autres causes d'aménorrhée.

Symptômes vasomoteurs :

D'autres symptômes de la péri-ménopause et de la ménopause comprennent les symptômes vasomoteurs (SVM) tels que les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes. Les bouffées de chaleur se caractérisent par une sensation de chaleur soudaine et intense qui commence souvent dans la poitrine et se propage au cou et à la tête et peut être accompagnée de transpiration. La fréquence et la gravité peuvent varier tout au long de la péri-ménopause et peuvent s'aggraver ou diminuer une fois la femme en ménopause. Bien que les SVM soient une

caractéristique classique de la péri-ménopause et de la ménopause, ils ne constituent peut-être pas le symptôme le plus gênant. Il est important de s'interroger sur d'autres symptômes au-delà des SVM pour déterminer si la personne souffre d'autres manifestations moins reconnues de cette transition hormonale. [\(1\)](#)

Symptômes génito-urinaire :

Des niveaux d'œstrogènes plus faibles entraînent des modifications tissulaires de la vulve et du vagin, consistant en une diminution de la formation de collagène, d'élastine et de vaisseaux sanguins ; les tissus deviennent plus fins, moins lubrifiés et moins souples ; il y a des modifications du milieu vaginal et de la flore vaginale normale. En général, les populations de lactobacilles diminuent, entraînant une élévation du pH et potentiellement un risque accru d'infections vaginales telles que la vaginose bactérienne (VB). Le diagnostic de la VB chez les personnes ménopausées est difficile car les critères de diagnostic ont été développés pour les personnes pré-ménopausées et les changements naturels dus à la réduction des taux d'œstrogènes peuvent imiter les signes et symptômes de la VB. [\(5,6\)](#) Tous les changements ci-dessus provoquent une sécheresse vaginale, une irritation, des brûlures et des douleurs lors de la pénétration vaginale. L'incontinence urinaire d'effort, les infections des voies urinaires et les infections vaginales peuvent également devenir plus fréquentes. [\(6\)](#) La combinaison de ces changements tissulaires et de ces symptômes constitue le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM).

Changements d'humeur, cognitifs et comportementaux :

Les changements d'humeur sont également fréquents pendant la péri-ménopause. L'irritabilité, l'anxiété et la dépression peuvent apparaître ou s'aggraver chez les personnes ayant des antécédents. Les symptômes peuvent devenir débilitants et nécessiter un traitement rapide pour minimiser l'impact sur le bien-être. Une thérapie cognitivo-comportementale, des médicaments psychiatriques et/ou une hormonothérapie

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

peuvent être appropriés. Comme les fluctuations hormonales sont souvent à l'origine de perturbations de l'humeur, ces symptômes peuvent s'améliorer une fois la péri-ménopause terminée, lorsqu'un état hypoestrogénique stable est établi. (1) La qualité du sommeil peut être altérée, avec des difficultés à s'endormir ou à rester endormie. Les réveils au milieu de la nuit avec incapacité à se rendormir sont une plainte fréquente des patientes en péri-ménopause. Le sommeil peut également être perturbé par les sueurs nocturnes, dont certaines sont si intenses que les personnes doivent changer de literie. (1)

Des changements cognitifs sont également signalés. De nombreuses personnes en péri-ménopause souffrent de « brouillard cérébral » qui se traduit par des difficultés de concentration, des changements dans la mémoire à court et à long terme, des problèmes de recherche de mots et un sentiment de ne plus être aussi « vive » sur le plan cognitif qu'avant. Ces symptômes peuvent être suffisamment graves pour avoir un impact sur le fonctionnement quotidien, tant au travail qu'à la maison. Ces changements cognitifs peuvent entraîner une détresse supplémentaire importante, car les personnes peuvent craindre que les symptômes indiquent le début d'une démence ou d'un déclin cognitif important et permanent. Heureusement, le brouillard cérébral s'améliore ou se stabilise souvent avec le temps et n'est pas associé à un risque futur de démence. (7)

Une baisse de la libido est fréquente pendant la péri-ménopause et la ménopause. La libido a de multiples facettes et peut être affectée par les fluctuations hormonales, les facteurs de stress de la vie, les changements physiques, y compris le SGUM, les facteurs relationnels, ainsi que la santé mentale, pour n'en nommer que quelques-uns. Compte tenu de l'étiologie complexe de la faible libido pendant cette période, une approche de soins à plusieurs volets est souvent nécessaire, y compris l'orientation vers un spécialiste ou professionnel possédant une expertise dans la gestion de ces problèmes. (8)

Autres changements :

D'autres changements pouvant être perceptibles pendant la péri-ménopause et la ménopause incluent une prévalence et/ou une gravité accrue du syndrome métabolique, de la graisse abdominale, du cholestérol, et de l'athérosclérose. Ces changements sont associés à un risque accru de maladies cardiovasculaires (MCV). La type de ménopause augmente également les MCV, la ménopause précoce et chirurgicale comportant un risque plus élevé que la ménopause naturelle. (9)

Des changements cutanés dus à une perte de collagène et à une perte de définition musculaire se produisent également. Il y a une perte d'environ 30 % de collagène dans les muscles squelettiques et la peau au cours de cette transition. (7) Une augmentation de l'entraînement en force et en résistance peut aider à atténuer la perte de masse musculaire et à améliorer les capacités physiques.

