



Fondation Canadienne
de la Ménopause

Programme de la politique sur la ménopause pour le Canada

Sept priorités pour des soins équitables en matière de ménopause, de meilleurs résultats en matière de santé des femmes et une économie plus forte.



L'urgence d'agir

La ménopause¹ est l'une des transitions de santé les plus universelles de l'expérience humaine – et l'une des plus négligées. Ses répercussions sont énormes pour les femmes et pour l'ensemble du système de santé, de la société et de l'économie.

Au Canada, plus de 10 millions de femmes de plus de 40 ans se trouvent à un stade de la ménopause; il s'agit d'une transition de santé complexe qui s'étend sur plusieurs années, voire plusieurs décennies, qui a des répercussions importantes sur la santé physique et le bien-être mental, et qui a une incidence à long terme sur la santé cardiaque, osseuse, urinaire et sexuelle.

Les femmes de plus de 40 ans représentent désormais le quart de la population et de la population active du Canada. Elles dirigent des équipes et des entreprises, fournissent des soins et des services essentiels et renforcent les familles et les communautés. Elles le font tout en composant avec un profond changement hormonal, sans information adéquate, sans professionnels de la santé suffisamment formés, sans soins accessibles et équitables, et sans reconnaissance et soutien pour ce qu'elles vivent en milieu de travail.

Ce n'est pas juste une lacune. C'est un gouffre. Et il a des conséquences.

Les défis liés à la ménopause coûtent à l'économie canadienne environ 3,5 milliards de dollars et 540 000 jours de travail perdus par an². De nombreuses femmes aux prises avec des symptômes de ménopause estiment qu'elles n'ont pas d'autre choix que de réduire leurs heures de travail, de refuser des promotions ou d'occuper des postes moins importants, sacrifiant ainsi leur revenu au cours de leurs années où il serait le plus élevé;

jusqu'à une femme sur dix renonce à un travail rémunéré en raison de symptômes non pris en charge³. Elles sont innombrables à réduire leur rôle d'aidante, leur leadership bénévole et leur engagement communautaire, des contributions qui n'apparaissent jamais dans les statistiques économiques, mais qui constituent le tissu de la vie canadienne.

L'accès aux soins liés à la ménopause n'est pas équitable et, pour de nombreuses femmes, obtenir de l'aide s'avère plus difficile que cela ne devrait l'être. Les écarts dans l'accès aux soins sont particulièrement importants pour les femmes autochtones, noires et racisées, les nouvelles arrivantes, les personnes vivant dans des communautés rurales et éloignées, les personnes de genres divers et les personnes à faible revenu^{4, 5}. Les femmes handicapées, incarcérées ou mal logées font également face à des défis uniques. Les femmes qui n'ont pas accès à des professionnels de la santé compétents ont un choix difficile à faire : se priver de soins ou trouver d'autres solutions qu'elles paieront de leur poche. L'accès d'une personne à des soins liés à la ménopause sécuritaires et fondés sur des données probantes ne devrait jamais dépendre de sa capacité de payer. Les soins liés à la ménopause doivent être un élément fondamental des soins de santé universels. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas. Cela doit changer.

Le **Programme de la politique sur la ménopause pour le Canada** décrit sept priorités des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui transformeront les soins liés à la ménopause. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de santé des femmes. Il s'agit d'une question de politique publique, de durabilité de la population active et de résilience économique. Le Canada a l'occasion d'en être le chef de file. Il est maintenant temps d'agir.

Les fondatrices et le conseil consultatif médical, Fondation canadienne de la ménopause

Janet Ko — présidente et co-fondatrice

Trish Barbato — co-fondatrice et directrice

D^{re} Jeanne Bouteaud, MD, MSCP — Québec

D^{re} Natasha Deshwal, MD, FCFP, BSc — Nouvelle-Écosse

D^{re} Debra Evaniuk, MD, FRCSC — Manitoba

D^{re} Omolayo Famuyide, BSc (Pharm.), M., CCFP, FCFP, MSCP — Manitoba

D^{re} Michelle Jacobson, MD, MHSc, FRCSC, MSCP — Ontario

D^r Radomir Jarcevic, MD — Québec

D^{re} Kelsey E. Mills, MD, MSc HSEd, FRCSC, MSCP — Colombie-Britannique

D^{re} Shafeena Premji, Bsc, MHA, MD, CCFP, FCFP, MSCP — Alberta

D^{re} Alison Shea, MD, PhD, FRCSC — Ontario

D^{re} Lindsay Shirreff, MD, MSc(HQ), FRCSC — Ontario

D^{re} Sheila Wijayasinghe, MD, CCFP, MSCP — Ontario

D^{re} Wendy Wolfman, M.D., FRCS(C), FACOG, MSCP — Ontario



L'ambassadrice de la Fondation canadienne de la ménopause, Sophie Grégoire Trudeau

La ménopause est un passage – un passage que chaque femme traversera, un passage qui s'accompagne d'une véritable sagesse, d'une résilience durement acquise et d'une compréhension profonde de qui nous sommes. C'est une étape de la vie qu'il vaut la peine de célébrer.

Mais nous ne pouvons pas célébrer ce que nous ne comprenons pas. Et à l'heure actuelle, trop de femmes souffrent pendant cette transition sans que jamais quelqu'un leur dise que la ménopause est la source de ce qu'elles vivent. Elles sont ignorées, mal diagnostiquées ou livrées à elles-mêmes. Cette défaillance pour la moitié de notre population a un coût que nous partageons tous.

Je pense aux femmes qui font face à cette transition avec encore moins de soutien – plus éloignées des soins, plus éloignées des réponses, plus éloignées de quiconque serait simplement prêt à les écouter. Chacune d'entre elles mérite des soins, de l'information et l'assurance que ce qu'elle vit est réel, que ça a un nom et qu'une aide existe.

La ménopause ne fait pas de discrimination. Mais l'accès au soutien, oui.

Le **Programme de la politique sur la ménopause pour le Canada** est un appel à changer cette situation, afin que les gens au Canada puissent traverser cette transition avec les connaissances, les soins et, à terme, avec la célébration qu'elle mérite.



Sophie Grégoire Trudeau



Témoignage

« Écoutez-nous, entendez-nous, croyez nos expériences. Ne nous ignorez pas, faites quelque chose. Donnez-nous une voie à suivre, éduquez le monde, donnez-nous des soins accessibles et du soutien en milieu de travail. Ne nous laissez plus seules. »

Natalie

Les chiffres qui exigent une action

1/4

des Canadiens sont des femmes de plus de 40 ans – soit le quart de la population et le quart de la population active⁶

1/2

des femmes ne se sentent pas préparées à la pérимénopause et à la ménopause⁷

**40 %
environ**

de la vie d'une femme est passée en ménopause – pourtant, la ménopause a reçu moins de 3 % de toutes les subventions de recherche des IRSC destinées aux femmes, tandis que la grossesse (environ 1 % de la durée de vie d'une femme) en reçoit plus de 30 %⁸.

**3,5
milliards
de dollars**

Coût annuel estimé pour l'économie canadienne de la perte de productivité et de revenu liée à la ménopause⁹

**1/10
environ**

des femmes réduiront leurs horaires, assumeront un rôle moins important ou quitteront le marché du travail en raison de symptômes de ménopause non maîtrisés¹⁰

**37
milliards
de dollars**

Augmentation annuelle potentielle du PIB canadien d'ici 2040 en comblant l'écart en matière de santé des femmes¹¹

**7 %
environ**

Part du financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) axée sur les femmes – sans évolution depuis 15 ans¹²

Arguments en faveur d'un cadre national pour la santé des femmes au Canada

Projet de loi S-243 : une loi visant à établir un cadre national pour la santé des femmes au Canada; elle imposerait la toute première obligation juridique de faire progresser la santé des femmes. La ministre de la Santé aurait l'obligation d'élaborer une stratégie nationale en matière de santé des femmes, en consultation avec les provinces et les intervenants pertinents. Nous demandons aux dirigeants fédéraux d'adopter le projet de loi S-243 et de veiller à ce que les soins liés à la ménopause soient pleinement intégrés à la stratégie.



Les sept priorités en matière de politiques

Le Programme de la politique sur la ménopause pour le Canada demande au gouvernement de prendre les mesures suivantes :

- 1 Former les professionnels de la santé :**
Rendre obligatoire la formation sur la ménopause pour tous les médecins et toutes les infirmières praticiennes
- 2 Combler les disparités :**
Assurer un accès équitable aux soins en ménopause pour tout le monde
- 3 Payer équitablement :**
Mettre en place une rémunération qui encourage les médecins à offrir des soins de qualité en ménopause
- 4 Élargir l'accès aux traitements :**
Rendre les médicaments pour la ménopause accessibles et abordables
- 5 Financer la science :**
Investir dans la recherche sur la ménopause
- 6 Appuyer les travailleuses :**
Renforcer l'économie en créant des milieux de travail qui tiennent compte de la ménopause
- 7 Mettre fin à la stigmatisation :**
Sensibiliser le public à la ménopause

Priorité

Former les professionnels de la santé :

rendre obligatoire la formation sur la ménopause pour tous les médecins et toutes les infirmières praticiennes

1

Les raisons de changer

Des millions de femmes au Canada peinent à accéder à des soins liés à la ménopause essentiels et fondés sur des données probantes. L'un des principaux obstacles est que de nombreux professionnels de la santé n'ont pas l'éducation, la formation et la confiance nécessaires pour offrir du soutien et un traitement. Il ne s'agit pas d'une lacune de ces professionnels eux-mêmes. Les médecins et les infirmières praticiennes du Canada sont déjà surchargés. Le problème est systémique : la ménopause est une étape de la vie universelle, qui touche la moitié de la population, mais elle demeure en grande partie absente de l'éducation médicale, ce qui oblige de nombreux professionnels de la santé à se fier à des renseignements obsolètes. La majorité des soins liés à la ménopause doivent être prodigués au niveau des soins primaires; seuls les cas plus complexes sont orientés vers des spécialistes, dont les listes d'attente sont longues à l'heure actuelle. Le Canada doit renforcer ses capacités cliniques en matière de soins liés à la ménopause dans les domaines de la médecine familiale, de la gynécologie et des spécialités connexes.

