NOTE DE CADRAGE

Prise en charge de la femme en période de péri-ménopause/ ménopause en soins de premier recours

Adoptée par le Collège le 6 novembre 2025

Date de la saisine : 17 juin 2024 **Demandeur** : DGS

Service(s) : Service des bonnes pratiques

Personne(s) chargée(s) du projet : Sabine Benoliel/Christine Revel-Delhom/Morgane Le Bail

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Le Ministère a saisi la HAS en juin 2024 sur la thématique de la prise en charge de la femme en période de péri-ménopause et ménopause. Cette saisine s'inscrit dans le cadre de l'action gouvernementale relative à la santé des femmes avec en parallèle la mise en place d'une mission parlementaire chargée de dresser un état des lieux sur : l'information, la prise en charge et le suivi des femmes pendant cette période.

La saisine est double et porte à la fois :

- sur la réévaluation par la HAS de son avis émis en mai 2014[1] sur les indications des traitements hormonaux de la ménopause par la Commission de la Transparence ;
- sur l'accompagnement des professionnels de santé concernés pour que les femmes en période de péri-ménopause ou début de ménopause puissent bénéficier d'un accompagnement adapté à la fois en termes d'informations et de messages de prévention qu'en termes de prise en charge thérapeutique et de suivi.

[1] REEVAL_THM_Rapport d'evaluation_ANNEXE

1.2. Contexte

1.2.1. Données épidémiologiques

Environ 17,3 millions de femmes de 45 ans et plus sont concernées par la ménopause en France (soit près de la moitié des femmes). Chaque année, entre 400 000 et 500 000 femmes entrent dans la ménopause et cette période concerne environ 40% de leur vie compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie (espérance de vie de 85,6 ans en France pour les femmes au 1er janvier 2024) (1, 2).

1.2.2. Définitions

Ménopause : phénomène physiologique survenant entre 45 ans et 55 ans de manière naturelle et progressive entrainant un arrêt des menstruations et des possibilités de procréation. Chez la femme, la réserve ovarienne, constituée des follicules au repos (500 000 à 1 million à la naissance) diminue avec l'âge. La variabilité de l'âge de survenue de la ménopause, peut être liée soit à la taille de la réserve ovarienne à la naissance, soit à sa vitesse d'épuisement, soit aux deux. Elle est considérée comme cliniquement confirmée après 12 mois sans règles (aménorrhée). L'âge moyen de survenue est 51 ans.

Elle est précédée d'une phase dite de péri-ménopause (en moyenne vers 47 ans) qui est caractérisée par une irrégularité des cycles, une dysovulation puis une anovulation, qui s'installe environ 5 ans avant l'interruption définitive des règles ; les femmes en péri-ménopause, présentent pour la plupart déjà des symptômes. De manière générale, les symptômes de la ménopause peuvent durer de quelques mois à plus de 10 ans chez certaines femmes (3-6).

Remarques : une ménopause précoce survient après 40 ans mais avant la ménopause physiologique (45 ans) ; au-delà de 55 ans, il s'agit d'une ménopause tardive. Chez les femmes fumeuses, la ménopause tend à apparaître 1 à 2 ans plus tôt, avec des symptômes plus intenses.

1.2.3. Symptomatologie de la carence oestrogénique

La majorité des symptômes qui marquent la période de la péri-ménopause, puis de la ménopause confirmée est liée à la carence œstrogénique secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien.

Les symptômes sont transitoires alors que la carence hormonale et ses conséquences potentielles sont définitives. La ménopause est associée dans la plupart des cas à un syndrome climatérique d'intensité et de durée variable selon les femmes ; pour 20 à 25% des femmes, il peut s'agir de troubles sévères affectant leur qualité de vie.

- Bouffées vasomotrices (80% des femmes), sueurs nocturnes, troubles génito-urinaires (sécheresse vulvo-vaginale, infections et irritations urinaires), également des douleurs articulaires et ligamentaires.

D'autres signes moins spécifiques peuvent être retrouvés : baisse de la libido, sécheresse cutanée, troubles du sommeil, asthénie, perte d'attention, perte de mémoire, troubles de l'humeur, tendance dépressive, variation pondérale (possible redistribution des graisses au niveau de la ceinture abdominale).