Le système musculo-squelettique présente d'autres changements, notamment une augmentation des douleurs articulaires et une augmentation du catabolisme osseux, qui peuvent entraîner l'affaiblissement de la masse osseuse et de l'ostéoporose. L'oestrogénothérapie peut diminuer la résorption osseuse, et prévenir l'ostéoporose et les fractures osseuses. (10,11)

Les personnes peuvent ressentir un large éventail de symptômes pendant la péri-ménopause, et la présence et intensité des symptômes peuvent varier tout au long de la transition vers la ménopause. Par exemple, les symptômes de l'humeur et les changements de sommeil peuvent être plus fréquents pendant la péri-ménopause, les symptômes vasomoteurs étant plus importants après la ménopause. Chaque personne a un parcours unique ; il n'y a pas de modèle ou de cours prévisible.

Impact des symptômes

Les symptômes peuvent impacter non seulement l'individu mais aussi avoir un impact sur la famille, l'environnement de travail et la productivité. L'augmentation de l'absentéisme au travail et du

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

travail dans un état d'inconfort se produit pendant la périmenopause et la ménopause, car le manque de sommeil, le brouillard cérébral, l'anxiété et la dépression associés aux SVM peuvent provoquer un mal-être prononcé. (12–14) Les personnes se sentent souvent privées de soutien dans leur environnement de travail et signalent un manque de compréhension et d'éducation sur leurs symptômes. Conseiller et éduquer l'entourage, les employeurs comme les employés, en matière de symptômes possibles, leur impact potentiel, et les options de gestion peuvent aider à atténuer le stress et l'incertitude vécus pendant cette période. Reconnaître et traiter les symptômes peuvent améliorer les problèmes de productivité sur le lieu de travail.

La fatigue, la dépression, l'anxiété et les changements physiques peuvent avoir une influence négative sur les relations avec la famille et les amis ainsi que sur l'environnement familial. Les changements hormonaux liés à la ménopause correspondent souvent à des dynamiques changeantes à la maison, les personnes affectées étant souvent tiraillées entre les soins aux enfants et ceux aux parents vieillissants. Les personnes peuvent également éprouver des sentiments de tristesse et de mélancolie une fois que leurs enfants adultes ont quitté la maison. (15) Une résilience élevée, la capacité ou aptitude à faire face à tous ces changements, ainsi qu'un solide soutien familial peuvent réduire l'impact psychologique que ces changements peuvent avoir sur le bien-être général. (16)

À l'échelle mondiale, la prévalence des symptômes varie et les études aboutissent à des résultats inconsistants. Une revue systématique récente a révélé un degré élevé de variabilité entre les études, mais des tendances générales ont été relevées. Les SVM étaient plus élevées chez les femmes d'ethnicité noire / blanche ou les personnes d'origine est-asiatique, tandis que les troubles du sommeil étaient plus élevés chez les femmes blanches. (17) La prévalence globale la plus élevée de SVM était chez les femmes Quechua du Pérou. (17) Une étude transversale

mondiale menée auprès de personnes au Japon, en Europe et aux États-Unis a révélé que les symptômes les plus fréquemment signalés étaient la fatigue, les douleurs articulaires, les difficultés de sommeil, suivis des SVM. Le symptôme le plus gênant signalé était la prise de poids. (18) Les facteurs environnementaux et culturels jouent également un rôle. Les femmes indiennes d'origine asiatique vivant au Royaume-Uni présentaient une prévalence plus élevée de SVM que celles vivant en Inde. Cependant, les femmes bangladaises, quel que soit leur lieu de résidence (Royaume-Uni ou Bangladesh), présentaient des SVM plus fréquents que les femmes européennes blanches. (19)

Il convient de noter que, dans les pays à revenu intermédiaire et faible, l'apparition de la ménopause est plus précoce et de prévalence plus élevée de ménopause précoce. (20) Ceci est particulièrement pertinent dans la mesure où de nouvelles données indiquent que l'âge plus précoce de la ménopause ainsi que la gravité et la durée des SVM pourraient à l'avenir être corrélés à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires. (11,21) Reconnaître l'apparition précoce de la ménopause aidera les médecins et autres prestataires de soins de santé à conseiller en matière de stratégies de prévention des maladies afin d'améliorer la santé et la longévité.

Besoin non satisfait en traitement hormonal de la ménopause (THM)

Le THM fait référence à l'utilisation d'hormones exogènes prises par voie systémique pour traiter les symptômes de la périmenopause et de la ménopause. La population générale peut ne pas être consciente des signes et symptômes de la périmenopause et de la ménopause et ne pas savoir qu'il existe des thérapies, hormonales et non hormonales, systémiques et locales, qui peuvent atténuer les symptômes et améliorer la qualité de vie. Ce manque d'information peut empêcher les personnes d'accéder à des soins médicaux pour discuter de, et répondre à leurs besoins en matière de périmenopause et de ménopause. Tout le monde ne souhaite pas ou n'a

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

pas besoin d'une thérapie, mais comprendre les options les aide à prendre les meilleures décisions en matière de soins de santé.