Appels à l'action

- Exiger une formation normalisée sur la ménopause dans tous les programmes des facultés de médecine et de sciences infirmières – comme compétence centrale, et non comme option. Intégrer l'éducation sur la ménopause dans toutes les spécialités, notamment la médecine familiale, la médecine interne, la cardiologie, l'endocrinologie, la psychiatrie, la neurologie, la rhumatologie et la gynécologie, pour refléter le fait que cette transition affecte le corps entier.
- Veiller à ce que l'éducation sur la ménopause couvre l'ensemble des expériences de la ménopause, y compris la ménopause prématurée, précoce et chirurgicale, et ses liens documentés avec la santé osseuse, cardiovasculaire, cérébrale, urinaire et sexuelle.
- Exiger des crédits de formation médicale continue (FMC) en soins liés à la ménopause pour les médecins praticiens et les infirmières praticiennes afin de s'assurer que les connaissances suivent les évolutions de la recherche.
- Établir une norme nationale de qualité pour les soins liés à la ménopause.
- Financer des programmes de bourses de recherche et des centres d'excellence clinique sur la ménopause pour étoffer l'offre de spécialistes dont le Canada a un urgent besoin.
- Soutenir les ressources sur la ménopause et les formations à la sécurité culturelle fondées sur les distinctions et dirigées par des Autochtones.
- Soutenir la formation sur les soins inclusifs, qui comprenne l'expérience des Noirs, des personnes racisées, des nouveaux arrivants au Canada, des personnes de genres divers et d'autres communautés qui méritent l'équité.

Priorité

1 2 3 4 5 6 7

Former les professionnels de la santé

Données et preuves clés

- Il n'existe pas de programme d'études normalisé sur la ménopause pour les professionnels de la santé au Canada.
- De nombreux diplômés canadiens en médecine disent être mal à l'aise lorsqu'il s'agit de prendre en charge la ménopause^{13, 14, 15}.
- Les fournisseurs de soins primaires n'ont pas de formation obligatoire en gynécologie¹⁶.
- Seules 25 % des femmes indiquent que leur fournisseur de soins de santé a abordé la ménopause avec elles de façon proactive¹⁷.
- Pour 75 % des femmes qui évoquent d'elles-mêmes la ménopause, la conversation n'était pas utile ou n'était que moyennement utile¹⁸.
- 40 % des femmes ont l'impression que leurs symptômes n'étaient pas suffisamment traités par leur professionnel de la santé¹⁹.
- Dans le cadre d'une étude menée auprès de patientes orientées vers des cliniques spécialisées en ménopause au Canada, 29,8 % des patientes interrogées n'ont pas reçu de traitement en soins primaires avant l'orientation et 89 % ont déclaré avoir dû porter elles-mêmes leurs symptômes de ménopause à l'attention de leur fournisseur de soins primaires²⁰.
- Parmi les 529 participantes orientées vers une clinique spécialisée en ménopause en Ontario, 74 % ont signalé une sécheresse vaginale, mais 90 % d'entre elles n'avaient pas reçu d'hormonothérapie vaginale locale – le traitement de référence pour le syndrome génito-urinaire de la ménopause – avant d'être orientées²¹.
- Les longues attentes pour les soins spécialisés en gynécologie sont associées à une augmentation du fardeau des symptômes et à une altération de la qualité de vie, en particulier chez les patientes en attente de soins liés à la ménopause²².



Leadership International

Le Congrès des États-Unis a présenté la loi Menopause Education for Medical Students Act pour renforcer la formation sur la ménopause dans les facultés de médecine et mieux préparer les futurs médecins à prendre soin des femmes dans toutes les spécialités. Cette loi exigerait que toutes les facultés de médecine recevant un financement fédéral incluent la formation sur la ménopause dans leur programme d'études²³.



Former les professionnels de la santé

« Les femmes sont régulièrement mal diagnostiquées, ignorées ou laissées sans traitement pendant l'une des transitions les plus importantes de leur vie – non pas parce que la science fait défaut, mais parce que la ménopause a été systématiquement exclue de l'éducation médicale. Un programme d'études normalisé et fondé sur des données probantes n'est pas un ajout facultatif. C'est le fondement de soins compétents pour la moitié de la population. »



Dr^e Wendy Wolfman

Avancées positives

Santé Ontario a publié *Ménopause : Soins aux femmes et aux personnes de genres divers* – une norme de qualité qui fournit des conseils clairs et fondés sur des données probantes pour les cliniciens, les organismes de santé et les patients de toute la province²⁴.

Les Services de santé de l'Alberta ont élaboré une voie provinciale de soins primaires pour la ménopause et la périménopause – conçue conjointement par des fournisseurs de soins primaires, des spécialistes et des patients conseillers – afin de fournir aux médecins de famille de première ligne une feuille de route clinique pratique pour le diagnostic, la prise en charge et l'orientation²⁵.

La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique a annoncé qu'elle lancera une unité d'enseignement sur la ménopause destinée aux étudiants en médecine; ce sera l'une des premières facultés de médecine du Canada à le faire²⁶.

Le Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto élabore un nouveau programme d'études complet sur la santé des femmes d'âge mûr axé sur la ménopause, à l'intention des résidents en médecine familiale, et élargit les possibilités de perfectionnement professionnel continu pour les médecins en exercice²⁷.



Témoignage

« Mon parcours de ménopause a été frustrant et décourageant. Il m'a fallu près d'un an pour trouver un médecin qui m'écoutait vraiment. J'ai vu quatre médecins différents, même un gynécologue, qui ont rejeté mes symptômes...Puis, j'ai trouvé la perle rare, un médecin à Calgary qui a enfin eu une vraie conversation avec moi, qui a reconnu mes difficultés et qui m'a prescrit un traitement hormonal substitutif (THS)²⁸. Cela a changé ma vie. Mon énergie est revenue, mes symptômes se sont atténués et je me suis de nouveau sentie moi-même. Les soins appropriés peuvent transformer des vies – j'en suis la preuve vivante. »

Tara

« Les femmes ont du mal à s'y retrouver dans ce parcours à l'aveuglette, car peu de médecins ont reçu une formation adéquate sur la ménopause. Pour les femmes qui vivent la ménopause différemment de la plupart des autres – pour moi, j'étais au tout début de la trentaine – il est encore plus difficile de trouver des soins. J'ai eu la chance d'être orientée vers un spécialiste de la ménopause, mais cela m'a pris un an avant d'être vue. Les femmes ne devraient pas avoir à attendre pour recevoir des soins bien informés pour leur ménopause, car elle peut avoir une incidence sur tous les aspects de notre santé. Nous devrions préconiser une formation sur la ménopause pour tous les professionnels de la santé. »

Luisa

Priorité

Comblar les disparités :

assurer un accès équitable aux soins
en ménopause pour tout le monde

2

Les raisons de changer

Le manque de professionnels de la santé bien informés, les longs temps d'attente des spécialistes de la ménopause et la faible compréhension de la ménopause font que l'accès aux soins est difficile – une difficulté qui ne touche pas tout le monde de manière égale. La géographie et les parcours de soins fragmentés créent des obstacles qui touchent de façon disproportionnée les femmes dans les communautés rurales et éloignées. Ces lacunes sont encore plus marquées pour les femmes autochtones, les femmes noires et racisées, les nouvelles arrivantes, les personnes de genres divers, personnes handicapées, les personnes mal logées et les personnes à faible revenu^{29, 30, 31}.

La difficulté d'accès à des fournisseurs de soins liés à la ménopause qualifiés a entraîné une croissance spectaculaire des solutions à but lucratif en matière de ménopause. Les cliniques privées sont un symptôme de cette carence, et non le succédané qui y remédiera. L'accès d'une personne à des soins liés à la ménopause sécuritaires et fondés sur des données probantes ne devrait jamais dépendre de sa capacité de payer. Il s'agit de soins essentiels qui devraient être universellement accessibles.

Appels à l'action

- Financer des cliniques spécialisées en ménopause dans chaque province et territoire pour répondre à des besoins de soins complexes.
- Renforcer et financer l'élargissement de l'accès aux soins virtuels fondés sur des données probantes, y compris la télémédecine et les services communautaires culturellement sécuritaires, en particulier pour les collectivités rurales, nordiques et éloignées. Améliorer la connectivité là où c'est nécessaire.
- Améliorer l'accès aux soins de la ménopause dirigés par une infirmière praticienne : mettre à jour les lois et les modèles de financement des provinces et des territoires pour les harmoniser avec la politique de 2025 sur les services de la Loi canadienne sur la santé et éliminer les obstacles aux soins des infirmières praticiennes financés par le secteur public.
- Rendre obligatoire un bilan de santé à mi-vie axé sur la ménopause, créant ainsi un point d'entrée constant dans le système de santé afin qu'un plus grand nombre de femmes soient évaluées, diagnostiquées et reliées aux soins.
- Financer la création de matériel factuel à l'intention des patients qui couvre l'ensemble des expériences de ménopause, y compris la ménopause précoce et chirurgicale, ainsi que les différences raciales et ethniques.