Les changements hormonaux associés à la ménopause peuvent entrainer des conséquences sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social. Les symptômes ressentis pendant et après la transition vers la ménopause varient considérablement d'une femme à une autre. (4, 6-8)

La ménopause n'est pas une pathologie mais l'hypo-œstrogénie peut favoriser l'émergence d'accidents cardiovasculaires, d'ostéoporose, de troubles cognitifs.

Le risque cardio-vasculaire est le principal risque pour la santé des femmes, il sera abordé dans le cadre d'autres travaux spécifiques actuellement en cours au sein de la HAS[2].

Risque accru d'ostéoporose : La ménopause s'accompagne de douleurs ostéoarticulaires fréquentes (environ 40 %), en particulier au niveau des poignets, liées à la diminution des œstrogènes. Au niveau du squelette, le déficit œstrogénique aboutit à une accélération rapide de la perte osseuse (jusqu'à 4 % par an après la ménopause) favorisant l'apparition d'une ostéoporose et de fractures dites de fragilité (fémur, poignet, vertèbres).

L'ostéoporose post-ménopausique représente près de 90% des ostéoporoses et touche environ 1 femme sur 3 après 50 ans. On estime ainsi que, parmi les femmes âgées de 50 à 59 ans, 15 % sont déjà atteintes d'ostéoporose.

Remarque : seront abordés dans ces travaux les aspects relatifs à la prévention de l'ostéoporose.

Autres risques : troubles neurocognitifs : Le plus souvent il s'agit de troubles mnésiques fréquemment associés aux troubles de l'humeur et du sommeil ; également des difficultés de concentration. (4, 6, 9, 10)

1.2.4 Etat des lieux des pratiques

1.2.4.1 Enquête de pratique : regard des Français sur la ménopause en 2023[3]

Transition vers la ménopause : Il s'agit pour 92% des Français d'une simple étape de la vie par ailleurs bien vécue pour 87% des femmes ménopausées et 66% seulement des femmes en pré-ménopause. Toutefois, cette transition s'accompagne d'un impact négatif sur leur quotidien pour 29% des femmes (en particulier les femmes pré-ménopausées).

Information des femmes : 37% des femmes pré-ménopausées estiment manquer d'information et 44% estiment que les symptômes ne sont pas facilement identifiables. 89% des femmes pré-ménopausées (80% des Français) pensent qu'il s'agit d'un sujet dont il faudrait davantage parler. L'interlocuteur privilégié pour 61% des femmes (pré)ménopausées est un médecin (ou un professionnel de santé).

Perception de la ménopause : Il s'agit d'un sujet difficile à aborder pour 39% des hommes et 31% des femmes. Il en est de même pour la sexualité et la libido pour 57% des Français et 62% des femmes de 45-60 ans.

Elle est considérée comme un sujet de femmes pour 60% des Français (et 71% des femmes pré-ménopausées) et ne concerne le couple que pour 46 % des Français (38% pour les femmes).

Pour les femmes et les personnes ayant une compagne concernée par la ménopause : le moral, (54%) l'apparence physique (51%) et la santé (45%) sont les plus impactés au cours de cette période alors que la vie de couple et la sexualité ne le sont respectivement que pour 26% et 31% des Français.

La consultation « ménopause » : 90% des Français sont favorables à l'instauration d'une consultation gratuite centrée sur la ménopause pour les femmes âgées de 45 ans. Les professionnels privilégiés sont gynécologues (91%), ou médecins généralistes (84%), plutôt que sage-femmes (63%) ou psychologues (44%).

---

[2] Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours

[3] Echantillon de 1 500 personnes âgées de 18 ans et plus représentatif de la population française. En parallèle, un sur-échantillon de 500 femmes âgées de 45 à 60 ans a également été interrogé. (11)

1.2.4.2 La mission parlementaire gouvernementale sur la ménopause en France :

Le rapport d'avril 2025 a mis notamment en exergue les points suivants (12) :

- Manque d'information persistant sur la ménopause notamment en amont associé à une difficulté pour aborder le sujet ;
- Manque d'accompagnement médical des femmes et besoin de renforcer l'information/la formation des professionnels de santé sur la ménopause ;
- Nécessité d'une prise en charge individualisée et d'une évaluation des risques propres à chaque femme avant d'initier le traitement.

1.2.5 Professionnels de santé concernés

1.2.5.1 Soins de premier recours

Le médecin généraliste est l'un des interlocuteurs privilégiés du système de soins de premier recours pour informer les femmes des symptômes et traitements de la ménopause dans le cadre d'une prise en charge personnalisée étant donné que les conséquences délétères à plus ou moins long terme varient d'une femme à l'autre.

