



La femme, les hormones et le travail: comment trouver son équilibre ?

Comité d'action féministe
Centrale des syndicats du Québec
22 janvier 2026 à Laval



**Dre Catherine
Falardeau**
Droits d'auteur

Dre Catherine Falardeau

Médecin de famille

Graduée en 1996

Soins hospitaliers en régions éloignées x 20 ans

Enseignement université Sherbrooke (Md de famille)

Enseignement UQAT en Abitibi, Québec (Infirmières)

Enseignement à Université Ottawa, Faculté de pharmacie

Expertise en hormonothérapie (métabolisme)



Aucun conflit d'intérêt

Objectifs :

- **Impact de la transition hormonale sur travail**
- Le rôle des hormones et l'effet de leur déficit : O et P
- Performance au travail et hormones
- Bénéfices de remplacer les hormones pour les femmes
- Surmédicalisation et médecine en silo
- Progestérone ou progesTINES
- Prévention avec les hormones
- Testostérone chez la femme *
- Pouvoir d'action: former les entreprises, gestionnaires et la population.

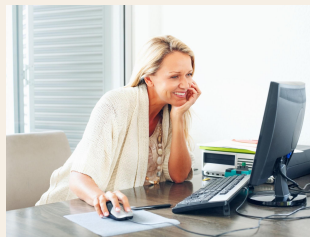
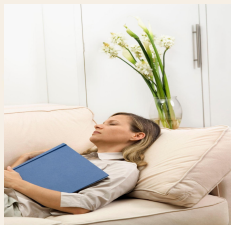


Etude en 2023

Une femme sur 10 quitte le marché du travail pendant la période avant la ménopause



540 000 journées de congé par année



Source : Menopause Foundation of Canada, « Menopause and Work in Canada » (2023), analyse Deloitte.



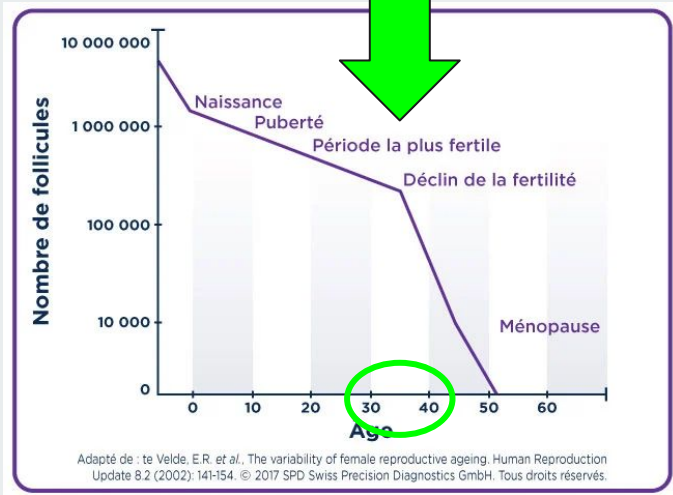
Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Objectifs :

- Impact de la transition hormonale sur travail
- **Le rôle des hormones et l'effet de leur déficit : O et P**
- **Performance au travail et hormones**
- Bénéfices de remplacer les hormones pour les femmes
- Surmédicalisation et médecine en silo
- Progestérone ou progesTINES
- Prévention avec les hormones
- Testostérone chez la femme *
- Pouvoir d'action: former les entreprises, gestionnaires et la population.



Chute du nombre de follicules
vers l'âge de 35 ans.



Observation clinique et études
scientifiques

DÉFICIT en progestérone vers 35 ans

Déficit en Oestrogènes vers 43-45 ans

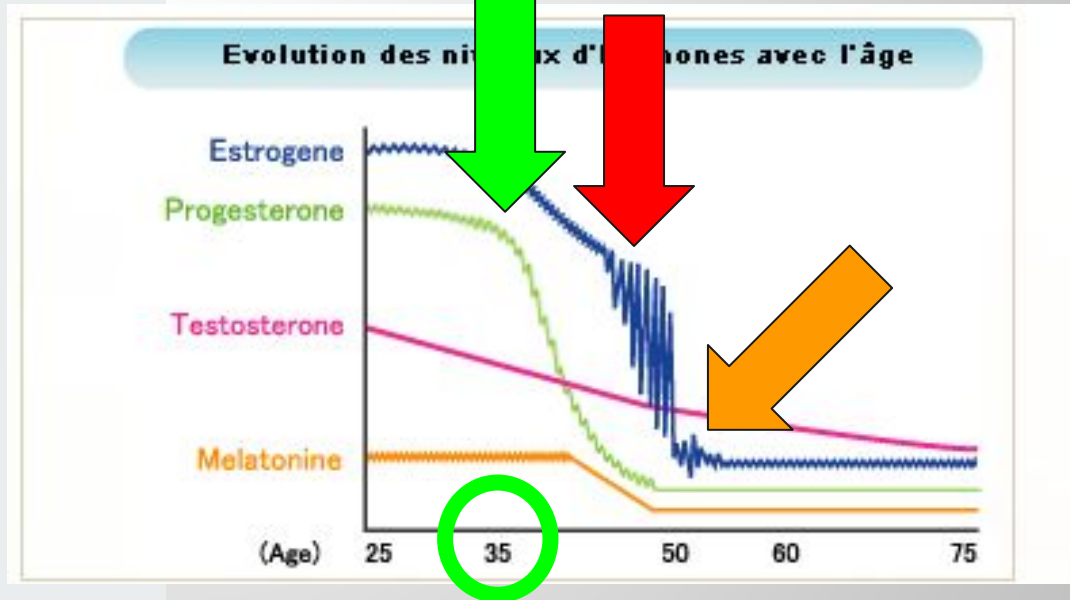


Tableau des taux sériques de progestérone

	Groupe d'âge (ans)	Tendance	Niveaux dans les études	Remarques / lacunes
Faible	18–19	Relativement bas	L'un des plus faibles parmi les groupes étudiés (PubMed)	Ovulations parfois moins régulières, profils hormonaux variables
	20–24	Moyennement bas à moyen	Augmentation par rapport aux 18–19, mais encore pas « pic » (PubMed)	—
Maximum	25–34	Pic / optimal	Le plus haut dans ces années (PubMed)	Fonction ovarienne optimale, corps jaune bien formé
Déclin	35–39	Début de déclin	Inférieur à 25–34, mais encore au-dessus des extrêmes (PubMed)	Transition commence, variabilité interindividuelle grande
	40–44	Significativement réduit	Parmi les plus bas (PubMed)	Approche périménopause, cycles à faible sécrétion plus fréquents
Absence	≥ 45	Très réduits, cycles anovulatoires	Réduction importante, cycles anovulatoires et détection sérique très basse	Études

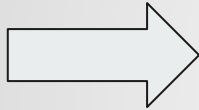


Différents stades dans la transition hormonale féminine

RPHBQ

Regroupement des
professionnel.les en
hormonothérapie bioidentique
féminine du Québec