Priorité

1 2 3 4 5 6 7

Comblar les disparités

Données et preuves clés

- Au Canada, 5,4 millions d'adultes (17 %) n'ont pas de professionnel de la santé habituel, les communautés rurales et éloignées étant les plus concernées³².
- Il a été démontré que la télémédecine offre des niveaux élevés de satisfaction des patients et qu'elle est un moyen efficace de prodiguer des soins liés à la ménopause³³.
- 43,5 % des femmes demandent de l'aide auprès d'autres sources, comme les naturopathes, et paient en moyenne 900 \$ de leur poche chaque année en raison d'un accès inadéquat³⁴.
- Moins d'une femme sur quatre dit connaître les signes et les symptômes de la ménopause³⁵.
- Une faible connectivité et des difficultés vis-à-vis du numérique rendent les soins virtuels inaccessibles pour de nombreuses communautés éloignées et du Nord³⁶.



Leadership International

En Australie, la Nouvelle-Galles du Sud exploite un centre de santé virtuel offrant des téléconsultations pour les femmes présentant des symptômes complexes de ménopause dans les districts régionaux et éloignés³⁷.

Partout en Australie, les femmes peuvent avoir accès à des soins et à un soutien en matière de ménopause et de périménopause dans 33 cliniques spécialisées en endocrinologie et en douleur pelvienne. Il y a au moins une clinique spécialisée en endocrinologie et en douleur pelvienne dans chaque État et territoire, qui opère au sein d'un cabinet général existant, afin que les soins restent proches des patientes et reliés aux communautés locales³⁸.

Le Royaume-Uni a rendu obligatoire l'éducation des femmes sur la ménopause dans le cadre des NHS Health Checks, des visites préventives pour les personnes âgées de 40 à 74 ans, en intégrant des renseignements normalisés aux soins de routine³⁹.



Comblent les disparités

« Pour les communautés rurales et éloignées du Canada où le manque de services spécialisés est criant, les plateformes de soins virtuels sont une solution transformatrice. Ces services comblent une importante lacune en matière d'accès, offrant des soins spécialisés en temps opportun et réduisant le fardeau prohibitif des déplacements et des coûts pour les patients. Des soins virtuels robustes et financés par le secteur public sont une stratégie essentielle et rentable pour offrir à chaque personne au Canada des soins équitables en matière de ménopause. »



Dr^e Sheila Wijayasinghe

« Les données probantes montrent de plus en plus que, pour les patients correctement sélectionnés, les soins virtuels ne sont pas un compromis : ils peuvent être aussi efficaces et sécuritaires que les soins en personne, tout en préservant les ressources de santé en personne pour les patients qui en ont le plus besoin. »



Dr^e Lindsay Shirreff

Avancées positives

L'Hôpital Mount Sinai de Toronto va ouvrir une plateforme dédiée à la recherche, à l'éducation et aux soins en matière de ménopause, en plus de son actuelle clinique spécialisée en ménopause, qui a une liste d'attente de 18 mois⁴⁰.

L'Hôpital pour femmes de Colombie-Britannique a ouvert une clinique pour la ménopause complexe, offrant des soins spécialisés, en personne et virtuellement, aux patientes présentant des symptômes complexes⁴¹.

La Nouvelle-Écosse a engagé 4 millions de dollars pour l'ouverture d'un centre d'excellence sur la ménopause d'ici 2027⁴².

Le gouvernement du Manitoba a annoncé la création, pour 5,2 millions de dollars d'une clinique provinciale spécialisée en ménopause qui doit ouvrir ses portes en 2027⁴³.



Témoignage

« Je vis en Colombie-Britannique; depuis que mon médecin de famille a pris sa retraite l'an dernier, je n'ai plus de prestataire de soins. Dans notre ville, la dernière clinique sans rendez-vous a fermé cet hiver. Je suis seule dans mon parcours. »

Jennifer

« Je fais partie de ces femmes qui ont eu beaucoup de difficulté à fonctionner et à conserver un emploi. Je suis heureuse de pouvoir dire que c'est derrière moi, maintenant que j'ai le bon schéma de THS. J'ai dû me rendre dans une clinique privée spécialisée en ménopause et payer de ma poche... Pourquoi est-ce que des soins en ménopause compétents ne sont pas disponibles dans notre système de santé normal? Pourquoi devons-nous payer de notre poche pour ces services essentiels? »

Leslie

Priorité

Payer équitablement :

mettre en place une rémunération qui encourage les médecins à offrir des soins de qualité en ménopause

3

Les raisons de changer

Même lorsque les connaissances cliniques sont présentes, les obstacles financiers et structurels empêchent les médecins de fournir des soins de qualité en matière de ménopause. Les consultations complètes sur la ménopause nécessitent plus de temps pour évaluer des symptômes souvent étendus, discuter des options de traitement et élaborer des plans de soins personnalisés. Pourtant, les barèmes d'honoraires actuels ne rémunèrent pas adéquatement les médecins pour ces visites plus longues et plus complexes⁴⁴. Le système dissuade donc de fournir les soins dont les femmes ont besoin. Les structures de visites de courte durée signifient souvent que seul le symptôme le plus urgent est abordé, ce qui fait que le tableau plus large de la santé à mi-vie n'est pas examiné.

Le problème ne se limite pas aux soins primaires. La chirurgie gynécologique est moins rémunérée que les interventions comparables dans d'autres spécialités⁴⁵, ce qui éloigne les nouveaux diplômés de la spécialité dont les cas de ménopause complexe ont besoin.

Appels à l'action

- Créer des codes de facturation spécifiques à la ménopause dans toutes les provinces et tous les territoires, reflétant la complexité et le temps supplémentaire requis pour une évaluation complète et la planification des soins.
- Veiller à ce que les consultations sur la ménopause soient adéquatement rémunérées sur les plateformes de soins virtuels, en reconnaissant les soins virtuels comme une modalité efficace et essentielle.
- Adapter la rémunération des obstétriciens-gynécologues pour une juste valorisation des soins gynécologiques, afin d'augmenter la capacité des spécialistes de la ménopause à répondre à des besoins plus complexes en matière de soins.

Payer équitablement

Données et preuves clés

Codes de facturation des soins primaires

- Bien que les visites de ménopause puissent être facturées selon les codes d'évaluation générale, la plupart des provinces n'ont pas de codes de facturation spécifiques qui reconnaissent le temps plus long requis pour les soins complets liés à la ménopause, contrairement aux codes en fonction du temps qui existent pour les soins complexes comparables comme la toxicomanie et la santé mentale.

Soins virtuels

- Les cadres de facturation pour les soins virtuels demeurent incohérents entre les diverses provinces et territoires et, dans certaines provinces, sont plus faibles ou plus restreints que les soins en personne⁴⁶. Les médecins ne sont pas adéquatement remboursés pour les soins virtuels dont les patientes ménopausées ont besoin⁴⁷, comme les messages de suivi, l'examen des ordonnances et la surveillance des symptômes entre les rendez-vous. Les patientes des communautés rurales et éloignées qui bénéficieraient d'un accès virtuel n'ont pas accès à un parcours de soins viable financé par le gouvernement.

Écart de rémunération dans la spécialité de la gynécologie

- Partout au Canada, les interventions liées à la santé reproductive des femmes, en particulier les interventions chirurgicales gynécologiques, sont sous-payées par rapport aux interventions de complexité similaire dans d'autres spécialités chirurgicales⁴⁸. Cet écart concerne pratiquement toutes les provinces et tous les territoires⁴⁹ et éloigne les nouveaux diplômés de la gynécologie, la spécialité souvent requise pour traiter des cas plus complexes de ménopause.



Leadership International

À la suite d'une enquête parlementaire sur la ménopause, l'Australie a engagé une enveloppe de 573 millions de dollars pour la santé, appuyée par des changements structurels. Canberra a mis en place de nouveaux éléments de remboursement de Medicare pour les consultations sur la ménopause, permettant pour la première fois aux médecins d'avoir une voie de facturation dédiée pour les soins liés à la ménopause⁵⁰.

Payer équitablement

« Le modèle actuel de rémunération à l'acte ne soutient pas adéquatement les soins complets de la ménopause. La ménopause n'est pas une maladie à symptôme unique – nous évaluons et gérons souvent de multiples domaines de la santé liés entre eux, y compris les symptômes vasomoteurs, le sommeil, l'humeur, la santé vaginale et urinaire, la santé osseuse, le risque cardiovasculaire et la santé sexuelle. Chacun mérite une évaluation réfléchie, et chacun peut influencer les autres.

Tout comme notre système de santé reconnaît la grossesse et les soins post-partum avec des codes de facturation dédiés, la ménopause mérite une reconnaissance semblable en tant que stade distinct et complexe de la santé des femmes. Des codes de facturation dédiés à la ménopause, ainsi qu'une rémunération en fonction du temps, permettraient aux médecins de fournir les soins complets et fondés sur des données probantes dont les femmes ont besoin et qu'elles méritent. »



D^{re} Shafeena Premji

Avancées positives

Le Manitoba a mis en place un code d'honoraires dédié à l'évaluation de la santé des femmes d'âge mûr, reconnaissant la complexité des discussions sur les symptômes de périménopause et de ménopause et le temps qu'elles requièrent⁵¹.