En pratique, 8 à 23 % des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes notamment pour la gestion du traitement hormonal de la ménopause (THM). Le renforcement et le maintien des compétences gynécologiques des médecins généralistes confrontés à la prise en charge de la péri-ménopause/ménopause ainsi que la mise à disposition d'outils pragmatiques constituent des axes de réflexion en termes de perspectives d'améliorations.

Depuis la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les compétences des sage-femmes ont été étendues pour inclure la gynécologie. Les sage-femmes sont habilitées à mener des consultations de suivi gynécologique de prévention auprès des femmes en bonne santé, sous réserve de les adresser à un médecin en cas de situation pathologique ; elles participent ainsi aux besoins d'informations des femmes ménopausées, à la prévention des maladies à leur suivi. Leur droit de prescription médicamenteuse est actuellement limité à une liste spécifique (arrêté daté du 11 octobre 2011), le traitement hormonal pour la ménopause (THM) demeure en dehors de leur champ de prescription. (13, 14)

De par leur domaine d'intervention (les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires, notamment), les IPA seraient également susceptibles d'intervenir en termes d'information et de suivi des femmes concernées.

Autres intervenants de premier recours : pharmaciens (information, conseil), diététiciens-nutritionnistes, masseurs-kinésithérapeutes.

1.2.5.2 Soins spécialisés

La prise en charge de la ménopause est souvent attribuée au gynécologue : 54,1% des femmes préfèrent consulter un gynécologue en période de ménopause (Enquête Solen/IGAS pour la mission parlementaire gouvernementale) (12).

La gynécologie médicale est une discipline médicale contrairement à la gynécologie-obstétrique qui est une discipline chirurgicale. Les actes réalisés par les gynécologues médicaux concernent notamment la ménopause, les traitements hormonaux, les troubles de la sexualité alors que les gynécologues-obstétriciens sont plutôt sollicités pour la grossesse et l'accouchement.

D'autres spécialistes sont concernés : cardiologues (suivi des risques cardiovasculaires accrus après la ménopause), endocrinologues (troubles hormonaux et métaboliques), rhumatologues (fragilité

osseuse, douleurs articulaires, ostéoporose), psychiatres et psychologues (syndromes dépressifs liés à la ménopause), urologues (troubles urinaires, incontinence urinaire), sexologues (troubles de la libido).

1.2.6 Mon bilan prévention

Courant 2024, la mise en place de « Mon bilan prévention »[4], dispensé par les médecins, infirmiers, pharmaciens et sage-femmes à plusieurs âges clés (entre 18 et 25 ans ; entre 45 et 50 ans ; entre 60 et 65 ans ; entre 70 et 75 ans) s'est généralisée à l'ensemble du territoire national.

Le bilan prévu entre 45 et 50 ans est l'opportunité d'une consultation sur la ménopause [axe 2 du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2023-2027)] (15) dans un objectif d'information des femmes sur le sujet et de prévention pour évaluer les facteurs de risque de plusieurs pathologies susceptibles d'être favorisées ou amplifiées par la carence oestrogénique :

- Recherche des facteurs de risques cardio-vasculaires : tabagisme, hypertension, sédentarité, dyslipidémie ou d'antécédent de pathologie cardio vasculaire avérée : diabète, AVC, infarctus, insuffisance rénale ;
- Amélioration de l'hygiène de vie et de la nutrition, arrêt du tabac et de l'alcool, correction d'un surpoids, lutte contre la sédentarité, activité physique quotidienne avec impact (marche, course à pied) et renforcement musculaire.

Cette consultation permettrait également d'aborder certains sujets que les femmes n'osent pas évoquer spontanément et pourrait participer à l'amélioration de leur qualité de vie par la prise en charge de certaines problématiques propres à la ménopause. (16, 17)

Remarque : la prise en charge de la péri-ménopause/ménopause doit faire l'objet d'un accompagnement régulier dans le cadre du suivi de la femme.