PRÉMÉNOPAUSE



Vers l'âge de 34-36 ans: DÉFICIT ISOLÉ EN PROGESTÉRONE

PÉRIMÉNOPAUSE

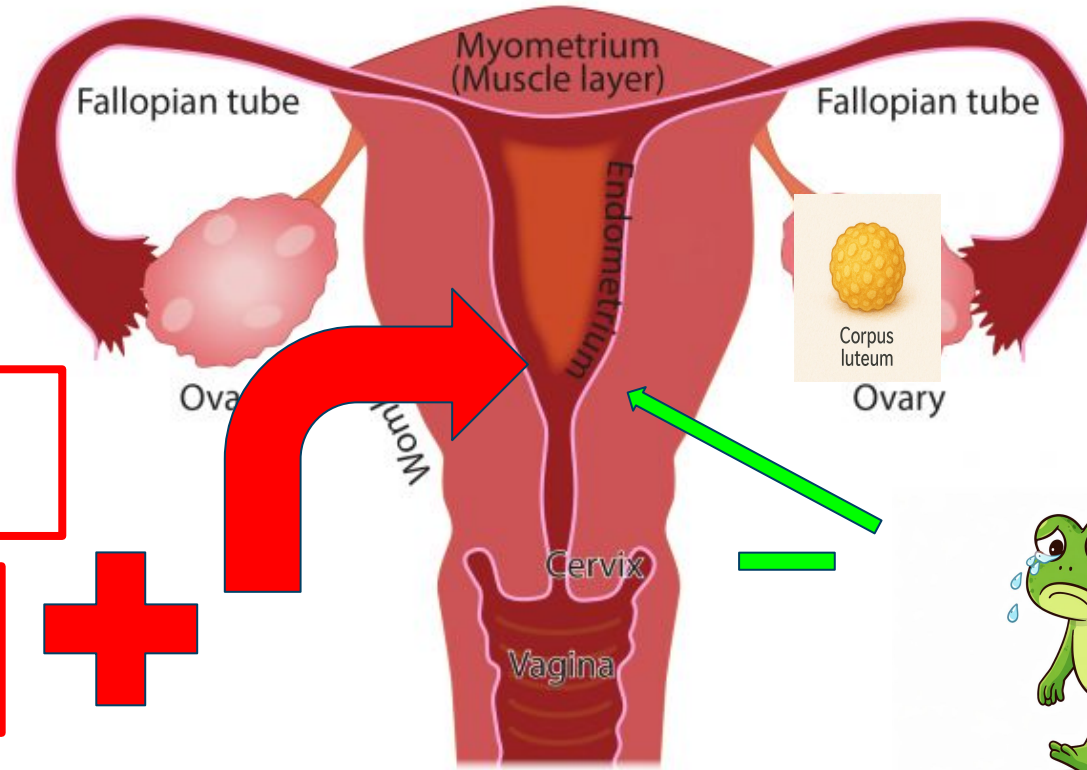


Vers l'âge de 45 ans : réduction de progestérone et oestrogènes

MÉNOPAUSE



Vers 51 ans Absence de menstruations depuis plus de 12 mois.



Insuline stimule
épaississement de
l'endomètre

Oestrogène
stimule
l'endomètre



A l'intérieur de l'utérus: endomètre. Stimulé par oestrogène et organisé par la progestérone...



Dre Catherine
Falardeau

En 2014 le Collège national des gynécologues et obstétriciens Français a écrit sur les effets bénéfiques de la progestérone

La **progestérone naturelle** présente des

- effets anxiolytiques
- effets antidépresseurs
- améliore le sommeil
- les symptômes vasomoteurs,
- réduit les crises d'épilepsie cataméniale
- neutre ou protectrice sur le plan cardiovasculaire.

**EFFICACITÉ EN CLINIQUE
POSITIVE OBSERVÉE**

<https://cngof.fr/app/pdf/ANCIENNES%20JOURN%C3%89ES//2014/MAJ%20en%20Gynecologie%20medicale/Partie%20III%20-%20Menopause/Progestrone%20et%20primnopause.pdf?x68656>



Anxiété et panique, insomnie, sommeil fragmenté, sommeil non réparateur et fatigue le matin.

Fatigue importante, déficit d'attention et de concentration, épuisement mental

SYNDROME PRÉMENSTRUEL +, ÉMOTIONS ++ cris, pleurs, idées suicidaires, détresse avant les menstruations

Pertes de cheveux, prise de poids, rages de sucre
Hausse de la tension artérielle. Bouffées de chaleur

Raideurs musculaires, douleurs diffuses
Diminution de la libido.
Palpitations et ESV +++++

Menstruations abondantes, douleurs + crampes menstruelles, **caillots** et fibromes/polypes.
Anémie et **chute ferritine**.

DÉFICIT ISOLÉ en progestérone



Déficit isolé en **progestérone**.

Qu'est-ce que l'on observe au TRAVAIL ?

Réveils multiples

Anxiété

Trouble de concentration

Irritabilité

SPM intenses et difficulté à travailler

Il ne leur reste plus d'énergie, le soir, à offrir à leur famille

Anxiété même si elles ont toutes les connaissances

Irritabilité nouvelle

Fatigue diminue leur fonctionnement (ROH)

Peur de perdre leur travail

Désorganisation ++, 1 fois par mois...

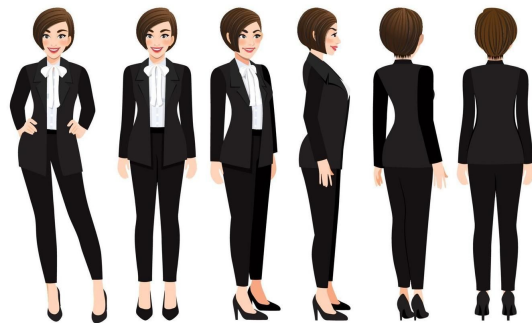
Demande de réduction des tâches

Préoccupation pour les menstruations abondantes ou douleurs menstruelles

Perte d'estime d'elles et de confiance en elles

Refus de promotion ou changent de poste pour "rétrograder" au niveau des responsabilités (et du salaire)

Pour aider les femmes qui ont des menstruations trop abondantes ?



Offrir aux femmes un environnement “inclusif”

- Chaises en cuir
- Chaises avec une protection en plastique
- Chaise foncées et non pâles
- Pausés lors des réunions
- Salles de bain à proximité
- Distributeurs de serviettes sanitaires ou autres
- Travail du domicile 1 semaine par mois



Stimule L'ÉVEIL et la JOIE. Antidépresseur
HAUSSE DE LONGÉVITÉ ou réduction de la mortalité 30%

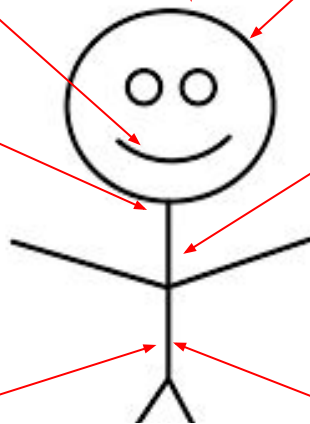
Fonction cérébrale :
clarté, multiplication cellulaire cerveau,
Protection démence.

Santé de la peau.
Humidité des yeux et de la bouche

PROTÈGE les artères et diminue l'athérosclérose.
Réduction de maladie coeur

Anti-inflammatoire
Capacité de programmer la mort des CELLULES ANORMALES...
Réduction du cancer du côlon
Réduction du cancer du sein

Effet bénéfique sur le cholestérol
Réduction risque diabète
Réduction de résistance insuline



Libido et **sexualité** agréable.
Santé de la vulve
Stimule l'endomètre:
saignements et fibromes

300 rôles des oestrogènes

Droits auteure Dre Catherine Falardeau: ne pas reproduire.