Témoignage

« Depuis plus de cinq ans, je discute avec des médecins pour obtenir des explications sur mes symptômes. Bouffées de chaleur, règles irrégulières, insomnie, douleurs musculaires et articulaires, sautes d'humeur, manque d'énergie, gain de poids, hypertension artérielle, absence de libido... Chaque docteur minimise mes symptômes. Maintenant, à 49 ans et officiellement en ménopause, ma demande de THS est traitée comme si j'avais demandé des opioïdes pour m'amuser... Quelqu'un a-t-il la clé de cette porte apparemment verrouillée pour traverser le monde de la ménopause et le labyrinthe qu'est notre système archaïque de soins de santé pour les femmes? »

Mel

Priorité

Élargir l'accès aux traitements :

rendre les médicaments pour la ménopause accessibles et abordables

4

Les raisons de changer

Des traitements sûrs et efficaces des symptômes de ménopause existent. Le problème, c'est l'accès. Le remboursement du traitement hormonal de la ménopause (THM), des options non hormonales et des traitements connexes varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. En conséquence, de nombreuses personnes n'ont pas accès à une option abordable ou optimale, en fonction de leur lieu de résidence ou de ce que couvre leur régime privé, si elles en ont un.

Les obstacles vont au-delà des écarts de couverture. Certains des traitements les plus efficaces sont confrontés à des obstacles réglementaires et concernant la monographie. Les produits vaginaux contenant de l'œstrogène continuent d'être accompagnés de mises en garde encadrées obsolètes qui découragent la prescription et l'utilisation, malgré des preuves flagrantes de leur innocuité. La testostérone présente un défi différent : bien qu'elle soit utile pour traiter des symptômes particuliers chez certaines femmes, le Canada n'a pas de produit à base de testostérone dont la formulation ou le dosage convient aux femmes. La seule option régulée est une préparation à dose masculine que les femmes doivent ajuster elles-mêmes, ce qui est une solution de contournement imprécise et non conforme à la monographie.

De plus, alors que la gamme de traitements de la ménopause disponibles s'est élargie, y compris les nouvelles options hormonales et non hormonales qui offrent aux femmes plus de choix et une meilleure tolérabilité, la couverture publique et privée n'a pas suivi. Trop de femmes se voient prescrire des traitements plus anciens et moins appropriés, non pas parce qu'ils sont la meilleure option, mais parce qu'ils sont les seuls couverts par leur régime. En conséquence, les survivantes du cancer et d'autres personnes qui ne peuvent pas utiliser de THM n'ont pas accès à des traitements non hormonaux plus récents. Pour celles qui présentent une insuffisance ovarienne prématurée, l'hormonothérapie n'est pas un soulagement facultatif des symptômes – il s'agit d'un véritable remplacement qui protège leur santé cardiovasculaire, osseuse et cérébrale à long terme – mais les lacunes en matière de couverture mettent, une fois encore, ce traitement en péril.

Même lorsque le bon traitement est déterminé, il peut falloir des mois aux femmes pour commencer, renouveler ou ajuster quelque chose d'aussi commun que l'œstrogène vaginal. Les pharmaciens, souvent le point de service le plus accessible, demeurent un élément de solution sous-utilisé.

Appels à l'action

- Ajouter les médicaments courants contre la ménopause, y compris l'œstrogène transdermique, à toutes les listes provinciales de médicaments remboursés.
- Inclure les médicaments contre la ménopause comme élément de base de toute expansion nationale de l'assurance-médicaments.
- Supprimer les mises en garde encadrées obsolètes des œstrogènes vaginaux – il s'agit d'obstacles qui contredisent les données probantes actuelles et limitent le traitement des symptômes génito-urinaires.
- Élargir le champ de pratique des pharmaciens s'agissant de prescrire des œstrogènes vaginaux locaux en cas de symptômes génito-urinaires et de remplacer les traitements hormonaux de la ménopause par un produit équivalent lorsque le médicament prescrit n'est pas disponible.
- Accélérer les processus d'approbation de Santé Canada pour les nouveaux médicaments traitant la ménopause en utilisant la voie rapide existante, pour mettre fin aux retards inutiles dans l'accès.
- Accorder la priorité à l'approbation d'un produit à base de testostérone dont la dose est adaptée aux femmes, afin de répondre à un important besoin clinique non comblé.

Élargir l'accès aux traitements

Données et preuves clés

- Les médicaments d'ordonnance sont couverts par un ensemble disparate de régimes publics (42 %), d'assureurs privés (35 %) et de paiements directs (19 %) – ce qui signifie que 1 Canadien sur 5 paie lui-même entièrement ses médicaments⁵².
- L'accès au traitement hormonal de la ménopause dans les listes de médicaments des régimes publics n'est pas uniforme d'une province ou d'un territoire à l'autre⁵³.
- Aucun produit à base de testostérone à dose féminine n'est approuvé au Canada, malgré un besoin clinique⁵⁴.
- Un encadré contenant les mises en garde et les précautions importantes indique les risques cliniquement importants ou graves (c.-à-d. mettant la vie en danger) liés à l'innocuité associés à la prise d'un médicament⁵⁵. La Société canadienne de ménopause s'est réjouie du retrait par la FDA de cet encadré dans la monographie du traitement hormonal de la ménopause⁵⁶.



Leadership International

En 2025, la FDA des États-Unis a annoncé qu'elle retirerait les encadrés de mise en garde sur les produits hormonaux pour le traitement des symptômes de la ménopause, concluant qu'ils étaient obsolètes et non étayés par les données probantes actuelles⁵⁷.

Au Royaume-Uni, deux produits à base d'œstrogènes vaginaux (un comprimé et une crème) peuvent être achetés en vente libre sans ordonnance⁵⁸.

L'Irlande fournit gratuitement un THM en première intention à toutes les femmes qui en ont besoin, avec un investissement public annuel de 20 millions d'euros⁵⁹.

La Nouvelle-Zélande a éliminé les obstacles liés au coût de l'hormonothérapie par l'intermédiaire de Pharmac, l'organisme national qui finance les médicaments pour tous les Néo-Zélandais. Pharmac finance un éventail de préparations hormonales, y compris l'œstrogène en gel, en comprimés et timbres, ainsi que la progestérone^{60, 61}.



Élargir l'accès aux traitements

« L'encadré d'avertissement sur l'œstrogène vaginal dissuade depuis longtemps les patientes et les cliniciens d'employer un traitement sûr et efficace, ce qui fait que d'innombrables femmes continuent de souffrir inutilement du syndrome génito-urinaire de la ménopause. La FDA a retiré cette mise en garde obsolète en février 2026. Santé Canada doit agir avec la même urgence. »



Dr^e Kelsey Mills

« Malgré leur efficacité reconnue, les traitements de la ménopause approuvés par Santé Canada ne sont pas systématiquement couverts par tous les régimes provinciaux, ce qui crée une loterie par code postal pour ces soins essentiels. Cela force de nombreuses femmes à payer de leur poche ou à utiliser des solutions de rechange moins appropriées, mettant ainsi à mal la médecine fondée sur des données probantes. Rendre obligatoire l'inclusion des traitements approuvés par Santé Canada sur toutes les listes provinciales est une exigence fondamentale pour une prise en charge équitable et optimale de la ménopause à l'échelle nationale. »



Dr^e Debra Evaniuk

Avancées positives

Le Québec a supprimé les critères restrictifs qui limitaient la couverture par le régime public d'assurance-médicaments aux femmes présentant des facteurs de risque particuliers, ce qui a ouvert l'accès au gel d'œstradiol transdermique et à la progestérone micronisée⁶².

La Colombie-Britannique rembourse le traitement hormonal de la ménopause courant dans le cadre de l'entente fédérale sur l'assurance médicaments, y compris l'œstrogène transdermique, l'œstrogène vaginal et la progestérone micronisée⁶³. Le programme des services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit couvrent une gamme similaire de traitements pour les Premières Nations et les Inuits⁶⁴. Le Manitoba rembourse ces mêmes médicaments, mais impose des restrictions sur l'accès à l'œstrogène transdermique⁶⁵.



Témoignage

« Le traitement de la ménopause sauve des vies, et les décideurs doivent le comprendre. Il s'agit de votre sœur, de votre fille, de votre mère, de votre grand-mère... En offrant gratuitement un traitement hormonal de la ménopause aux femmes, vous pourriez sauver leur vie. »

Suzanne

Priorité

Financer la science :

investir dans la recherche sur la ménopause

5

Les raisons de changer

Les femmes représentent plus de la moitié de la population canadienne et près de la moitié de la population active. Pourtant, la science qui sous-tend leur santé pendant la ménopause souffre d'un sous-financement chronique. Une analyse évaluée par des pairs de 2025 portant sur 15 ans de financement des IRSC (de 2009 à 2023) a révélé que la recherche axée sur les femmes est demeurée stable à environ 7 % des demandes de subventions financées, la majorité d'entre elles étant consacrées à la recherche sur le cancer, tandis que la ménopause, la santé cardiovasculaire, la santé osseuse et le vieillissement en santé recevaient une attention minime⁶⁶.