Questionnaire « Mon bilan prévention » :

L'auto-questionnaire à destination des assurés de 45 ans ne comprend qu'une seule question dédiée à la ménopause (Q19)[5]. Aussi il peut être envisagé de mettre en place un questionnaire-type afin d'homogénéiser et de faciliter le déroulé de cette consultation. Il existe par exemple des outils d'évaluation de la ménopause mesurant l'impact des troubles du climatère sur la qualité de vie : échelle Menopause Rating Scale (MRS) validée au niveau international. Cette échelle pourrait être recommandée dans ce cadre en soins de premiers recours. (Cf. annexe 1). (18, 19)

1.2.7 Etat des lieux documentaire

Travaux HAS

- Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, orientations générales, conclusions et recommandations, Anaes-Afssaps, mai 2004 : documents qui visent à i) proposer des orientations générales concernant le THM et la ménopause et les modalités d'information des femmes et des professionnels ; ii) produire des conclusions et recommandations à l'usage des professionnels ; iii) formuler des messages clés à destination des femmes sur le THM.
- Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles, Diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées, Anaes-SRO, juillet 2004 : il

[4] Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention | ameli.fr | Médecin
[5] Mon-bilan-prevention-autoquestionnaire-45-50ans.pdf

s'agit d'un référentiel qualité pour le diagnostic de l'ostéoporose en rhumatologie chez les femmes ménopausées.

- Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose, Note de synthèse, HAS juillet 2006 admission au remboursement de l'ostéodensitométrie et mai 2007 : prévention des fractures dues à l'ostéoporose.
- Commission de la Transparence, Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause, Rapport d'évaluation, 28 mai 2014[6] : l'objectif était de réévaluer le service médical rendu (SMR) de l'ensemble des spécialités indiquées dans le traitement hormonal substitutif de la ménopause en termes de service médical rendu (SMR) et d'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport aux traitements déjà disponibles et notamment sa tolérance à long terme ; une réévaluation de cet avis par la Commission de la Transparence vient d'être mis en ligne en octobre 2025[7].
- Fiche Bon usage des médicaments de l'ostéoporose, janvier 2023 : fiche sur l'ostéoporose et ses traitements - actualisation de la HAS.

Au niveau national

- Les femmes ménopausées - Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVI, 2021 : : texte court et texte long avec des données actualisées sur l'ensemble des problématiques en lien avec la ménopause assorties d'une fiche d'information pour les patientes.
- Fiche d'information aux patientes, éditée par le GEMVi.

Au niveau international (liste non exhaustive)

- BMJ Best Practice, Menopause, 2024 : recommandations générales sur la ménopause
- La prise en charge de la ménopause. Revue de la littérature : document de synthèse, conférence de consensus, Bruxelles, 2024
- Menopause: identification and management, NICE 2024 : recommandations générales sur le diagnostic (péri-ménopause et ménopause) et sa prise en charge
- Non-hormonal-based treatments for menopausal symptoms - British Menopause Society 2024
- The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society => Approches non hormonales pour le traitement des bouffées vaso-motrices de la ménopause
- Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society, EMAS, 2022: parcours de soins des femmes en péri-ménopause et menopause – alternatives non hormonales
- The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement, 2022 : recommandations pour la formation des professionnels de santé sur la ménopause
- Managing menopausal symptoms, Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020: recommandations générales sur la ménopause

[6] Haute Autorité de Santé - Traitements hormonaux de la ménopause

[7] Haute Autorité de Santé - Réévaluation des spécialités indiquées dans le traitement hormonal de la ménopause (estradiol, estriol, tibolone, acétate de cyprotérone, dydrogestérone, lévonorgestrel, médrogestone, médroxyprogestérone, acétate de noréthistérone, progestérone)

1.3. Enjeux

- **Enjeux de santé publique** :
  - Améliorer l'information des femmes et des professionnels de santé sur ce qu'est la péri-ménopause et la ménopause (définition et symptômes) ;
  - Améliorer l'information et l'accompagnement des femmes en fonction des besoins exprimés pour une prise en charge personnalisée et individualisée ;
- **Enjeux d'organisation des soins**
  - Intégrer la prise en charge de la péri-ménopause/ménopause dans le cadre d'une prise en charge de premier recours ;
  - Améliorer l'information des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge médicale personnalisée et individualisée de la péri-menopause/ménopause ;
- **Enjeux sociétaux** : il s'agit d'élargir le niveau d'information sur la péri-ménopause/ménopause afin que cette étape de la vie soit mieux vécue et perçue.