Tristesse, **FATIGUE +++**,
DÉPRESSION, anxiété et
insomnie **Hausse de mortalité**

Brouillard mental,
chercher ses mots,
perte de mémoire,
hausse de démence

**Bouffées de chaleurs, sueurs
nocturnes.**

Rides, bouche sèche, yeux secs.

Hausse du cholestérol, **gain de poids**,
augmentation graisse abdominale,
perte de masse musculaire,
Progression athérosclérose

Menstruations régulières ou
irrégulières. **Menstruations
deviennent moins abondantes.**

**Syndrome musculosquelettique
de la ménopause**

Sécheresse vaginale, diminution
lubrification

**Syndrome génito-urinaire de
la ménopause**



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

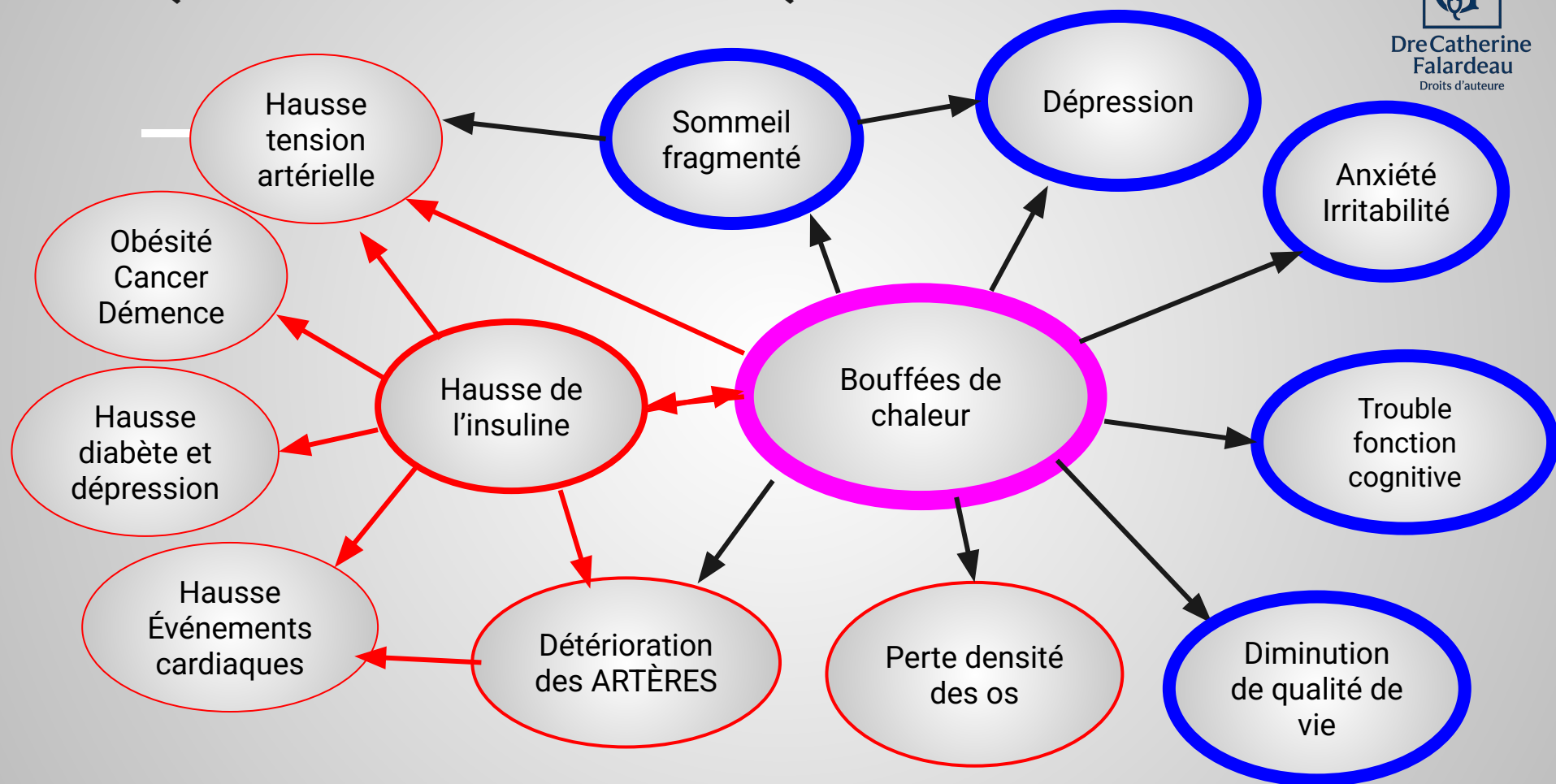
DÉFICIT en oestrogènes

Droit auteure Dre Catherine Falardeau: ne pas reproduire.

RISQUE DES BOUFFÉES DE CHALEUR. Que dit la science?



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur



Périménopause : qui ressemble à la **dépression**

Qu'est-ce que l'on observe au TRAVAIL ?

Fatigue ++++++

Tristesse +++++

Manque de mots

Trouble de la mémoire

Trouble de concentration

Difficulté à travailler

Il ne leur reste plus d'
énergie, le soir, à offrir à
leur famille

Arrêt de travail pour "dépression"

Démission de leur poste ou refus de promotion

Recul sur leur carrière pour 1 femme sur 10

Brouillard mental

**Prend plus de temps qu'à la normale pour faire
les mêmes tâches**

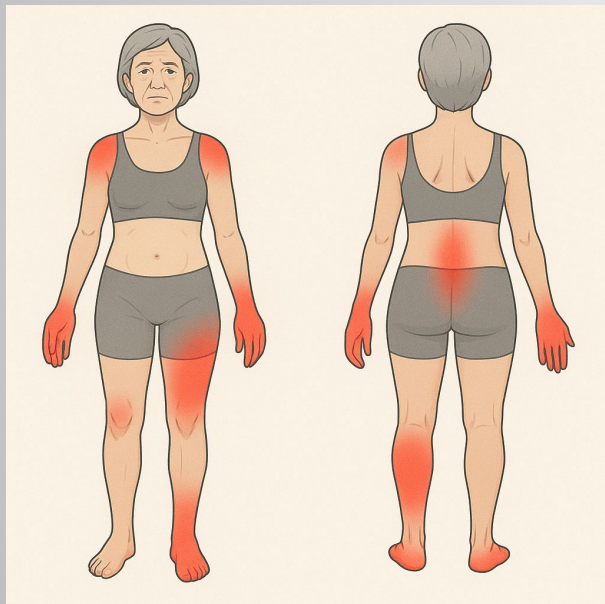
**Trouble mémoire et PERTE DU MOT : anxiété de
performance**

Bouffées de chaleur ...

Désorganisation ++ par la fatigue

Perte d'estime d'elles et perte de confiance en elles

Syndrome musculosquelettique de la ménopause



**>70 % des femmes
périménopause
1 femmes sur 4 est invalide!**

**70 à 80 % des femmes soulagées par un
traitement par œstrogènes systémiques**

Syndrome **musculosquelettique** de la ménopause

Qu'est-ce que l'on observe au TRAVAIL ?