Même dans ce bassin de financement restreint, les priorités sont asymétriques : la grossesse, qui occupe environ 1 % de la durée de vie d'une femme, a reçu plus de 30 % du financement (le montant le plus important), tandis que la ménopause, qui couvre près de 40 % de la vie d'une femme, en a reçu moins de 3 %⁶⁷. Cela reflète une priorisation systémique de la capacité de procréer par rapport aux expériences de santé générales qui façonnent la vie des femmes.

Cette lacune dans la recherche a des conséquences réelles. Les professionnels de la santé et les décideurs ne disposent pas des données nécessaires pour soutenir les femmes dans les transitions de mi-vie qui ont des répercussions à long terme sur leur santé cardiaque, osseuse et cérébrale.

Le Canada prend déjà des mesures pour renforcer sa capacité de recherche, notamment par une initiative de 1,7 milliard de dollars visant à attirer plus de 1 000 chercheurs internationaux et expatriés de premier plan. Parmi la première cohorte, 48 des 64 recrues les plus expérimentées provenaient d'établissements américains^{68, 69}. Cela crée une occasion opportune de veiller à ce que la santé des femmes, y compris les principales lacunes en matière de données probantes qui touchent les femmes en milieu de vie, soit une priorité délibérée dans le programme de recherche du Canada plus généralement.

Le Canada devrait saisir cette occasion pour jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de la base de données probantes dont les femmes, les cliniciens et les décideurs ont urgemment besoin.

Appels à l'action

- Établir des flux de financement dédiés à la recherche sur la ménopause par l'intermédiaire des IRSC, avec des appels réguliers pour des propositions de recherche sur la ménopause qui vont au-delà de la biologie de la reproduction.
- Augmenter considérablement l'investissement dans le cadre de l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes pour correspondre à l'ampleur des besoins et combler l'écart par rapport aux engagements internationaux comparables.
- Accroître la recherche pour comprendre les répercussions de la ménopause dans les groupes sous-représentés comme les femmes autochtones et racisées.

Priorité

1 2 3 4 **5** 6 7

Financer la science

Données et preuves clés

- Les femmes passent jusqu'à 24 % plus de temps en mauvaise santé que les hommes, mais les investissements dans la recherche ne reflètent pas cette réalité⁷⁰.
- Les femmes passent environ 40 % de leur vie en ménopause, mais seuls 19 des 10 629 résumés de subventions des IRSC sur 15 ans mentionnent la ménopause, soit seulement 0,18 %⁷¹.
- Parmi les 7 % des subventions des IRSC qui sont axées sur la santé des femmes, le financement favorise la grossesse par rapport à tous les autres stades de la vie : la grossesse (seulement 1 % de la vie d'une femme) en reçoit plus de 30 %. La ménopause, qui couvre jusqu'à 40 % de la durée de vie d'une femme, en reçoit moins de 3 %⁷².



Leadership International

Aux États-Unis, le gouvernement de Joe Biden a entraîné près de 1 milliard de dollars vers le financement de la recherche sur la santé des femmes, la ménopause étant explicitement désignée comme une priorité, et a demandé au Congrès d'investir 12 milliards de dollars supplémentaires⁷³. Le gouvernement de Donald Trump qui l'a suivi avait dissous le conseil qui supervisait cette initiative, mais est revenu sur cette décision après un tollé public⁷⁴.

À la suite d'une enquête parlementaire, l'Australie s'est engagée à verser 53,6 millions de dollars par l'intermédiaire de son fonds national pour la recherche en santé spécifiquement pour la ménopause et la santé des femmes⁷⁵.



Financer la science

« L'absence d'une catégorie de financement distincte des IRSC pour la ménopause est une omission systémique qui force ce domaine de recherche essentiel à lutter pour obtenir des ressources dans des thèmes généraux et souvent peu cohérents. Cette absence d'une source dédiée masque la véritable ampleur du besoin d'investissement, étouffe le progrès scientifique et, en fin de compte, prive des millions de Canadiennes des bienfaits d'une innovation stratégique ciblée en santé. La mise en place d'une source de financement dédiée est un investissement nécessaire pour remédier aux répercussions généralisées de la ménopause sur la santé, la qualité de vie et la productivité économique nationale. »



Dr^e Alison Shea

« La recherche sur la ménopause est parmi les domaines qui présentent la meilleure rentabilité pour la science au Canada à l'heure actuelle. Une source de financement dédiée débloquerait une vague de nouvelles découvertes, améliorerait les résultats en matière de santé pour des millions de femmes et positionnerait le Canada comme chef de file mondial dans un domaine émergent de la médecine. »



Dr Radomir Jarcevic

Avancées positives

La Dr^e Liisa Galea, neuroscientifique financée par les IRSC au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et à l'Université de Toronto, est une pionnière dans la recherche sur la façon dont les changements hormonaux pendant la ménopause affectent le cerveau des femmes, y compris les liens avec le risque de démence. Son travail remet en question des décennies difficiles d'idées fausses et souligne le besoin d'approches de traitement hormonal personnalisées⁷⁶.

La Dr^e Jerilynn Prior, de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), a dirigé un essai comparatif à répartition aléatoire historique financé par les IRSC sur les traitements de la périménopause, et a fondé le Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research pour traduire les résultats directement en soins aux patients⁷⁷.



Témoignage

« J'ai essayé toutes les options de traitement de la ménopause disponibles et je n'ai trouvé aucun soulagement. On m'a dit que je fais partie des 5 % de femmes qui ne répondent pas à ce qui est actuellement disponible. Ma carrière a déraillé et j'ai l'impression d'avoir perdu une décennie de ma vie. Nous avons besoin de plus de recherches et d'options de traitement. Notre manque de connaissances pour quelque chose qui touche la moitié de la population est inacceptable. »

Patricia

Priorité

Appuyer les travailleuses :

renforcer l'économie en créant des milieux de travail qui tiennent compte de la ménopause

6

Les raisons de changer

Le Canada compte 5 millions de femmes de plus de 40 ans qui travaillent, soit le quart de la population active rémunérée. Les femmes de 45 à 55 ans, l'âge de la ménopause le plus fréquent, est le segment de femmes actives qui connaît la croissance la plus rapide. Les symptômes de ménopause non maîtrisés ont une incidence sur le travail des femmes : la perte s'élève chaque année à 540 000 jours de travail et 237 millions de dollars de productivité pour les employeurs canadiens⁷⁸.

Plus de 240 entreprises se sont jointes à la campagne Ménopause, au travail!^{MC} de la Fondation canadienne de la ménopause (FMC), déclarant leur engagement à soutenir les employées tout au long de cette étape de leur vie

Mais les progrès sont inégaux. Les petites organisations se retrouvent souvent sans ressources, outils ou conseils nécessaires pour créer des milieux inclusifs pour la ménopause au travail.

À une époque où le Canada se concentre sur la productivité et la croissance économique, le pays ne peut se permettre de perdre l'expérience, le leadership et la contribution économique de millions de femmes au plus fort de leur carrière et de leur vie professionnelle.

Appels à l'action

- Exiger des plans d'action inclusifs pour la ménopause au travail pour tous les employeurs comptant plus de 500 employés. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent donner l'exemple.
- Financer l'élargissement de la campagne Ménopause, au travail!^{MC} de la FMC afin de combler l'écart en matière d'éducation sur la ménopause pour un plus grand nombre d'employeurs et d'employés partout au Canada. Ce travail fournira aux employeurs des conseils, des trousseaux d'outils et des ressources de formation pour mettre en œuvre des politiques de soutien à la ménopause, éliminant ainsi les obstacles à l'action.
- Inclure la « ménopause » comme motif de discrimination désigné et interdit dans les lois fédérales, provinciales et territoriales sur les droits de la personne.
- Créer un guide de politique en vertu des lois fédérales, provinciales et territoriales applicables sur les droits de la personne, confirmant que les femmes ménopausées sont protégées contre la discrimination en raison de leur sexe, de leur âge et de leur handicap. Ce guide serait semblable au guide actuel de la Commission canadienne des droits de la personne intitulé *Grossesse, devenir parent et droits de la personne – Guide pour les milieux de travail sous réglementation fédérale*⁷⁹.

Appuyer les travailleuses

Données et preuves clés

- L'économie canadienne perd 3,5 milliards de dollars par an en raison de l'absentéisme et de la perte de revenus liés à la ménopause; les femmes en supportent l'essentiel, soit une perte de revenu personnel de 3,3 milliards de dollars⁸⁰.
- Chaque année, 540 000 jours de travail sont perdus au Canada en raison de symptômes de la ménopause non pris en charge, ce qui coûte 237 millions de dollars aux employeurs⁸¹.
- Une femme sur trois affirme que les symptômes liés à la ménopause ont eu des conséquences négatives sur son rendement au travail⁸².
- Deux femmes sur trois (67 %) ne se sentiraient pas à l'aise de parler de leurs symptômes à leur supérieur⁸³.
- Près de la moitié des femmes (48 %) seraient trop gênées pour demander de l'aide dans leur milieu de travail⁸⁴.
- Trois femmes sur dix craignent que leurs collègues les perçoivent comme étant faibles, vieilles ou dépassées⁸⁵.
- Au Canada, le taux d'emploi chute de 14 % chez les femmes de 45 à 59 ans, comparativement à 10 % chez les hommes⁸⁶.