1.4. Cibles

- Médecins généralistes, sage-femmes, infirmiers-ères de pratiques avancées, diététiciens nutritionnistes, psychologues, psychiatre, urologue, cardiologue, gynécologues, rhumatologues, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes.
- Usagers.

1.5. Objectifs

- Améliorer l'information des femmes et des professionnels de santé de premier recours :
  - Pour une meilleure connaissance des symptômes évocateurs de la périménopause et des possibilités d'accompagnement et d'une prise en charge thérapeutique personnalisée;
  - Pour une meilleure évaluation des besoins (variables d'une femme à une autre) et prise en considération de l'impact possible sur la vie quotidienne, sur la santé (bouffées vaso-motrices, ostéoporose, syndrome génito-urinaire, troubles cognitifs …).
- Améliorer la prise en charge des femmes par les professionnels de santé : accompagnement, accès aux traitements en fonction des besoins exprimés.
- Mettre à disposition des professionnels de santé et des femmes des outils pour aborder régulièrement cette question aux âges de la péri-ménopause/ménopause.
- Préciser les conditions pour lesquelles un recours à un médecin spécialiste de 2ème ou 3ème recours doit être envisagé.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

1. **Information des femmes (et compagnon) et des professionnels de santé pour un accompagnement personnalisé** :

- Sur les symptômes en fonction des besoins exprimés : bouffées vaso-motrices, troubles urinaires, troubles de l'humeur, troubles sexuels/baisse de la libido, douleurs articulaires ;
- Sur les facteurs de risque afin de renforcer les conseils hygiéno-diététiques (activité physique, nutrition, tabac, alcool…) ;

- *Sur le risque cardio-vasculaire (sera abordé dans le cadre de la recommandation à venir sur le risque cardio-vasculaire global en prévention primaire et secondaire) ;*
- Sur le risque d'ostéoporose et les modalités de prévention et d'accompagnement ;
- Sur les modifications physiques (variation pondérale, sécheresse cutanée, sécheresse vaginale (rapports sexuels douloureux/conjugalité) et sur l'impact psycho-social ;
- Sur la conduite à tenir en cas de contraception en place ;
- Sur l'impact psychique : moral, humeur, fatigue, concentration ;
- Sur les traitements hormonaux de la ménopause (THM), les autres(s) traitement(s) symptomatique(s).

2. **Modalités de prise en charge en soins de premier recours :**
- Place et contenu des consultations autour de la ménopause ?
- Quel suivi des risques liés à la carence oestrogénique ?
- Quelle prise en charge en cas de symptômes gênants/invalidants ?
- Quel suivi en cas de THM (systémiques et locaux), de traitements symptomatiques autres ?

3. **Quelles indications pour adressage des patientes à un spécialiste de 2eme et 3eme recours ?**

Périmètre exclu de cette recommandation :
- L'insuffisance ovarienne prématurée (situation pathologique qui survient avant 40 ans) ;
- La ménopause chirurgicale suite à l'ablation chirurgicale des ovaires (ovariectomie) ;
- La ménopause iatrogène en cas de chimiothérapie ou radiothérapie chez une femme en âge de procréer

2. Modalités de réalisation

☒ HAS
☐ Label
☐ Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Etant donné l'existence de nombreuses recommandations récentes de bonne qualité méthodologique, le choix de la méthode d'élaboration des RBP s'oriente vers la méthode dite de « fiche mémo » avec mise en place d'un groupe de travail d'experts professionnels pluridisciplinaires et d'usagers suivi d'une phase de lecture par un groupe de lecture représentatif du groupe de travail.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail :
- 1 Diététicien - nutritionniste
- 2 Gynécologues médicaux/obstétriciens
- 1 Infirmière de pratique avancée

- 1 Kinésithérapeute
- 3 Médecins généralistes
- 1 Pharmacien libéral
- 1 Psychologue
- 1 Psychiatre
- 1 Cardiologue
- 1 Urologue
- 1 Rhumatologue
- 2 Sages femmes
- 3 Usagers

Chargé(s) de projet pour l'analyse de la littérature et participation au groupe de travail.

Groupe de lecture : conforme à la composition qualitative du groupe de travail avec ajout de médecins compétents en sexologie.

1.2 Productions prévues

- Recommandation de bonne pratique ;
- Argumentaire scientifique ;
- Fiches pratiques pour le professionnel de santé de 1er recours et pour les usagères (cf. SEU).