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Insomnie à cause de la douleur

Trouble de concentration à cause de la douleur

Difficulté à travailler

RV md, ostéopathie, physio

Consommation de médicament pour la douleur

Il ne leur reste plus d'énergie, le soir, à offrir à leur famille

Arrêt de travail pour douleur aiguë ou chronique

Demande de modification du poste de travail

Recul sur leur carrière : ralentissement

Fatigue car parfois insomnie/douleur +

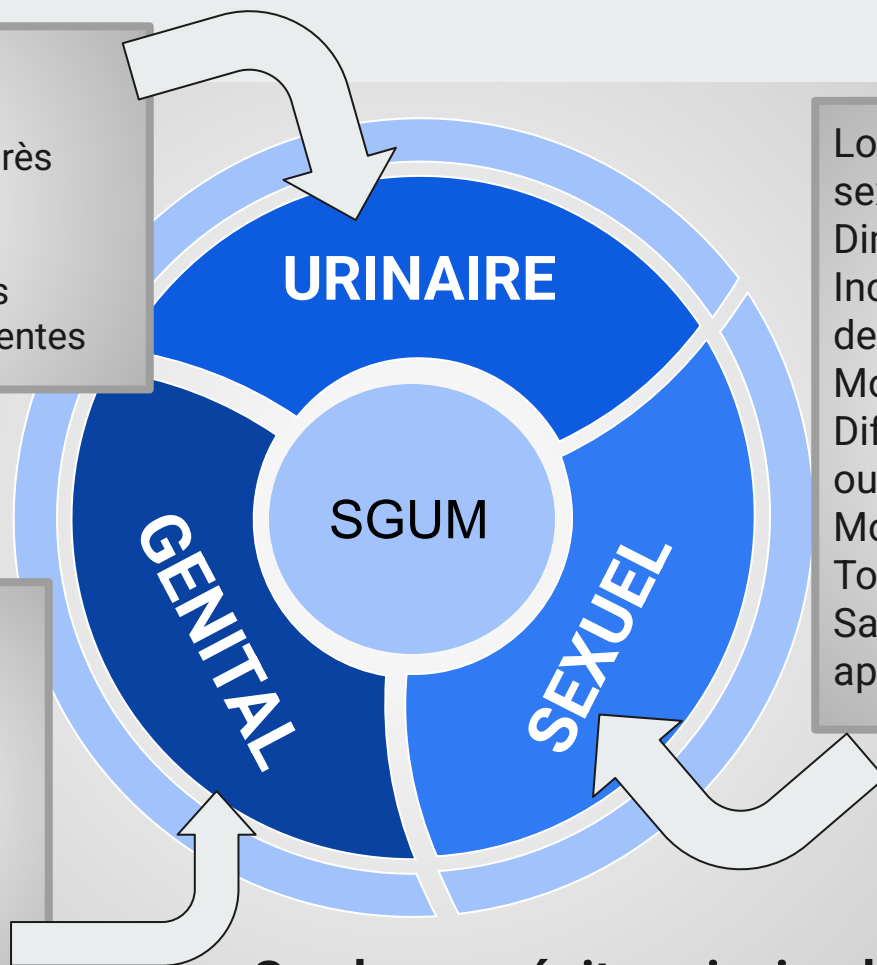
**Nouvelle sédentarité ...
TDA...**

Journées de congé pour traitements...

Autant pour travail ordinateur que pour les travailleuses "physiques"

Vessie nerveuse (urgence)
Mictions plus fréquentes
Incontinence ou gouttes après miction
Brûlure lors de la miction
Uriner la nuit plus d'une fois
Infections urinaires + fréquentes

Sécheresse
Odeur différente
Irritabilité
Brûlure
Démangeaison
Pertes
Rougeur vulve
Fissure, fragilité



Lors des activités sexuelles:
Diminution de lubrification
Inconfort ou douleur lors de la pénétration
Moins de sensibilité
Difficulté à avoir orgasme ou plus long
Moins de désir
Tout est rigide...
Saignement ou douleur après les relations

Syndrome génito-urinaire de la ménopause

Syndrome **génito-urinaire** de la ménopause.

Qu'est-ce que l'on observe au TRAVAIL ?

Insomnie car plusieurs femmes se lèvent pour uriner la nuit

Difficultés conjugales: pas de relation sexuelle.

Douleur chronique

Trouble de concentration car douleur chronique

Moins d'énergie

Sédentarité à cause de la douleur

Préférence à faire du télétravail pour s'habiller confortablement ou elles ne tolèrent pas leurs sous-vêtements

Travail debout avec bureau adapté pour bouger.

Adaptation transport pour aller au travail est à réorganiser si doit marcher ou vélo

Diminution de confort physique réduit la performance au travail

Objectifs :

- Impact de la transition hormonale sur travail
- Le rôle des hormones et l'effet de leur déficit : O et P
- Performance au travail et hormones
- **Bénéfices de remplacer les hormones pour les femmes**
- Surmédicalisation et médecine en silo
- Progestérone ou progesTINES
- Prévention avec les hormones
- Testostérone chez la femme *
- Pouvoir d'action: former les entreprises, gestionnaires et la population.



Progestérone micronisée orale



PÉRIMÉNOPAUSE

On remplace ce qui manque.

On régularise.

MÉNOPAUSE

On remplace ce qui manque.
On supporte



Pompe d'Estrogel



Comprimés d'Estrace



Sachet de Divigel



Timbre d'Estradot

Objectifs :

- Impact de la transition hormonale sur travail
- Le rôle des hormones et l'effet de leur déficit : O et P
- Performance au travail et hormones
- Bénéfices de remplacer les hormones pour les femmes
- **Surmédicalisation et médecine en silo**
- Progestérone ou progesTINES
- Prévention avec les hormones
- Testostérone chez la femme *
- Pouvoir d'action: former les entreprises, gestionnaires et la population.