Un autre obstacle à l'accès aux soins est le manque d'éducation, de formation, et de connaissances des prestataires de soins de santé. Même si la moitié de la population mondiale connaîtra la ménopause, peu de temps lui est consacré dans la formation médicale. En 2002, la Women's Health Initiative (WHI) a publié un vaste essai contrôlé randomisé du traitement hormonal de la ménopause (THM) et a déclaré que le THM augmentait le risque de cancer du sein et de maladies cardiovasculaires chez les utilisatrices. (22) Cette étude a eu un impact durable et considérable en réduisant considérablement l'utilisation de le THM à l'échelle mondiale, le message principal ayant été que le THM est risqué et doit être utilisé avec parcimonie, voire pas du tout. (23) Deux décennies plus tard, grâce à des études et des données supplémentaires, une compréhension plus nuancée des risques décrits dans l'étude WHI apparaît clairement. Cette compréhension plus approfondie a conduit à une approche plus équilibrée au THM qui pèse de manière égale les risques et les avantages de cette thérapie potentiellement révolutionnaire.

À l'échelle mondiale, il existe des différences géographiques et ethniques dans l'utilisation du THM, les Blancs, les Européens et les Nord-Américains signalant un taux d'utilisation plus élevé que les autres régions. (17) Cela peut être dû à plusieurs facteurs, notamment l'accès à des prestataires de soins de santé possédant des connaissances en matière de médecine de la ménopause, l'accès aux options thérapeutiques, ainsi que l'absence d'éducation des patientes en matière de symptômes et les traitements de la ménopause. Il existe clairement un besoin d'informations plus précises, de la part tant des femmes que des prestataires de soins de santé, concernant les risques et les avantages des différents types de THM (œstrogène seul, estro-progestatif combiné, autres composés

hormonaux) selon l'état et des besoins de chaque personne.

Besoin non satisfait de contraception

Un problème important pour les personnes en péri-ménopause est la présence de symptômes combinés au besoin continu de contraception. Tout en présentant des symptômes de ménopause traditionnels tels que les SVM, les personnes en péri-ménopause peuvent encore ovuler et la conception est possible, malgré le déclin de la fertilité lié à l'âge. Toutefois, jusqu'à 75% des grossesses qui surviennent après 40 ans ne sont pas désirées. (24) Les grossesses non planifiées sont nombreuses dans cette population, car les personnes et les prestataires de soins de santé pensent souvent que la personne n'est plus fertile ou que les chances de grossesse sont minces. Plusieurs sociétés médicales recommandent la contraception jusqu'à 55 ans ou jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée. (1,3,25,26) Les options contraceptives doivent être revues pour toutes les personnes en péri-ménopause et une approche risque/bénéfice de l'utilisation de la méthode doit être appliquée. Heureusement, certaines options contraceptives peuvent traiter les symptômes de la ménopause ou être associées à un traitement hormonal pour aider à répondre à la fois au besoin de contraception et au besoin de gérer les symptômes.

Ménopause et infections sexuellement transmissibles (IST)

L'utilisation du préservatif diminue avec l'âge, car les personnes se soucient moins de la prévention des grossesses. Cette diminution de la consommation entraîne une augmentation du risque et de la prévalence des IST. Discuter du besoin continu de protection contre les IST peut promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres à tout âge. (27)

Ménopause et VIH

Les personnes séropositives ont une espérance de vie accrue et passent une plus grande partie de leur vie en péri-ménopause et en ménopause.

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Nous ne pouvons affirmer avec certitude que les personnes vivant avec le VIH connaissent la ménopause plus tôt que la population générale. (28) Le diagnostic de la ménopause dans cette population peut être compliqué en raison de symptômes qui se chevauchent entre le VIH et la péri-ménopause/ménopause, tels que les irrégularités menstruelles et les douleurs articulaires. Une augmentation des symptômes de la ménopause peut entraîner une diminution de l'observance du traitement anti-VIH dans cette population. (29) Les personnes vivant avec le VIH courrent un risque accru d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires, deux affections qui s'aggravent également avec la ménopause. (30,31)

Les personnes vivant avec le VIH connaissent souvent un retard dans le diagnostic de la ménopause et une diminution du traitement par THM en raison des inquiétudes de leurs prestataires concernant les interactions médicamenteuses potentielles. Cependant, le THM n'est pas contre-indiqué avec les médicaments anti-VIH concomitants et peut être particulièrement bénéfique pour la prévention de l'ostéoporose et des maladies cardiovasculaires. (29)

Violences Sexuelles et Basées sur le Genre (VSBG)

Bien que les VSBG soit plus répandues chez les plus jeunes, les personnes en péri-ménopause et ménopausées sont également à risque. Les personnes victimes de VSBG ont une prévalence plus élevée de symptômes de la ménopause, notamment les SVM, l'insomnie et le SGUM. (32) Le dépistage des VSBG actuelles et passées aidera à identifier les personnes exposées à un risque de violence et celles présentant un risque plus élevé de symptômes gênants de la péri-ménopause et de la ménopause.