Leadership International

Le Parlement du Royaume-Uni a mis en place des lignes directrices nationales pour le milieu de travail, qui comprennent obligatoirement des plans d'action sur la ménopause, un élargissement des droits au travail flexible, et a créé et des campagnes de sensibilisation à la ménopause^{87, 88, 89}.

En Écosse, NHS Scotland a mis en œuvre une politique normalisée sur la ménopause et la santé menstruelle pour plus de 140 000 employés⁹⁰.

La commission australienne de la fonction publique a publié des lignes directrices officielles enjoignant aux organismes du gouvernement fédéral de soutenir les employées présentant des symptômes de ménopause⁹¹.

Le Rhode Island a été le premier État des États-Unis à exiger explicitement des mesures d'adaptation au travail pour la ménopause, modifiant sa législation sur les pratiques équitables en matière d'emploi pour interdire la discrimination liée à la ménopause et exiger des employeurs qu'ils offrent des mesures d'adaptation raisonnables comme le contrôle de la température, la flexibilité des horaires et le télétravail⁹².



Appuyer les travailleuses

« Lorsque les symptômes de la ménopause ne sont pas pris en charge, ils peuvent devenir un obstacle à la réalisation du plein potentiel des femmes sur le marché du travail rémunéré. L'accès à des renseignements fondés sur des données probantes permettra aux femmes d'accéder aux soins et au soutien dont elles ont besoin. »



Dr^e Jeanne Bouteaud

« Le milieu de travail peut jouer un rôle important s'agissant de combler les lacunes en matière de connaissances sur la ménopause et de briser la stigmatisation entourant la ménopause au travail. J'aide des patientes au sommet de leur carrière qui ne veulent pas que leurs symptômes nuisent à leur réussite. »



Dr^e Michelle Jacobson

Avancées positives

Les principaux employeurs canadiens, dont la Sun Life, BMO et PwC Canada, se sont joints à la campagne Ménopause, au travail!^{MC} de la FCM⁹³. En 2025, 700 gestionnaires des ressources humaines et chefs d'entreprise ont participé à la première activité sur les pratiques exemplaires des employeurs organisée par la FCM, ce qui indique un niveau d'intérêt élevé parmi les employeurs canadiens⁹⁴.



Témoignage

« J'avais presque tous les symptômes de la ménopause et j'avais des difficultés personnelles et professionnelles. Après avoir fait des recherches et avoir rencontré mon gynécologue, j'ai commencé à prendre une THS, ce qui a eu de nombreux effets positifs. Je suis heureuse de m'être renseignée et de m'être défendue en ce qui concerne le traitement de la ménopause... Nous avons récemment élaboré une politique sur la ménopause en milieu de travail. J'ai l'impression que le fait d'être ouverte au sujet de mon expérience de la ménopause et de travailler pour une entreprise qui me soutient m'a permis de rester au travail et d'assumer un rôle encore plus important. »

Ashley

« En tant que chef des RH de nos bureaux canadiens, je suis enthousiaste à l'idée d'élaborer une stratégie pour la santé des femmes, et je commencerai en abordant tout ce qui concerne la ménopause (une première dans mon organisation à prédominance masculine). J'ai déjà téléchargé les ressources de la FCM et j'ai hâte de les consulter. »

Participante à la séance de Ménopause, au travail!^{MC} sur les pratiques exemplaires de l'employeur

Priorité

Mettre fin à la stigmatisation :

sensibiliser le public à la ménopause



Les raisons de changer

Bien que la ménopause soit une étape de vie universelle qui touche la moitié de la population, elle demeure mal comprise. Au Canada, une femme sur deux dit ne pas se sentir prête pour la ménopause, et moins d'une sur quatre dit en connaître les signes et les symptômes⁹⁵. Cette lacune en matière de connaissances peut retarder les soins et aggraver la stigmatisation, de sorte que des millions de femmes n'ont pas accès à un d'avoir accès à une fenêtre unique pour protéger leur santé et s'épanouir au travail pendant leurs années les plus rémunératrices.

Les attitudes âgistes et les stéréotypes négatifs au sujet de la ménopause ajoutent à la stigmatisation. Les femmes ménopausées sont au sommet de leur vie et apportent des contributions importantes à la société. Il est indispensable de changer le discours sur cette étape de la vie de façon réfléchie. C'est la base des mesures que le Canada doit prendre maintenant.

Appels à l'action

- Financer une campagne nationale de sensibilisation à la ménopause bilingue et fondée sur des données probantes, qui cible toutes les populations, par le biais d'une communication numérique, télévisée, radiophonique et communautaire, y compris des ressources multilingues pour les nouveaux arrivants.
- Intégrer une éducation sur la ménopause adaptée à l'âge dans les programmes scolaires sur la santé, de sorte que les générations futures comprennent cette étape de la vie dès le jeune âge.
- Élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les communications gouvernementales sur la ménopause qui remettent en question l'âgisme et la stigmatisation et garantissent un cadrage cohérent et précis concernant la ménopause.

Mettre fin à la stigmatisation

Données et preuves clés

- Une Canadienne sur deux ne se sent pas préparée à la périménopause et à la ménopause⁹⁶.
- Moins d'une femme sur quatre dit connaître les signes et les symptômes de la ménopause⁹⁷.
- Quatre femmes sur dix se sentent seules à cause de leur ménopause⁹⁸.
- Pour 54 % des Canadiennes, la ménopause apparaît encore comme sujet tabou⁹⁹.
- Les femmes d'une étude menée en Colombie-Britannique ont déclaré se sentir mal préparées, désorientées par des symptômes inattendus de la ménopause et non soutenues par les soins de santé et les milieux de travail¹⁰⁰.
- Un sondage national de 2026 a mis en évidence les principaux obstacles à l'accès aux soins de la ménopause : la croyance que les symptômes sont normaux et ne peuvent pas être traités (29 %), le fait de ne pas reconnaître les symptômes comme résultant d'une transition hormonale (26 %), l'incertitude quant à l'endroit où obtenir de l'aide (19 %) et le rejet des symptômes (21 %)¹⁰¹.



Leadership International

Le Royaume-Uni a lancé une campagne publique nationale et a intégré la ménopause dans les programmes scolaires¹⁰².

L'Australie a investi 12,8 millions de dollars dans une campagne nationale de sensibilisation¹⁰³.

L'Irlande a lancé sa première campagne nationale de sensibilisation à la ménopause en 2022¹⁰⁴.

L'Écosse a mené des campagnes ciblées sur les symptômes les moins connus, y compris les répercussions sur la santé mentale¹⁰⁵.



Priorité

1 2 3 4 5 6 7

Mettre fin à la stigmatisation

« Trop de femmes passent des années à errer d'un rendez-vous à l'autre avant que quiconque établisse un lien entre leurs symptômes et la ménopause. Ce retard n'est pas seulement frustrant, c'est aussi une occasion manquée de protéger leur santé à long terme. En comblant l'écart en matière de connaissances, nous donnons aux femmes la possibilité de défendre leurs intérêts et d'obtenir les bons soins plus tôt. »



Dr^e Omolayo Famuyide



Témoignage

« Un parcours sans éducation, sans ressources ou sans information peut être frustrant. C'est pourquoi vous devez devenir votre propre défenseur au Canada. Il y a un manque de sensibilisation à la ménopause et de professionnels formés pour soutenir les femmes. »

Michaela

« La ménopause n'est pas le signe d'un déclin. À ce stade, les femmes sont au plus haut de leur influence, de leur expérience et de leur contribution. Il est temps que notre compréhension de la ménopause en rende compte. »



Dr^e Natasha Deshwal





Le Canada doit être chef de file

Il est temps d'agir maintenant

La ménopause est négligée depuis trop longtemps. Le coût, mesuré en santé des femmes, en productivité des travailleuses et en souffrances évitables, est déjà énorme. Mais l'occasion qui s'offre à nous est plus grande encore.

Chacune des sept priorités du présent programme d'action est réalisable. Nos pairs internationaux commencent à faire des progrès.

Ce qu'il nous faut maintenant au Canada, c'est la volonté de passer de la sensibilisation à l'engagement, tant au niveau fédéral que dans chaque province et territoire.