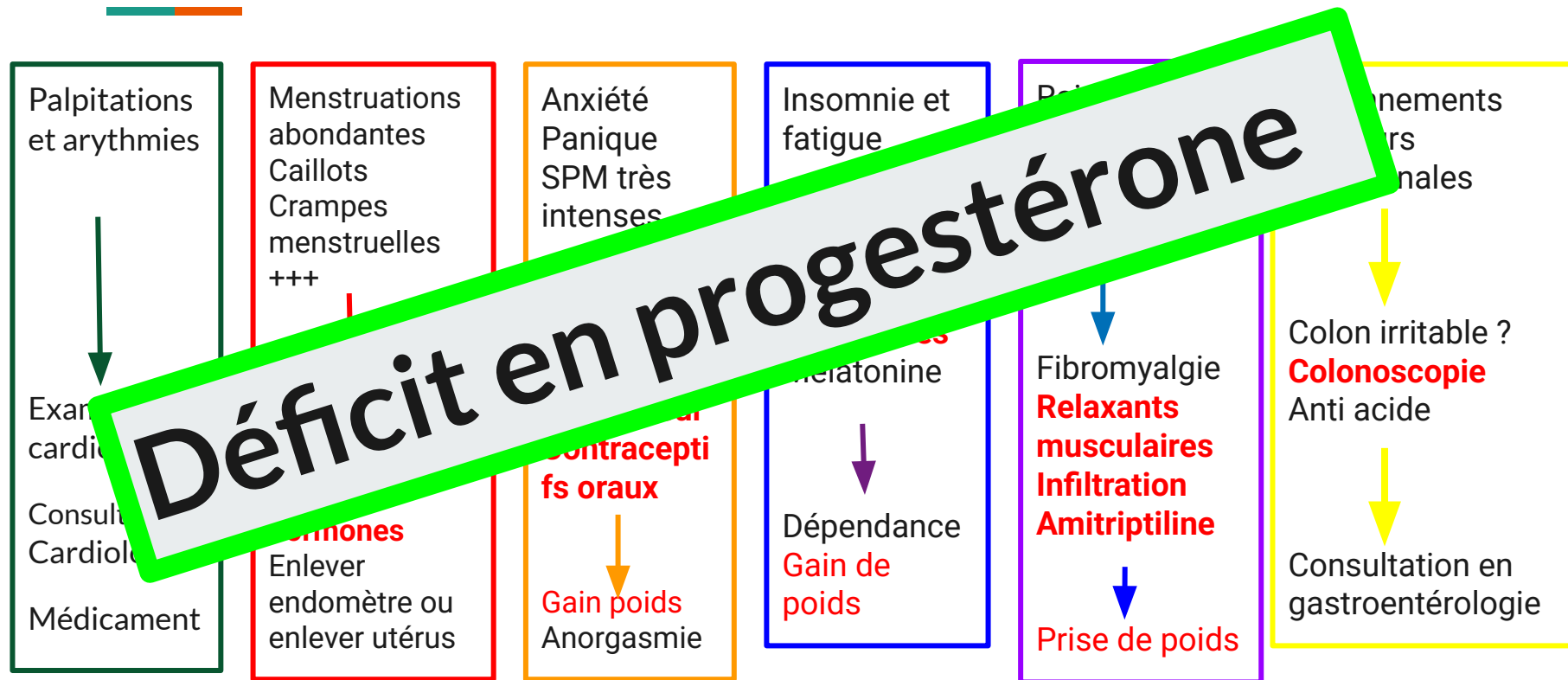
QUIZZ : déficit en ??



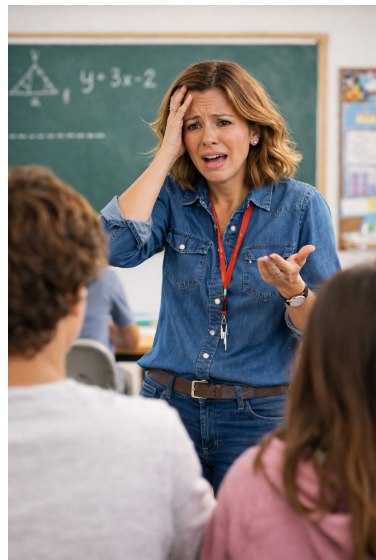
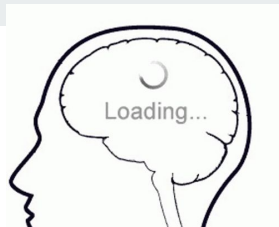
Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

MÉDECINE EN SILO... Déficit en progestérone

Femmes entre 32 ans et 38 ans



Déficit en oestrogènes



Médecine en silo... Périménopause

Déficit en oestrogènes et en progestérone



Surmédicalisation: définition et conséquences

DÉFINITION

- NON reconnaissance des manifestations de chute hormonal : oestrogène, progestérone et testostérone.
- Faire de la médecine en SILO : investigations et examens multiples
- Donner des médicaments qui ont des effets secondaires
- Et qui ne fonctionnent pas totalement

CONSÉQUENCES

- Arrêts de travail qui s'étirent
- Absentéisme et présentéisme importants
- Délais dans l'atteinte du bien être
- Pertes financières, séparation, des remords...



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

MESSAGE CLÉ NO 1

La progestérone diminue vers 35 ans chez les femmes

La diminution de la progestérone augmente

- anxiété et insomnie
- saignements menstruels abondants.

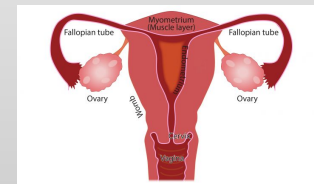
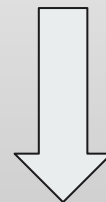
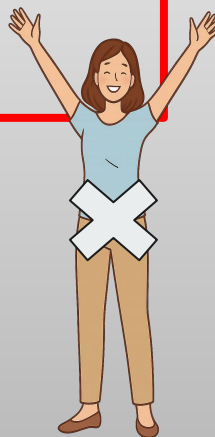


MESSAGE CLÉ NO 2

Toutes les femmes ont
droit d'avoir de la
progestérone

RPHBQ

Regroupement des
professionnel.les en
hormonothérapie bio
identique féminine du Québec



Femmes qui n'ont plus
d'utérus n'ont pas besoin
de progestérone

Message clé no 3

Les hormones bio-identiques ne sont pas contraceptives...

BESOIN D'UNE
CONTRACEPTION



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur



Message clé no 4

Commencer les hormones lentement!!

Surtout les oestrogènes...



L'oestrogène stimule

Je commence avec de petites doses chez **toutes** les femmes:

moins d'effets d'hyperstimulation,
moins de saignements,
moins d'intolérance...



Syndrome génito-urinaire de la ménopause

Fréquence, urgence mictionnelle
Incontinence ou gouttes après miction
Dysurie, nycturie
Hématurie
Infection urinaires
Sténose méat urinaire

Lors des activités

de lubrification

douleur

sensibilité

Difficulté à avoir orgasme

ou plus long

Moins de désir

Douleur lors de la

pénétration profonde

Hypertonie pelvienne

Saignement ou douleur

après les relations

Ce qui nuit, directement à
la libido (inquiétude)

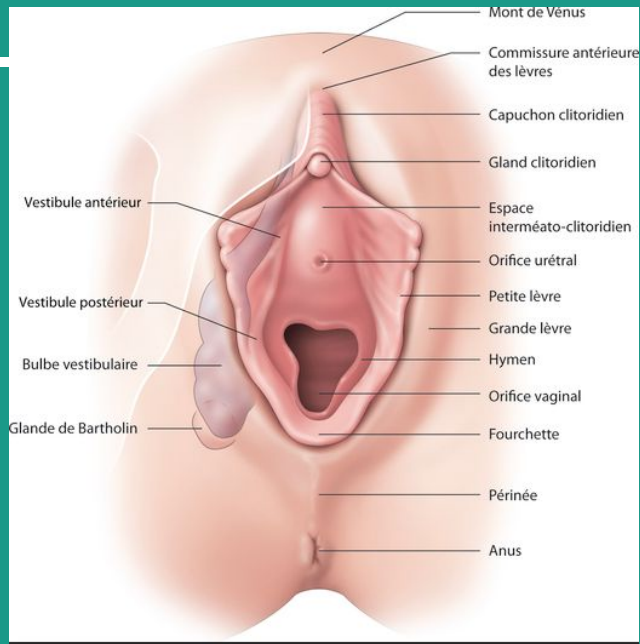
**Message numéro 5: Les femmes PARLEZ de
votre santé vulvaire AVEC VOTRE MÉDECIN!**

senesce
Irritabilité
Brûlure
Démangeaison
Pertes
Rougeur vulve
Fissure, fragilité et
pétéchies