Examen des données probantes disponibles et orientations pour les personnes symptomatiques

Lorsque nous considérons la meilleure approche thérapeutique pour des personnes

symptomatiques, plusieurs critères sont importants. Premièrement, la personne a-t-elle besoin de contraception ? Si oui, alors une contraception hormonale combinée ou un contraceptif progestatif seul associé aux œstrogènes peut s'avérer être le meilleur traitement. Ce sont également des options appropriées pour une personne souffrant de saignements gênants, tels que des règles fréquentes ou plus abondantes. Si la contraception ou les thérapies hémorragiques ne sont pas nécessaires, alors le THM traditionnelle aux œstrogènes et au progestatif constitue souvent le traitement de première intention le plus raisonnable. Il n'existe pas de solution universelle en matière de thérapies pour la péri-ménopause et la ménopause : la personne et son prestataire doivent décider ensemble de la meilleure approche, sachant que des ajustements peuvent s'avérer nécessaires si les symptômes ne sont pas traités de manière adéquate.

Contraception hormonale combinée (CHC)

La CHC, y compris les voies orales, transdermiques et vaginales, peut prévenir la grossesse mais aussi traiter plusieurs symptômes, notamment les saignements irréguliers, les changements d'humeur, et les symptômes vasomoteurs. Chez les personnes en bonne santé, sans autres comorbidités ni contre-indications médicales (selon les critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'utilisation des contraceptifs), la CHC pourrait être utilisée jusqu'à l'âge de 55 ans. (33,34)

Contraception associée à une œstrogénothérapie

Une autre option est la contraception progestative combinée à un traitement aux œstrogènes. L'œstrogénothérapie, par voie orale, transdermique ou vaginale, peut être associée en toute sécurité à des contraceptifs progestatifs, qu'il s'agisse de pilules orales ou de systèmes intra-utérins. Les produits à base d'œstrogènes, en particulier par voie non orale (transdermique ou vaginale), sont soumis à moins de restrictions d'utilisation que l'éthinylestradiol oral, utilisé dans la plupart des contraceptifs hormonaux combinés,

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

et peuvent mieux soulager les symptômes. Si les personnes présentent de nouveaux symptômes de péri-ménopause même sous CHC, passer à une CHC contenant un œstrogène différent de celui de l'éthinyl l'estadiol (tel que l'estérol

ou l'estadiol) ou une option progestative seule avec un traitement aux œstrogènes peut aider. Voir le tableau 2 pour obtenir des conseils sur la combinaison des options progestatives seules avec l'œstrogénothérapie. (33)

Tableau 2 : Utilisation de méthodes contraceptives progestatives seules en association avec une thérapie œstrogénique

Méthode		Utilisation recommandée
PPS	Noréthindrone	Dose quotidienne minimale de 0,35 mg
	Drospépinone	Dose quotidienne de 4 mg
Implant d'étonogestrel		Non approuvé bien que les données démontrent un amincissement de l'endomètre
SIU	52 mg de lévonorgestrel	Approuvé en Europe pour 5 ans d'utilisation avec THS, utilisation hors AMM aux États-Unis
	19,5 et 13,5 mg de lévonorgestrel	Utilisation hors AMM, peut ne pas fournir une protection adéquate pendant toute la période de contraception approuvée par la FDA.
DMPA		Aucune donnée, généralement déconseillé

PPS : Pilules avec Progestatif Seul

SIU : Système Intra-Utérin

DMPA : Acétate de médroxyprogestérone

Réimprimé avec la permission de Perimenopausal contraception. Voedisch AJ, Ariel D. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020 12;32(6):399-407.

L'implant contraceptif d'étonogestrel et la médroxyprogestérone retard injectable en association avec un traitement par œstrogénothérapie n'ont pas été étudiés de manière approfondie pour la protection de l'endomètre chez les personnes symptomatiques en péri-ménopause, et ne sont pas systématiquement utilisés dans ce contexte. Cependant, il est bien connu que ces deux produits provoquent un amincissement de l'endomètre et peuvent être raisonnablement envisagés, à condition que l'état de l'endomètre puisse être évalué périodiquement.

Une question importante est de savoir comment déterminer quand la contraception n'est plus nécessaire, car l'utilisation d'un contraceptif hormonal peut masquer les règles en tant que marqueur de la ménopause. Pour les personnes sans symptômes qui sont médicalement éligibles à la poursuite de leur méthode hormonale, il est raisonnable de poursuivre le traitement jusqu'à l'âge de 55 ans. Il est également possible d'évaluer l'état de la ménopause lors de la prise de contraceptifs. Voir le tableau 3 pour les lignes directrices sur l'évaluation de l'état ménopausique chez les utilisatrices de contraceptifs. (33)

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Tableau 3 : Évaluation du statut ménopausique par méthode contraceptive

Évaluation Clinique		Évaluation en laboratoire*
Non hormonal	Aménorrhée depuis 12 mois	
CHC		Arrêtez la méthode pendant 6 semaines et, en l'absence de règles, vérifiez la FSH deux fois à 1 ou 2 mois d'intervalle ; si élevé > 30 UI/L les deux fois, la contraception peut être interrompue OU FSH > 30 UI/L à deux occasions à 6-8 semaines d'intervalle après 7-14 jours sans hormones à partir de 50 ans
DMPA		FSH > 30 UI/L à deux reprises à 90 jours d'intervalle (premier jour d'injection) la méthode peut être arrêtée
Implant, SIU, PPS		FSH > 30 UI/L en une seule fois, puis poursuivre la méthode pendant un an supplémentaire
Autre	Les personnes âgées de 55 ans peuvent arrêter toutes les méthodes sans évaluation en laboratoire	

*L'évaluation en laboratoire doit être limitée aux femmes de 50 ans ou plus.