**Les solutions sont à portée de main.
Il est maintenant temps d'agir.**

Références

1. Tout au long du présent document, le terme « ménopause » est utilisé de façon large pour désigner l'ensemble de la transition vers la ménopause, y compris la périménopause, la ménopause et la postménopause. De même, cette définition inclut la ménopause qui survient pour des raisons naturelles, chirurgicales (après une ovariectomie) ou médicamenteuses (p. ex., chimiothérapie ou endocrinothérapie causant une suppression ovarienne). De nombreuses femmes en sont à l'un ou l'autre stade de la ménopause pendant environ 40 % de leur vie, et celles qui entrent en ménopause de façon précoce ou prématurée sont ménopausées pendant la majorité de leur vie adulte. La ménopause touche les femmes et certaines personnes de genres divers.
2. Fondation canadienne de la ménopause. (2023). Ménopause et vie professionnelle au Canada [rapport]. <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
3. Bazeley, A., Marren, C. et Shepherd, A. (2022, avril). Menopause and the workplace. Fawcett Society. <https://www.fawcettsociety.org.uk/menopauseandtheworkplace>
4. Boparai, J. K., Canning, J., Chan, K. et Wijayasinghe, S. (2026). Recognizing ethnic and cultural variation in menopause care. *Canadian Family Physician*, 72(7-8), 446-448. <https://doi.org/10.46747/cfp.720708446>
5. Brotto, L. A., Dobrer, S., Adshade, M., Booth, A., Dewar, K., Gustafson, K., Hsieh, C. L., Prestley, N., Santana Parrilla, J., Smith, L., Weir, S., Yong, P. J. et Ogilvie, G. (2026). A cross-sectional cohort study of menopause-related symptoms in British Columbia. *Maturitas*, 207, 108874.
6. Statistique Canada. (n. d.). Caractéristiques de la population active selon le genre et le groupe d'âge détaillé, données annuelles (tableau 14-10-0327-01) [ensemble de données]. <https://doi.org/10.25318/1410032701-fra>
7. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). Silence et stigmatisation : La ménopause au Canada [Rapport]. <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
8. Gravelins, L. L., Splinter, T. F. L., Mohammad, A., Blankers, S. A., Desilets, G. L. et Galea, L. A. M. (2026). What gets funded shapes what we know: 15 years of Canadian women's health research. *Lancet Obstetrics, Gynaecology & Women's Health*. [https://doi.org/10.1016/S3050-5038\(26\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S3050-5038(26)00207-4)
9. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
10. Bazeley, A., Marren, C. et Shepherd, A. (2022, avril). <https://www.fawcettsociety.org.uk/menopauseandtheworkplace>
11. McKinsey Health Institute. (2025, octobre). Closing the women's health gap: Canada's \$37 billion opportunity. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-canadas-37-billion-dollars-opportunity>
12. Gravelins, L. L., Splinter, T. F. L., Mohammad, A., Blankers, S. A., Desilets, G. L. et Galea, L. A. M. (2025). Women's health research funding in Canada across 15 years suggests low funding levels with a narrow focus. *Biology of Sex Differences*. <https://doi.org/10.1186/s13293-025-00763-y>
13. Vancouver Division of Family Practice. (2024, octobre). Aging Women's Health Survey Report [rapport]. Vancouver Division of Family Practice.
14. Alberta Health Services. (2024). Provincial perimenopause and menopause primary care clinical pathway (p. 4). <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/aph/if-aph-prov-menopause-and-perimenopause-primary-care-pathway.pdf>
15. Société canadienne de ménopause (2024, 7 février). Mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes : Étude sur la santé des femmes – Soins liés à la ménopause au Canada [mémoire] Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA). <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR12899720/br-external/CanadianMenopauseSociety-f.pdf>
16. Palkhivala, A. (2026, 8 juillet). Lack of menopause care in Canada reflects systemic issues. *Medscape News Canada*. <https://www.medscape.com/viewarticle/lack-menopause-care-canada-reflects-systemic-issues-2026a1000n25>
17. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>

Références

18. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
19. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
20. Shea, A. (2026, 30 septembre). Gaps in menopause care: A multi-centre survey of patient experiences prior to specialist referral [résumé de présentation en conférence]. IMSRIO 2026 Scientific Program. <https://imsrio2026.com/scientific-program/>
21. Shea, A. K., Blake, J., Treleaven, K. et Hernandez-Galan, L. (2026). Treatment gaps in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 48(3), 103129. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2025.103129>
22. Gruber, A., Del Zotto, C. et Selk, A. (2026). The impact of wait times on quality of life in patients awaiting menopause or vulvar dermatology care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2026.103425>
23. U. S. House of Representatives. (2026). H. R. 9273 — Menopause Education for Medical Students Act. 119th Congress. <https://www.congress.gov/bill/119th-congress/house-bill/9273>
24. Santé Ontario. (2025, 1er octobre). Norme de qualité – Ménopause. <https://santeontario.ca/clinique/normes-de-qualite/qs-details?cf=menopause>
25. Alberta Health Services. (2026). Provincial perimenopause and menopause primary care clinical pathway. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/aph/if-aph-prov-menopause-and-perimenopause-primary-care-pathway.pdf>
26. University of British Columbia. (2025, novembre). A new chapter in women's health. UBC Magazine. <https://magazine.alumni.ubc.ca/2025/fall-2025/health-life/new-chapter-womens-health>
27. Temerty Faculty of Medicine, University of Toronto. (2026, 14 avril). Supporting women through every stage of life. <https://dfcm.utoronto.ca/news/supporting-women-through-every-stage-life>
28. La communauté médicale utilise maintenant le terme « traitement hormonal de la ménopause » plutôt que « traitement hormonal substitutif », car le traitement permet de maîtriser les symptômes plutôt que de « remplacer » complètement ce que l'organisme perd pendant la ménopause. Cette expression n'est utilisée que lorsqu'elle fait partie d'une citation directe d'une patiente.
29. Boparai, J. K., Canning, J., Chan, K. et Wijayasinghe, S. (2026). <https://doi.org/10.46747/cfp.720708446>
30. Casey, R. (2015). Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disability and Health Journal*, 8(2), 173-181. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.010>
31. Brotto, L. A., Dobrer, S., Adshade, M., Booth, A., Dewar, K., Gustafson, K., Hsieh, C. L., Prestley, N., Santana Parrilla, J., Smith, L., Weir, S., Yong, P. J. et Ogilvie, G. (2026). A cross-sectional cohort study of menopause-related symptoms in British Columbia. *Maturitas*, 207, 108874. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2026.108874>
32. Institut canadien d'information sur la santé. (2024). Accès aux soins primaires : de nombreux Canadiens connaissent des difficultés. <https://www.cihi.ca/fr/acces-aux-soins-primaires-et-virtuels-visites-a-lurgence-pour-des-conditions-propices-aux-soins/acces-aux-soins-primaires-de-nombreux-canadiens-connaissent-des>
33. Wright, E., Shaltout, O., Zokvic, M. A. et Shirreff, L. (2022). Delivery of menopause care during a pandemic: An evaluation of patient satisfaction with telephone visits. *Menopause*, 29(2), 184-188. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001906>
34. Women's Health Research Institute. (2024, 1er novembre). British Columbia's first-ever menopause study uncovers critical challenges for midlife women. CNW Group Ltd. <https://www.newswire.ca/news-releases/her-bc-health-and-economics-research-on-midlife-women-in-british-columbia-british-columbia-s-first-ever-menopause-study-uncovers-critical-challenges-for-midlife-women-849402822.html>
35. Fondation canadienne de la ménopause. (2022) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
36. Lai, J., Saleh-Singh, A. et Olisaekke, G. (2026). Implementing home-based digital health in rural Canada: A scoping review. *Frontiers in Digital Health*, 8, 1692548. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2026.1692548>

Références

37. New South Wales Government. (2025). New virtual health hub improving access to specialist menopause care. <https://www.nsw.gov.au/ministerial-releases/new-virtual-health-hub-improving-access-to-specialist-menopause-care>
38. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. (2026, 26 juin). Menopause care at all endometriosis clinics. <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-mark-butler-mp/media/menopause-care-at-all-endometriosis-clinics>
39. UK Government. (2024). Major NHS update brings menopause into routine health checks. Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/major-nhs-update-brings-menopause-into-routine-health-checks>
40. Sinai Health Foundation. (2025). Weston and O'Born Centre for Mature Women's Health. <https://sinaimaturewomenshealth.ca>
41. BC Government. (2025). BC Women's Hospital + Health Centre — Complex Menopause Clinic launch. <https://news.gov.bc.ca/releases/2025HLTH0066-000644>
42. Government of Nova Scotia. (2026). First phase of Menopause Centre of Excellence moves forward. <https://news.novascotia.ca/en/2026/02/18/first-phase-menopause-centre-excellence-moves-forward>
43. Manitoba Government. (2026, 20 avril). Manitoba Government to restore specialized care with new menopause clinic in South Winnipeg. <https://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=73477&posted=2026-04-20>
44. Palkhivala (2026) <https://www.medscape.com/viewarticle/lack-menopause-care-canada-reflects-systemic-issues-2026a1000n25>
45. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2024). Pourquoi les obstétriciennes-gynécologues canadiennes, pourtant majoritaires dans leur spécialité, sont-elles encore moins rémunérées que leurs collègues masculins? <https://www.sogc.org/fr/content/featured-news/Pourquoi-les-obstetriciennes-gynecologues-canadiennes-sont-elles-encore-moins-remunerees.aspx>
46. Fleury, C., Chu, C., Brual, J., Stamenova, V., Bhattacharyya, O. et Tadrous, M. (2023, 10 avril). Virtual care billing analysis. Canadian Network for Digital Health Evaluation, Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care. https://cdhe.wchvihv.ca/assets/themes/cdhe/PDFs/VirtualCareBillingReport_2023Apr10.pdf
47. Société canadienne de ménopause (2024) <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR12899720/br-external/CanadianMenopauseSociety-f.pdf>
48. Palkhivala (2026) <https://www.medscape.com/viewarticle/lack-menopause-care-canada-reflects-systemic-issues-2026a1000n25>
49. Leyland, N. A. et Abousifein, M. (2025). Systemic inequities in women's health: Provider pay gaps and the role of hospital operations on access to care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 47(9), Article 103080. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(25\)00326-3/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(25)00326-3/abstract)
50. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025, 16 juin). Medicare Benefits Schedule: Menopause and perimenopause health assessment services – Factsheet. MBS Online. <https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-Menopause+and+perimenopause+health+assessment+services>
51. Manitoba Health. (2026). Manitoba physician's manual (Mise à jour du 1er juillet 2026). Government of Manitoba.
52. Bonnett, C., Stafinski, T. et Trindade, E. (2022). Medicines pricing and reimbursement in Canada. *Journal of Hospital Pharmacy and Health Services*, 13(2), Article 811. <https://jhphs.org/sbrafh/article/view/811>
53. Calgary Journal. (2026, 6 avril). Canadian menopause care improving—but still depends on where you live. <https://calgaryjournal.ca/2026/04/06/canadian-menopause-care-improving-but-still-depends-on-where-you-live/>
54. Al-Imari, L. et Wolfman, W. L. (2012). The safety of testosterone therapy in women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(9), 859–865. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35385-3/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35385-3/fulltext)
55. Santé Canada. (2024, 23 décembre). Ligne directrice : Monographies de produit. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices/monographies-produit/ligne-directrice-monographies-produit.html>