Droits d'auteurs Dre Catherine Falardeau : ne pas reproduire



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteurs



TRAITEMENT LOCAL DE LA VULVE

Traitements locaux de la vulve : œstrogènes et prastérone



IMVEXXY



Vagifem®



Intrarosa



Estragyn™



Premarin®



Estring



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

2005 avec **1 140 892 femmes** en ménopause

A meta-analysis 5 rando 1992 à 2000

Oestrogènes et progestine : **Hausse du risque de cancer du sein de 70% avec progestines**

2005 avec 650,000 femmes

8 études **HAUSSE DU RISQUE DE CANCER DU SEIN DE 39% avec une progestine**

35% si moins de 5 ans d'utilisation de progestine
63% : plus de 5 ans d'utilisation progestine



2010 Finland: 1995 à 2007. Suivi de 13 ans

9 956 femmes cancer contre 39 824 témoins

Hausse du risque de cancer du sein de 36% avec progestine : Hausse 36% **Tibolone** et hausse **45% Miréna (lévonorgestrel)**

2022 1995 et 2014 femmes plus 50 ans. 43 000 cas de cancer du sein comparée avec 430 000 femmes "témoins"

Hausse de 28% du risque de cancer du sein avec Progestines

OESTROGÈNES et PROGESTÉRONE SÉCURITAIRES et ne sont PAS associés à une hausse de cancer du sein

2017 Danemark 1.8 million de femme
15-49

Suivi pendant 10.9 ans

Hausse de cancer sein de 20%

Miréna 1 an : hausse de 9%

Miréna plus de 10 ans : hausse de 38%

2025 **Australie 1 059 600 femmes** On compare 176 601 F avec
cancer sein VS 882 999 Femmes n'ayant pas de cancer sein

**Hausse de risque de cancer du sein de 26% Miréna et
hausse de 24% avec Nexplanon**

Pas de hausse si Dépo-Provéra si utilisé pendant moins de 5 ans

2025 Suède 2 millions de femmes

Lévonorgestrel (pilule ou stérilet)

5-8 cas de plus par 100 000 femmes-année

Soit 9-13% d'augmentation cancer sein

Implant étonogestrel

Hausse de 22% cancer sein

2023 Angleterre 9498 femmes de moins de 50 ans qui
ont développé un cancer du sein VS 18 171 témoins

ProgestINE seule : hausse de 26% du risque

Injectable : hausse de 25% du risque

Stérilet avec hormone: hausse de 32% du risque

ProgesTINES : hausse d'anxiété, de dépression et de suicide chez les femmes

2022 Danemark 825 238 femmes

Ménopausées. Avec progesTINE.

Hausse du risque dépression de 101%

2.8 femmes de + par 10 000 f par années

Passe de 16.8 à 19.6 femmes / 10 000 F

Pire chez femmes entre 48-50 ans

2018 Angleterre Lévonorgestrel

Hausse de 18% d'anxiété

Hausse de 22% d'insomnie

2018 Danemark 500 000 femmes

Suivies pendant 8 ans

Moyenne de 21 ans (plus que 15 ans) Risque
de SUICIDE avec tous contraceptifs

Hausse de 129%

PIRE : CONTRACEPTIFS ORAUX

6999 tentatives de suicides

71 suicides complétés : avec hausse de 208%
du risque chez femme avec contraception
hormonale

MESSAGE CLÉ NO 6



Progestérone est DIFFÉRENTE des ProgesTINES

RISQUE ABSOLU D'AUGMENTATION DE CANCER DU SEIN
avec les progesTINES serait de:

On décompte environ 11 nouveaux cas de cancer du sein
pour 10 000 femmes par année au Québec

Hausse absolue:

1.6 cancer du sein de plus sur 10 000 femmes par année
serait relié à la prise de progesTINES



2005 ETUDE E3N-EPIC 54 548

femmes ménopausées avec âge moyen de 52.8 ans (Fournier)

EFFET NEUTRE Progestérone micronisée RR = 0,9 ; IC95 : 0,7-1,2

40% de HAUSSE DU RISQUE : Estrogène-progestatif synthétique (noréthistérone, médroxyprogestérone acétate, lévonorgestrel) RR = 1,4 ; IC95 : 1,2-1,7)

EFFET NEUTRE: Estrogènes seuls RR = 1,1 ; IC95 : 0,8-1,6

2008 Progestérone

et cancer du sein??

Total de 80 391 femmes suivies sur 8.1 ans

2354 cancers invasifs

Oestrogènes et progestérone RR 1.0

EFFET NEUTRE sur le cancer du sein avec la progestérone.

2013 CECILE France

1555 femmes

739 cancer sein et 816 témoin.

EFFET NEUTRE sur le cancer avec la progestérone naturelle

Hausse risque x 2 si utilisation d'une progestINE.

Pire si plus que 4 ans et si en continue.

2016 Progestérone et cancer du sein?? Femmes moy 59 ans (50 et 65) (Asi)

Total de 86 881 femmes

Progestérone RR 0.67 donc réduction de 33% de risque de cancer du sein p/r aux progestines.

MEILLEURE satisfaction avec la progestérone car effet sur l'anxiété et sur l'état physique et mental.



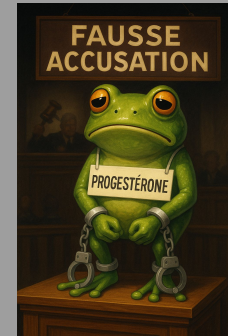
Differential Effects of Various Progestogens on Metabolic Risk Factors for Breast Cancer Campagnoli C Gynecol Endocrinol. 2007;23 Suppl 1:22-31.**Progesterone vs. Synthetic Progestins and the Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Asi N, Mohammed K, Haydour Q, et al. Systematic Reviews. 2016;5(1):121



Dre Catherine Falardeau
Droits d'auteur

Message clé numéro 7

Toutes les études, et cela depuis 1980 environ, dans lesquelles les chercheurs ont évalué la progestérones NATURELLE: ELLE EST SÉCURITAIRE, NON TOXIQUE et BÉNÉFIQUE pour les femmes...



Que disent les études sur les effets protecteurs des oestrogènes ?