Réimprimé avec la permission de Perimenopausal contraception. Voedisch AJ, Ariel D. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020;32(6):399-407.

Thérapie hormonale de la ménopause

Le THM utilise des hormones exogènes, sous différentes formes d'œstrogène et de progestatif, pour traiter les symptômes de la péri-ménopause et de la ménopause. L'œstrogénothérapie est disponible par voie orale, transdermique et vaginale. Les formulations les plus courantes sont l'estradiol et les œstrogènes équins conjugués. Les progestatifs sont disponibles par voie orale et intra-utérine ainsi que sous forme de produits transdermiques combinés avec des œstrogènes. Les progestatifs oraux comprennent la progestérone micronisée et les progestatifs synthétiques sous forme de médroxyprogestérone,

de noréthindrone et de drospépinone.

L'objectif du THM est d'améliorer la qualité de vie en diminuant les saignements problématiques, les troubles du sommeil, les SVM, le SGUM, et les troubles de l'humeur, et en diminuant le risque de perte osseuse et d'ostéoporose. Bien que le THM puisse être bénéfique contre les MCV et le brouillard cérébral, il n'est pas recommandé pour la prévention des MCV ou de la démence.

Pour les personnes symptomatiques qui n'ont pas besoin de contraception, soit parce qu'elles ont 55 ans, soit parce qu'elles n'ont pas eu

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

leurs règles depuis plus de 12 mois, celles-ci peuvent bénéficier d'un traitement hormonal de la ménopause (THM). Comme pour tous les

médicaments, le THM comporte des risques, mais ces risques dépendent principalement du début du traitement ([Tableau 4](#)).

Tableau 4 : Risques liés au traitement hormonal de la ménopause (THM)

	Risque accru	Risque réduit	Pas de changement
Initié dans les 10 ans suivant la ménopause et chez les personnes < 60 ans	TEV ^b (11 cas/10 000 par femme et par an)	MCA	AVC ^c
	Cancer du sein ^d (<1/1000 par femme et par an en EPT)	Mortalité toutes causes confondues (environ 30%)	Démence ^e
	Maladie de la vésicule biliaire ^b (47/10 000 EPT et 58/10 000 ERT par femme et par an)	Ostéoporose, perte osseuse et fractures CRC (6/10 000 années-personnes)	
Initié plus de 10 ans après la PMF et/ou > 60 ans	TEV ^{af}	Ostéoporose et fractures	Mortalité toutes causes confondues
	Cancer du sein (<1/1000 par femme et par an en EPT)	CRC (6/10 000 années-personnes)	
	AVC		
	MCA		
	Démence		

^a Les modifications de l'estimation du risque sont fournies lorsque les données sont disponibles

^b Surtout avec les voies orales

^c Les données sont mitigées. Il se peut qu'il y ait une légère augmentation absolue du risque de 1,5/10 000 femmes par an

^d Risque accru chez les utilisatrices d'une association d'œstrogènes et de progestatifs uniquement et l'augmentation du risque est inférieure à celle d'autres facteurs liés au mode de vie.

^e Des études observationnelles montrent une diminution du risque de maladie d'Alzheimer

^f Plus élevé que le risque lorsqu'il est lancé dans les 10 ans suivant la PMF

Abréviations : PMF : période menstruelle finale, TEV : thromboembolie veineuse, MCA : maladie coronarienne athérosclérotique, CCR : cancer colorectal

Réimprimé avec la permission de Voedisch et al, Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol 64, No 3, 528-554

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Si le THM est entamé chez des personnes symptomatiques dans les 10 ans suivant leur PMF ou avant l'âge de 60 ans, les bénéfices du THMI l'emportent généralement sur les risques. Le principal risque est une légère augmentation du développement de caillots sanguins qui peut être minimisée en utilisant des œstrogènes par voie non orale. Les voies orales sont sûres et doivent être utilisées chez les personnes souhaitant un traitement si les voies non orales sont limitées ou si la personne préfère un traitement oral. (11) Les œstrogènes stimulent la muqueuse de l'utérus et

un traitement progestatif adéquat est nécessaire pour contrebalancer et inhiber le développement de l'hyperplasie de l'endomètre ou du cancer de l'endomètre. Le risque global de précancer ou de cancer de l'endomètre avec l'utilisation appropriée d'un traitement progestatif est très faible. Les personnes qui ont subi une hysterectomie n'ont pas besoin de recourir à un traitement progestatif. Voir le tableau 5 pour connaître la posologie de progestatif nécessaire à la protection de l'endomètre lors de l'utilisation d'un traitement par œstrogénothérapie. (11)

Tableau 5 : Posologie de progestatif nécessaire pour protéger de l'hyperplasie de l'endomètre

	EPT continu (dosage quotidien)	EPT cyclique (progestatif 12-14 jours/mois)
Oral		
Progesterone micronisée	100 mg	200 mg
Acétate de cyprotérone	0.5-1 mg	2.5 mg
Noréthindrone	0.35 mg	0.35-0.7 mg
Acétate de médroxyprogesterone	2.5 mg	5 mg
Vaginal		
Gel de progesterone ^a	45 mg	45 mg
Système Intra-Utérin		
Lévonorgestrel ^a	6-20 µg/day	N/A

Le dosage du progestatif nécessaire pour protéger contre l'hyperplasie de l'endomètre lors de l'utilisation d'un traitement aux œstrogènes en l'absence de produits combinés préemballés. L'utilisation continue d'un progestatif implique une administration quotidienne de progestatif ; L'administration cyclique implique la prise d'un progestatif 12 à 14 jours par mois.