Références

56. Société canadienne de ménopause (2025, 12 novembre). La Société canadienne de la ménopause se réjouit de la décision de la FDA de retirer l'avertissement « Black Box » de l'étiquette. <https://www.canadianmenopausesociety.org/news-events/news/Media-Release-French/>
57. U. S. Food and Drug Administration. (2025, 10 novembre). HHS advances women's health, removes misleading FDA warnings on hormone replacement therapy. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/hhs-advances-womens-health-removes-misleading-fda-warnings-hormone-replacement-therapy>
58. NHS. (n. d.). About vaginal oestrogen. <https://www.nhs.uk/medicines/hormone-replacement-therapy-hrt/vaginal-oestrogen/about-vaginal-oestrogen/>
59. Department of Health. (2025, 1er juin). Minister for Health launches free hormone replacement therapy (HRT) arrangement. Government of Ireland. <https://www.gov.ie/en/department-of-health/press-releases/minister-for-health-launches-free-hormone-replacement-therapy-hrt-arrangement/>
60. Pharmac. (2022, 15 septembre). Progesterone to be fully funded for all who need it. <https://www.pharmac.govt.nz/news-and-resources/news/2022-09-15-media-release-progesterone-to-be-fully-funded-for-all-who-need-it>
61. Pharmac. (n. d.). Patches. <https://www.pharmac.govt.nz/medicine-funding-and-supply/medicine-notice/patches>
62. Régie de l'assurance maladie du Québec. (2026, 1er avril). Mise à jour de la liste des médicaments [publication juridique]. Gouvernement du Québec. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/29631>
63. Government of British Columbia. (2026, mars). BC PharmaCare : National Pharmacare Plan (NP). <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/national-pharmacare>
64. Services aux Autochtones Canada. (n. d.). Programme des services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit : Guide sur les prestations pharmaceutiques. Gouvernement du Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576430557687/1576430636766>
65. Manitoba Health. (2025). Bulletin #140 : Manitoba Drug Benefits Formulary amendments (en vigueur le 15 avril 2025). Government of Manitoba. <https://www.gov.mb.ca/health/mdbif/bulletins.html>
66. Gravelins, L., Splinter, T. (2025). <https://doi.org/10.1186/s13293-025-00763-y>
67. Gravelins, L., Splinter, T. (2026). [https://doi.org/10.1016/S3050-5038\(26\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S3050-5038(26)00207-4)
68. Gouvernement du Canada. (2026, 27 août). Le gouvernement du Canada annonce les résultats de la première cohorte du Programme des chaires de recherche du Canada Eddie Goldenberg et du programme Leaders émergents Impact+ Canada. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/chaire-recherche/nouvelles/2026/08/le-gouvernement-du-canada-annonce-les-resultats-de-la-premiere-cohorte-du-programme-des-chaire-de-recherche-du-canada-eddie-goldenberg-et-du-progr.html>
69. The Canadian Press. (2026, 27 août). Canada recruits dozens of foreign scientists, researchers, poaching many from U.S. CityNews Vancouver. <https://vancouver.citynews.ca/2026/08/27/canada-recruits-dozens-of-foreign-scientists-researchers-poaching-many-from-u-s/>
70. McKinsey Health Institute. (2026). Closing the women's health gap: Canada's \$37 billion opportunity. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-canadas-37-billion-dollars-opportunity>
71. Gravelins, L., Splinter, T. (2026). [https://doi.org/10.1016/S3050-5038\(26\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S3050-5038(26)00207-4)
72. Gravelins, L., Splinter, T. (2026). [https://doi.org/10.1016/S3050-5038\(26\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S3050-5038(26)00207-4)
73. American Medical Women's Association. (2024, 12 décembre). AMWA leaders attend first White House Conference on Women's Health Research. <https://amwa-doc.org/news/amwa-leaders-attend-first-white-house-conference-on-womens-health-research/>
74. Women's Health Initiative. (2025). WHI funding announcement. WHI. <https://www.whi.org/md/news/whi-funding-announcement>
75. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2024). Federal Budget 2024: Women's health research. <https://ranzcog.edu.au/news/federal-budget-2024/>

Références

76. Centre for Addiction and Mental Health. (2025, 27 août). Hormone therapy delivery method may influence memory after menopause, new CAMH study finds. <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/hormone-therapy-delivery-method-may-influence-memory-after-menopause>
77. Instituts de recherche en santé du Canada. (2003). Cyclic progesterone therapy for perimenopause: A randomized controlled trial (Grant awarded to Dr. Jerilynn C. Prior). Base de données sur les décisions de financement des IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/38021.html>
78. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
79. Commission canadienne des droits de la personne. (2026). Grossesse, devenir parent et droits de la personne – Guide pour les milieux de travail sous réglementation fédérale. <https://www.ccdp-chrc.gc.ca/ressources/publications/grossesse-devenir-parent-et-droits-de-la-personne-guide-pour-les-milieus-de>
80. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
81. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
82. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
83. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
84. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
85. Fondation canadienne de la ménopause. (2023) <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/menopause-et-vie-professionnelle-au-canada/>
86. McKinsey Health Institute (2025) <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-canadas-37-billion-dollars-opportunity>
87. Department for Health and Social Care, Office for Equality and Opportunity. (2026, 4 mars). Offer workplace adjustments for employees experiencing menopause. <https://www.govuk/government/publications/offer-workplace-adjustments-for-employees-experiencing-menopause>
88. Department for Health and Social Care, Office for Equality and Opportunity. (2026, 4 mars). Review policies and procedures to meet the needs of employees experiencing menopause. <https://www.govuk/government/publications/review-policies-and-procedures-to-meet-the-needs-of-employees-experiencing-menopause>
89. Department for Health and Social Care, Office for Equality and Opportunity. (2026, 4 mars). Conduct a menopause risk assessment for your workplace. <https://www.govuk/government/publications/conduct-a-menopause-risk-assessment-for-your-workplace>
90. NHS Scotland Workforce Policies. (2026, 9 mars). Menopause and menstrual health policy. <https://workforce.nhs.scot/policies/menopause-and-menstrual-health-policy-overview/>
91. Australian Public Service Commission. (2025, 28 mars). Circular 2025/02: Supporting employees experiencing symptoms of perimenopause and menopause in the workplace. <https://www.apsc.gov.au/resources/circulars-guidance-and-advice/circular-202502-supporting-employees-experiencing-symptoms-perimenopause-and-menopause-workplace>
92. Forsey, M. et Young, B. (2026, 2 avril). Menopause in the workplace: A change to existing accommodation laws or a reframing of existing obligations. ArentFox Schiff. <https://www.afslaw.com/perspectives/alerts/menopause-the-workplace-change-existing-accommodation-laws-or-reframing>
93. Fondation canadienne de la ménopause. (n. d.). Ménopause, au travail! <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/ressources/menopause-au-travail-et-inclusion/menopause-au-travail/>
94. Fondation canadienne de la ménopause. (2025). Rapport d'impact 2025. https://menopausefoundationcanada.ca/pdf_files/MFC_ImpactReport2025_FR.pdf
95. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>

Références

96. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
97. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
98. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
99. Fondation canadienne de la ménopause. (2022). <https://fondationcanadiennedelamenopause.ca/le-rapport-sur-la-menopause-au-canada/>
100. Brotto, L. A., Adshade, M., Booth, A., Dewar, K., Dobrer, S., Gustafson, K., Lin Hsieh, C., Prestley, N., Santana Parrilla, J., Smith, L., Weir, S., Yong, P. et Ogilvie, G. (2024). The Health and Economics Research on Midlife Women in BC (HER-BC) report. Women's Health Research Institute. <https://whri.org/her-bc>
101. Ipsos. (2026, 26 mars). Les lacunes dans les connaissances et la difficulté à s'y retrouver parmi les options de traitement empêchent les femmes d'obtenir rapidement des soins liés à la ménopause. <https://www.ipsos.com/fr-ca/les-lacunes-dans-les-connaissances-et-la-difficulte-sy-retrouver-parmi-les-options-de-traitement>
102. Department of Health and Social Care. (2022). Women's Health Strategy for England. UK Government. <https://www.gov.uk/government/publications/womens-health-strategy-for-england>
103. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025). Government response to the inquiry into issues related to menopause and perimenopause. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-02/government-response-to-inquiry-issues-related-to-menopause-and-perimenopause.pdf>
104. Department of Health. (2022, 14 octobre). Minister for Health launches Menopause Awareness campaign. <https://www.gov.ie/en/department-of-health/press-releases/minister-for-health-launches-menopause-awareness-campaign/>
105. Scottish Government Marketing Team. (2024, 8 octobre). Menopause Awareness Month. <https://sgmarketing-newsroom.prgloo.com/news/menopause-awareness-month>