22% de réduction du **cancer du sein** après un suivi de 20.7 années

38% de réduction **cancer du côlon** sur 5.6 ans

28% de réduction **fracture d'ostéoporose** (ostéoporose)

19-40 % de réduction de **diabète** de type 2

Si avant 60 ans ou dans les dix ans suivant la ménopause:

30-50% de réduction de maladie neurodégénérative dont la **maladie Alzheimer**

40-48% de **réduction maladies cardio vasculaires**

30% réduction de **mortalité** toutes causes confondues



LES BÉNÉFICES DE L'HORMONOTHÉRAPIE AVEC OESTROGÈNES



- 1- Réduction des bouffées de chaleur 
- 2- Amélioration de libido
- 3- Amélioration des troubles du sommeil, des symptômes anxieux et de la dépression
- 4- Réduction des fractures
- 5- Mortalité toute cause

- 6- Réduction AVC
- 7- Réduction INFARCTUS
- 8- Réduction Mortalité CardioVasc.
- 7- Réduction Cancer colorectal
- 8- Réduction Cancer du sein
- 9- Réduction Démence
- 10- Réduction Diabète ... et autre



LES BÉNÉFICES DE L'HORMONOTHÉRAPIE AVEC OESTROGÈNES



https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Hormonotherapie/INESSS_Hormonotherapie_Benefices_risques_VF.pdf

VOIR LA PARTIE OESTROGÈNE SEUL :

1- Réduction des **bouffées de chaleur** 73-80%



2- Amélioration de **libido** + 1 journée par semaine

3- Amélioration des **troubles du sommeil, des symptômes anxieux et de la dépression**

4- Réduction des **fracture** de fragilisation moins 20-23 fractures (femmes) sur 1000 sur 5 ans (PO)

5- **Mortalité toute c**

ause: réduction de 42 cas sur 1000 femmes 9 ans

6- **AVC** réduction de 2 cas par 1000 femmes sur 7-8 ans

7- **INFARCTUS** réduction de 9 cas sur 1000 femmes sur 7 ans

8- **Mortalité Cardiovasculaire** réduction de 18 cas sur 1000 femmes sur 9 ans

9- **Cancer colorectal** réduction de 3 cas sur 1000 femmes sur 11 ans

10- **Cancer du sein** réduction de 2 à 9 cas sur 1000 sur 5 ans

11- **Démence** réduction de 15-22 cas sur 1000 sur 5 ans

12- **Diabète** réduction de 14-31 cas sur 1000 femmes sur suivi de 7 ans

Droit auteure Dre Catherine Falardeau: ne pas reproduire.



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Le trouble du désir sexuel hypoactif (HSDD)

Absence ou une diminution persistante du désir sexuel, des pensées/fantasmes sexuels
Qui entraîne une détresse
Depuis au moins six mois
Avec impact négatif sur la qualité de vie de la patiente

Syndrome du déficit androgénique

Avec taux adéquat d'œstrogènes.
Diminution du bien-être ou des troubles de l'humeur
Fatigue ++++
Baisse de motivation, hausse de négativité et de la surcharge
Dysfonction sexuelle avec baisse de la libido et du plaisir.



Syndrome du déficit androgénique de la femme

Et qu'est-ce que l'on observe au TRAVAIL ?

Fatigue importante

Trouble de
concentration

Trouble de la mémoire

Démotivation

Négativité

Anxiété

Trouble de planification et de la prise de
décision

Difficulté à trouver des solutions/créativité

Diminution de confiance, de "DRIVE"
Trouble du multi-tâche

Sentiment d'être dépassée et démotivation

Trouble de la fluidité verbale (chercher ses
mots)





Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Ce qui doit changer dans la réalité actuelle:

Médecine en silo ou **SURmédicalisation des femmes.**

Les femmes prennent énormément de médicaments.

Effets secondaires !

Les femmes font plusieurs tests (investigation). Délais, temps, absentéisme pour subir ces examens. Pertes salariales.

La détresse des femmes.

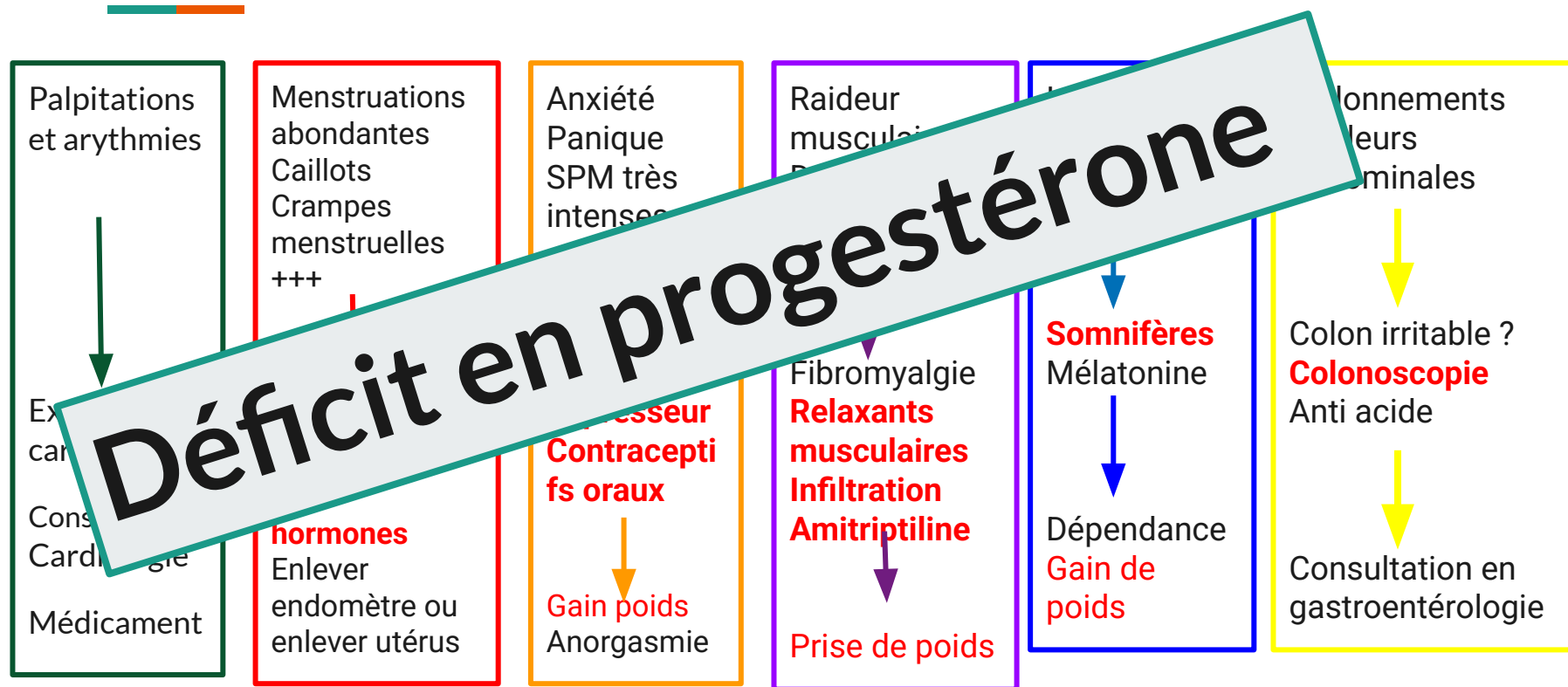
ERRANCE THÉRAPEUTIQUE

Médecine en silo ou errance thérapeutique...