Adapté avec la permission de Menopause Practice: A Clinician's Guide (6th Edition) by The North American Menopause Society

Abréviations : EPT (thérapie œstroprogestative)

^a Non approuvé par la FDA pour une utilisation avec un traitement hormonal substitutif

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Le risque lié au THM qui a reçu le plus d'attention est le risque de cancer du sein, qui est observé uniquement chez les utilisatrices d'œstrogènes-progestatifs ; il n'y a pas de risque accru avec l'utilisation d'œstrogènes uniquement. Certaines personnes sont souvent considérées à tort comme des candidates inappropriées au THM en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein et ont donc souffert inutilement de symptômes qui auraient pu être traités. Les personnes porteuses du gène du cancer du sein (BRCA) peuvent toujours être candidates au THM, surtout si leurs ovaires sont retirés pour réduire leur risque futur de cancer de l'ovaire. Bien qu'il existe un risque accru de cancer du sein chez les utilisatrices d'œstrogènes et de progestatifs, le risque accru absolu est faible (environ 1 cas pour 1 000 années-personnes) et ne devrait pas empêcher les personnes qui seraient par ailleurs candidates de se voir proposer un traitement susceptible de changer leur vie. (11) Toutefois, les personnes ayant des antécédents personnels de cancer du sein ne devraient pas utiliser le THM.

Commencer un traitement hormonal après 60 ans ou après plus de 10 ans à partir de la PMF présente un profil de risque différent et n'est pas recommandé. Un risque accru de démence, d'accident vasculaire cérébral, de thromboembolie et d'infarctus du myocarde a été rapporté dans cette population. Il convient de noter que ce risque accru concerne les personnes qui commencent le THM dans ce groupe d'âge, mais ne s'applique pas à celles qui ont commencé le THM plus tôt et continuent au-delà de 60 ans ou plus de 10 ans après leur PMF. Le THM peut être poursuivi chez les personnes de plus de 60 ans présentant des symptômes persistants et/ou dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose s'il n'y a pas de contre-indication par ailleurs. L'âge en lui-même n'est pas une contre-indication à la poursuite d'un THM. (11,35) Cependant, une durée de traitement plus longue devrait être réservée à des indications documentées, avec une prise de décision partagée et une réévaluation périodique des bénéfices et des risques. (11) Les contre-indications au THM sont répertoriées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Contre-indications au THM

saignement vaginal inexpliqué
antécédents de cancer sensible aux œstrogènes
maladie coronarienne
maladie du foie
accident vasculaire cérébral
infarctus du myocarde
thromboembolie veineuse
antécédents ou risque élevé de maladie thromboembolique

Abréviations : THM : traitement hormonal substitutif

Réimprimé avec la permission de **Voeidisch** AJ. Counseling on hormone replacement therapy: the real risks and benefits. Curr Opin Obstet Gynecol. 2023 04 01;35(2):154-159.

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Thérapies non hormonales sur ordonnance

Un nouveau médicament, le fezolinetant, ciblant spécifiquement les SVM, a récemment été lancé l'année dernière et des thérapies plus ciblées sont attendues dans un avenir proche. (36) Le fézolinetant n'est actuellement disponible qu'aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Australie, et il est cher, ce qui limite encore plus son accessibilité. Les données sur l'utilisation de ce médicament sont actuellement limitées et d'autres études sont attendues à l'avenir.

D'autres thérapies sur ordonnance bénéfiques incluent l'utilisation de la gabapentine, un agent neuropathique, qui a montré certains avantages dans la réduction des SVM et des troubles du sommeil. Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline se sont également révélés bénéfiques pour réduire les SVM et résoudre les problèmes d'humeur. L'oxybutynine est efficace pour réduire les SVM, mais elle peut provoquer un déclin cognitif chez les populations plus âgées et doit donc être surveillée. (37)

Thérapies sans ordonnance

Les thérapies sans ordonnance peuvent également réduire les symptômes. Il a été prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale et l'hypnose clinique réduisent toutes les SVM. (37) L'obésité augmente la fréquence et la gravité des SVM et il a été démontré que la perte de poids réduit les SVM. (37) L'exercice, les suppléments en vente libre, l'acupuncture et la pleine conscience peuvent avoir d'autres avantages pour la santé, mais il n'a pas été démontré qu'ils réduisent les SVM. Les mesures de refroidissement telles que les ventilateurs, les systèmes de refroidissement des lits, le fait de s'habiller en plusieurs couches et de refroidir la literie et les draps, peuvent apporter un soulagement temporaire pendant les SVM, mais ne réduisent pas la fréquence ou la gravité des épisodes. (37) La thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie s'attaque efficacement aux troubles du sommeil courants tels que l'insomnie induite par le sommeil ou les

réveils au milieu de la nuit. (38) La mélatonine peut également être utile. (39)