2 Calendrier prévisionnel des productions

Note de cadrage :

- Présentation en Commission CRPPI : 14 octobre 2025 / En Collège : 6 novembre 2025

Productions finales :

- Prévisions : Commission (CRPPI) et validation du Collège: 1er trimestre 2027.

Annexes

QUESTIONNAIRE MENOPAUSE

(Version français de Menopause Rating Scale MRS)

Date :

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants ? Pour chacun des symptômes, veuillez cochez la case correspondante :

- Pas du tout = 1
- Légèrement = 2
- Moyennement = 3
- Fortement = 4
- Très fortement = 5

	Symptômes / Echelle	1	2	3	4	5
1	Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)	☐	☐	☐	☐	☐
2	Gène au niveau du coeur (Battements de coeur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)	☐	☐	☐	☐	☐
5	Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	☐	☐	☐	☐	☐
6	Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)	☐	☐	☐	☐	☐
7	Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)	☐	☐	☐	☐	☐
8	Problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)	☐	☐	☐	☐	☐
9	Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)	☐	☐	☐	☐	☐
10	Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Gêne musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

Références bibliographiques

1. Institut national de la statistique et des études économiques. Espérance de vie en 2024. Comparaisons régionales et départementales [En ligne]. Paris: INSEE; 2024. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749

2. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupe d'âges. Données annuelles 2025 [En ligne]. Paris: INSEE; 2025. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474

3. Société française d'Endocrinologie. Item 124 – Ménopause, Insuffisance ovarienne prématurée [En ligne] 2022. https://www.sfendocrino.org/item-124-menopause/

4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens GdEslMelVh, Trémollieres F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, *et al.* Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). Gynecol Obstet Fertil Senol 2021;49(5):305-17. https://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2021.03.010

5. Chabbert-Buffet N, Trémollieres F, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, *et al.* Ménopause. Encyclop Méd Chir Gynécologie 2023;38(1).

6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Ménopause. Une meilleure sécurité d'utilisation des traitements hormonaux [En ligne] 2023. https://www.inserm.fr/dossier/menopause/

7. Groupe d'Etude de la Ménopause et du Vieillissement hormonal (GEMVi). Fiche d'information aux patientes. La prise en charhe de la ménopause [En ligne] 2020. https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Gyn%C3%A9cologie//Info-Menopause-GEMVI-2017.pdf

8. Ministère de la santé et de la prévention, Assurance Maladie, Santé Publique France. Fiches thematiques « Mon bilan prévention » ; 2023. https://www.sante.fr/sites/default/files/2023-12/Mon%20Bilan%20Pr%C3%A9vention_Fiches%20Thematiques_Dec-2023.pdf

9. Fédération française de Cardiologie. Coeur de femmes. Paris: FFC; 2022. https://www.fedecardio.org/wp-content/uploads/2022/01/FFC-Brochure-coeur-de-femmes.pdf

10. Thomas T. L'ostéoporose post-ménopausique. Fiche pratique [En ligne] 2020. https://www.grio.org/documents/page70/fiche-pratique-70-1302703056.pdf

11. Kantar Public, Mutuelle générale de l'Education Nationale, Fondation des Femmes, Leblond-Maro A, Malet J. Regard des Français sur l'avancée en âge et la ménopause en 2023 ; 2023. https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2023/10/71DD90_MGEN_Me%CC%81nopause_2023-Rapport-final-du-4-octobre-2023-1.pdf

12. Rist S. La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action. Paris; 2025. https://stephanierist.fr/wp-content/uploads/2025/04/La-menopause-en-France-Rapport-et-annexes-04-25-1.pdf

13. Observatoire de la démographie des professions de santé, Laboratoire d'études et de recherches en Sociologie. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. Paris: ONDPS; 2023. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf

14. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les Dossiers de la DREES N°76 ; 2021. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

15. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Toutes et tous égaux - Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 [En ligne] 2023. https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/toutes-et-tous-egaux-plan-interministeriel-pour-legalite-entre-les-femmes-et-les-hommes-2023-2027

16. La consultation ménopause ou périménopause [En ligne] 2022. https://lamenopause.fr/conseils/la-consultation-menopause-ou-perimenopause/

17. Caisse nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; 2024. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf

18. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes 2004;2:45. https://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-45

19. Dinger J, Heinemann LAJ. Menopause rating scale as outcome measure for hormone treatment [En ligne] 2017. https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/poster.pdf

© Haute Autorité de santé – novembre 2025