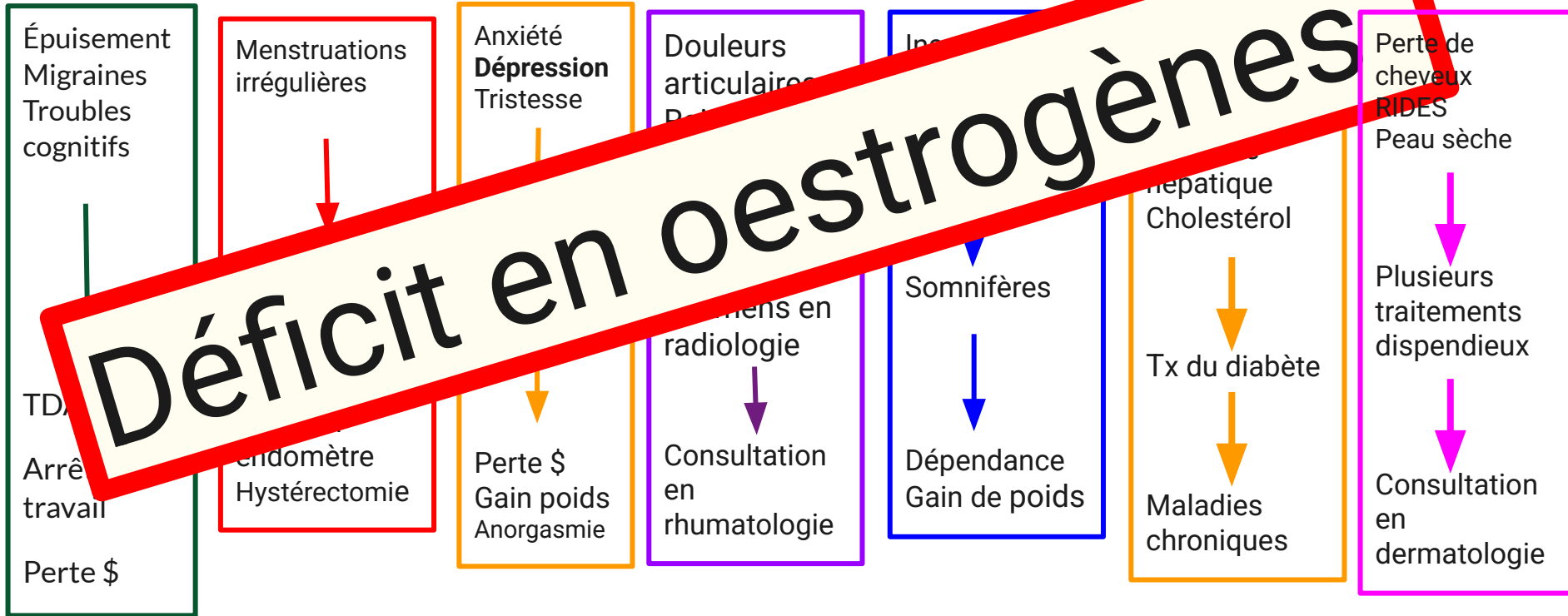
MÉDECINE EN SILO... Déficit en progestérone

Femmes entre 32 ans et 38 ans



Médecine en silo... Pérимénopause

Déficit en oestrogènes et en progestérone





Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Ce qui doit changer dans la réalité actuelle:



Arrêts de travail trop fréquents et trop longs pour les femmes.

PERTES FINANCIÈRES pour les FEMMES à tous les niveaux : travail, couple et famille.

PERTE D'EMPLOI, REFUS DE PROMOTION et diminution de productivité.

“Dépression” avec des conséquences p/r aux assurances... dont hypothèque



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Ce qui doit changer dans la réalité actuelle:

On passe **sous silence** des données robustes d'effets protecteurs des oestrogènes que nous connaissons depuis plusieurs années

On privilégie une médecine de maladie et de gains pharmaceutiques.

Aussi, on passe **sous silence** les effets indésirables documentés des progesTINES chez les femmes. Il faut doser pour et contre. Adolescentes.

La persistance de transmissions de fausses informations qui ENTRETIENT la PEUR et éloigner les femmes de l'hormonothérapie.

Les monographies des hormones.

Les solutions que je propose

Reconnaître les chutes hormonales : c'est une affaire de tous. Et pour tous.

Remplacer les hormones par des hormones et distinguer les hormones IDENTIQUES des hormones NON IDENTIQUES.

Intégrer les experts en HORMONOTHÉRAPIE dans le système public.

Ajouter aux programmes d'assurance : couverture pour les consultations en HORMONOTHÉRAPIE. Privé.

RH ou centre d'aide aux employés : dépister les femmes de plus de 35 ans en chute de progestérone et les orienter vers les bons professionnels et les bons traitements.

Les solutions que je propose

Cesser le discours de PEUR autour des hormones en informant MIEUX

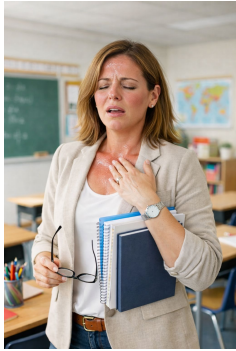
Réduire la prescription de progesTINES dès l'adolescence...

Bonifier la prévention de maladies chroniques en utilisant les hormones pour les femmes.

Avoir une vision globale de santé, d'économie financière grâce au potentiel de prévention.

FORMER: les médecins, les pharmaciens, les employeurs, les employés, les assureurs, le gouvernement... Bref, le peuple.

Employeurs: comment soutenir les femmes qui sont en chute d'oestrogènes et progestérone ?



- Reconnaître les symptômes de déficit chez soi et chez les autres : demandez leur de consulter!!
- FORMER VOS EMPLOYÉS et vos gestionnaires.
- Que les employeurs soient souples et permettre ajustement des horaires et des tâches.
- Matériel: chaises, bureaux et ventilateurs. Gestion chauffage. Distributeurs.
- Forfait "santé" ou Forfait "ménopause" par l'employeur avec montant annuel octroyé pour soutien à la santé. Inclure hormonothérapie.
- **RH ou centre d'aide aux employés** : dépister les femmes de plus de 35 ans en chute de progestérone ou en périménopause et les orienter vers les bons professionnels et les bons traitements. Avant arrêt de travail.
- Lors d'un arrêt de travail: faire évaluer si ce pourrait être hormonal...
- Assurance pourrait inclure les consultations en cliniques privées d'hormonothérapie comme on le fait pour les autres spécialistes (physio, psy...)



CONTRE INDICATION: Embolie pulmonaire ou thrombophlébite ?

Oestradiol 17 bêta par la bouche augmente les risques de caillots

Oestrogènes par la peau : PAS AUGMENTATION DU RISQUE de caillot



Progestérone micronisée orale : PAS D'AUGMENTATION DU RISQUE de caillot

***** Même chez les femmes qui ont fait une thrombose (caillot) et celles qui ont des anomalies de la coagulation (mutation ou Facteur V de Leiden)**

Canonico et al., E3N Cohort, 2010 80 308 femmes (60-85 ans) Suivies en moyenne 10,1 ans. 549 cas de maladie thrombo-embolique

Scarabin, Climacteric 2018 (Méta-analyse) 15 000 femmes incluses, âges 45-75 ans, suivies de 2 à 10 ans



Dre Catherine
Falardeau
Droits d'auteur

Conférences sur la santé hormonale des femmes dans les milieux de travail et dans la population...



info@drecatherinefalardeau.quebec

<https://drecatherinefalardeau.quebec>

- Hormones, femmes et travail: comment trouver l'équilibre ?
- Santé mentale : parlez-en à vos hormones ?
- Hormones et métabolisme : c'est plus que le poids
- D'hormonons-nous bien ? Comment les hormones aident au sommeil.
- Cancer du sein et hormones: comment aider les femmes ?
- Une seule santé. Comment la garder.
- Avec ou sans hormones : réflexions et solutions pour protéger les femmes qui ne prennent pas d'hormones
- Progestérone ; que savons-nous vraiment ?
- Oestrogènes : pour mieux soutenir la santé des femmes.