Les remèdes à base de plantes, tels que l'actée à grappes noires et les phytoestrogènes, sont souvent utilisés pour atténuer les symptômes de la ménopause, car ils sont facilement disponibles ; cependant, des études contrôlées n'ont pas montré que les suppléments à base de plantes réduisent les symptômes de la ménopause et leur utilisation peut retarder l'accès aux soins thérapeutiques. (37)

Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)

Il existe plusieurs options disponibles pour traiter le SGUM. Chez les personnes atteintes du SGUM qui ne présentent pas d'autres symptômes systémiques, une œstrogénothérapie locale peut traiter adéquatement leurs symptômes. Le THM avec œstrogènes et CHC peut traiter avec succès le SGUM chez les personnes présentant d'autres symptômes de péri-ménopause et de ménopause, mais des thérapies locales supplémentaires peuvent être nécessaires si les symptômes s'aggravent ou ne s'améliorent pas.

Les hydratants vaginaux sont accessibles en vente libre et peuvent être utilisés 2 à 3 fois par semaine au coucher pour soulager la sécheresse, l'irritation, les brûlures et la dyspareunie. Les lubrifiants, différents des hydratants, doivent être utilisés généreusement lors d'une activité sexuelle et les produits à base de silicium peuvent être les plus efficaces pour soulager l'inconfort lors de la pénétration vaginale. (6)

Les traitements sur ordonnance comprennent les œstrogènes vaginaux, la déhydroépiandrostérone vaginale (DHEA) et l'ospémifène oral. Les œstrogènes vaginaux ont peu de contre-indications et peuvent être utilisés seuls ou en association avec le THM ou en association avec d'autres contraceptifs. Leur utilisation doit être évitée en cas d'hémorragie gynécologique non diagnostiquée et se faire avec prudence pour

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

les personnes atteintes de cancers dépendants des œstrogènes. Les œstrogènes vaginaux sont disponibles sous forme de crème, d'anneau et de suppositoire. (6)

La DHEA, ou prastérone, est utilisée comme insert vaginal quotidien et n'est pas contre-indiquée chez les personnes ayant des antécédents de cancer du sein, bien que son utilisation doit se faire avec prudence. Elle peut être associée au THM ou à d'autres contraceptifs. L'ospémifène est un modulateur oral sélectif des récepteurs des œstrogènes qui peut améliorer les signes et symptômes du SGUM. Il est déconseillé aux personnes ayant des antécédents de cancer du sein en raison du manque de données. (6)

Recommandations aux AM de l'IPPF sur la fourniture de soins fondés sur les droits aux personnes présentant des symptômes de la ménopause :

Les prestataires des associations membres doivent

- Suivre une formation pour comprendre et reconnaître les principaux symptômes de la péri-ménopause et de la ménopause. Ils doivent être à l'aise pour discuter et donner des conseils en matière de changements et de symptômes potentiels de la péri-ménopause et de la ménopause. Les prestataires doivent également être à l'aise pour discuter des thérapies sur ordonnance et en vente libre, et ces produits doivent être suffisamment pris en compte lors de l'approvisionnement en médicaments.
- Veiller à ce que les cliniques soient des espaces accueillants pour les personnes en péri-ménopause et ménopausées et travailler à accroître la sensibilisation et l'éducation concernant les soins de santé en péri-ménopause et en ménopause.
- Reconnaître la nécessité d'une contraception chez celles qui ne cherchent pas de grossesse avant l'âge de 55 ans ou jusqu'à ce que la ménopause soit confirmée. Les associations membres doivent connaître les options

contraceptives et l'éligibilité médicale à leur utilisation.

- Reconnaître la nécessité de conseils continus sur la façon de maintenir une vie sexuelle satisfaisante et agréable avec l'âge, qui peuvent inclure l'utilisation d'hydratants et de lubrifiants vaginaux et de stratégies de prévention des IST.
- Proposer une prise de décision partagée avec les clientes, en s'assurant qu'elles comprennent les risques et les avantages du THM pour les symptômes gênants de la ménopause. Si les associations membres n'ont pas accès à le THM, des références appropriées doivent être fournies.
- L'espérance de vie des clients augmente, tout comme la demande mondiale de services. Les associations membres devraient développer davantage leur expertise et leurs capacités pour répondre à la demande croissante de soins de santé pour la ménopause.
- Établir un mécanisme formel d'orientation pour les personnes présentant des symptômes complexes, qui ne répondent pas au traitement, ou celles dont les besoins ne peuvent être satisfaits dans le cadre de soins de santé locaux.

Les références

1. North American Menopause Society. Menopause practice: a clinician's guide. 2019.
2. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. Nat Rev Endocrinol. 2018 Apr;14(4):199–215.
3. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Contraception for Women Aged Over 40 Years [Internet]. 2017. Disponible : e <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrhguidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
4. 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 Apr;97(4):1159–68.
5. Micks E, Reed SD, Mitchell C. The Postmenopausal Vaginal Microbiome and Genitourinary Syndrome of Menopause. Clinical Obstetrics & Gynecology. 2024 Mar;67(1):79–88.

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

6. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020 Sep;27(9):976–92.
7. Voedisch AJ, Dunsmoor-Su R, Kasirsky J. Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. *Clin Obstet Gynecol*. 2021 Sep 1;64(3):528–54.
8. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric*. 2004 Dec;7(4):375–89.
9. 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* [Internet]. 2020 Dec 22 [cited 2022 Nov 21];142(25). disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000912>
10. Khosla S, Monroe DG. Regulation of Bone Metabolism by Sex Steroids. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018 Jan 2;8(1):a031211.
11. "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 Jul 1;29(7):767–94.
12. Hobson G, Dennis N. "I can't be dealing with this brain fog": A workplace focus group study investigating factors underpinning the menopausal experience for NHS staff. *Maturitas*. 2024 Feb;180:107889.
13. Ishimaru T, Okawara M, Tateishi S, Yasui T, Horie S, Fujino Y. Impact of menopausal symptoms on presenteeism in Japanese women. *Occupational Medicine*. 2023 Oct 20;73(7):404–9.
14. Prothero LS, Foster T, Winterson D. 'Menopause affects us all . . .': menopause transition experiences of female ambulance staff from a UK ambulance service. *British Paramedic Journal*. 2021 Dec 1;6(3):41–8.
15. Abreu ACG de, Alves MS, Zuchelo LTS, Santos SVD, Noll PRES, Baracat EC, et al. Full and empty nest syndromes in women in the climacteric period. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2022 Jan;68(1):109–17.
16. Wang Q, Zhao D, Zhou M, Zhao X, Gao Y, Duan J, et al. The Effect of Resilience and Family Support Match on Psychological Distress among Women in the Menopausal Transition Based on Polynomial Regression and Response Surface Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 29;19(21):14165.
17. Kingsberg SA, Schulze-Rath R, Mulligan C, Moeller C, Caetano C, Bitzer J. Global view of vasomotor symptoms and sleep disturbance in menopause: a systematic review. *Climacteric*. 2023 Nov 2;26(6):537–49.
18. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021 Aug;28(8):875–82.
19. Kingsberg SA, Schulze-Rath R, Mulligan C, Moeller C, Caetano C, Bitzer J. Global view of vasomotor symptoms and sleep disturbance in menopause: a systematic review. *Climacteric*. 2023 Nov 2;26(6):537–49.
20. Leone T, Brown L, Gemmill A. Secular trends in premature and early menopause in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2023 Jun;8(6):e012312.
21. Lobo RA. Surgical menopause and cardiovascular risks. *Menopause*. 2007;14(3 Pt 2):562–6.
22. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321–33.
23. Paciuc J. Hormone Therapy in Menopause. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1242:89–120.
24. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Contraception and hormonal management in the perimenopause. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jan;24(1):3–10.
25. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 Jul 29;65(4):1–66.
26. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPHC Guidance (January 2005) contraception for women aged over 40 years. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005 Jan;31(1):51–63; quiz 63–4.
27. Syme ML, Cohn TJ, Barnack-Tavlaris J. A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults. *J Sex Res*. 2017 Feb;54(2):149–60.
28. Van Ommen CE, King EM, Murray MCM. Age at menopause in women living with HIV: a systematic review. *Menopause*. 2021 Dec 1;28(12):1428–36.
29. Scofield D, Moseholm E, Aebi-Popp K, Hachfeld A, Women Against Viruses in Europe (WAVE), European AIDS Clinical Society. Email : wavesecretariat@eacssociety.org Management of menopause in women living with HIV - A comparative guideline review. *Maturitas*. 2024 Feb 9;183:107937.
30. Finnerty F, Walker-Bone K, Tariq S. Osteoporosis in postmenopausal women living with HIV. *Maturitas*. 2017 Jan;95:50–4.
31. Solomon D, Sabin CA, Mallon PWG, Winston A, Tariq S. Cardiovascular disease in women living with HIV: A narrative review. *Maturitas*. 2018 Feb;108:58–70.
32. Gibson CJ, Huang AJ, McCaw B, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden SK. Associations of Intimate Partner Violence, Sexual

Déclaration du groupe consultatif médical international (IMAP) sur la ménopause

Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Intern Med.* 2019 Jan 1;179(1):80–7.

33. Voedisch AJ, Ariel D. Perimenopausal contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020 Dec;32(6):399–407.

34. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

35. The North American Menopause Society Statement on Continuing Use of Systemic Hormone Therapy After Age 65. *Menopause.* 2015 Jul;22(7):693.

36. Onge ES, Phillips B, Miller L. Fezolinetant: A New Nonhormonal Treatment for Vasomotor Symptoms. *J Pharm Technol.* 2023 Dec;39(6):291–7.

37. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2023 Jun;30(6):573–90.

38. Schaedel Z, Holloway D, Bruce D, Rymer J. Management of sleep disorders in the menopausal transition. *Post Reprod Health.* 2021 Dec;27(4):209–14.

39. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, et al. Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric.* 2020 Dec;23(6):539–49.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants pour les contributions d'Amy J Voedisch, qui a rédigé la déclaration, et aux membres de l'IMAP, pour leur révision.

Qui sommes-nous ?

La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) est un fournisseur de services mondial et un défenseur de premier plan de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour tous. Nous sommes un mouvement mondial d'organisations nationales travaillant avec et pour les communautés et les individus.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
Royaume Uni
tel : +44 20 7939 8200
fax : +44 20 7939 8300
email : info@ippf.org
www.ippf.org

Organisme Caritatif agréé au Royaume-Uni
N° 229476

Publié en Mai 2024