

# **Santé de la femme après 45 ans : ostéoporose, facteurs de risque cardio-vasculaire, cancers, ménopause**

## **DOSSIER DOCUMENTAIRE**

**Thème de février 2026**

« Ce dossier documentaire est un document de travail destiné à servir de base de réflexion aux participants des groupes d'analyse de pratiques que sont les Groupes Qualité. Ce document est non opposable et non exhaustif ».

## Introduction

La prévention chez la femme de plus de 45 ans représente un enjeu majeur de santé publique, marqué par la transition ménopausique et l'émergence de pathologies chroniques. Ce dossier vise à synthétiser les recommandations actuelles et à identifier les axes d'amélioration dans nos pratiques quotidiennes. Il fait un focus sur l'état de l'actualité internationale du traitement hormonal. Il essaie de produire une vision technique médicale incluant les facteurs psycho-sociaux dont nous savons l'importance dans la genèse de pathologies chroniques, et pas seulement concernant la santé mentale.

### 1. Évaluation globale et visite de prévention

Une consultation annuelle de prévention constitue le socle de la prise en charge préventive (1), comprenant une anamnèse complète (antécédents médicaux, familiaux, gynécologiques, habitudes de vie, vie familiale, situations de stress) et un examen physique ciblé selon les symptômes et le contexte clinique.[1] Cette approche systématique permet d'identifier précocement les facteurs de risque et d'adapter les interventions préventives.

Il est très pertinent d'y consacrer une consultation dédiée.

L'évaluation doit être individualisée et tenir compte des déterminants sociaux de santé. Les données récentes montrent que les facteurs socio-économiques, notamment le déficit éducatif et le manque d'accès aux soins, sont fortement associés à une moindre prévention. [2] Il est établi que chaque facteur de risque social supplémentaire diminue les chances de réaliser une mammographie et d'effectuer un frottis cervico-utérin. [JAMA, 2024, concerne les Etats-Unis).

### 2. Prévention cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire augmente significativement après la ménopause, faisant des maladies cardiovasculaires **la première cause de mortalité** chez la femme. Chaque jour en France, 200 femmes décèdent d'une pathologie cardiovasculaire, les pathologies apparaissent plus tard que chez les hommes, une dizaine d'années. (3)

Le dépistage régulier des facteurs de risque classiques (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabagisme) et des facteurs spécifiques à la femme (syndrome des ovaires polykystiques, antécédents obstétricaux tels HTA, pré-éclampsie et diabète gestationnel, ménopause précoce, antécédents de violences et de harcèlement) [3, 4] est recommandé. Un accent particulier sur le dépistage du surpoids et de l'obésité est mis en avant par la HAS.

La mesure du périmètre ombilical, qui rend compte de la graisse viscérale abdominale, est mieux corrélée avec le risque cardiovasculaire. C'est un des éléments de diagnostic du syndrome métabolique, dont la définition est : une obésité centrale (avec périmètre abdominal  $\geq 80$  cm pour la femme) + ou moins **2** des facteurs suivants (Fédération internationale du diabète (2005) :

- triglycérides  $> 1,50$  g/L,
- HDL-C  $< 0,50$  g/L pour une femme,
- pression artérielle  $\geq 130/85$  mmHg,
- hyperglycémie  $> 1$  g/L ou diabète de type 2

- Une évaluation régulière des facteurs de risque cardiovasculaire tous les 4 à 6 ans, avec calcul du risque à 10 ans, est recommandée, permettant de guider les interventions thérapeutiques.
- Il existe une sous-évaluation du risque cardio-vasculaire de la femme par les médecins, cette sous-évaluation a été corrélée au genre du praticien. Les outils usuels d'évaluation du risque cardio-vasculaire, très préférentiellement SCORE 2 et SCORE 2-OP après 70 ans (5) ne prennent pas bien en compte des facteurs de risque spécifiques féminins et sont établis sur des cohortes contenant peu de femmes. Des calculateurs numériques de SCORE 2 et SCORE 2-OP existent : <https://www.guideline.care/score/score2-score2-op>.

SCORE 2 estime le risque d'accident cardio-vasculaire à 10 ans, là où SCORE ne s'intéressait qu'à la mortalité cardio-vasculaire.

- On rappelle la position du CNGE (2022) sur la mesure du score calcique : « au total, compte tenu de l'absence de bénéfice clinique démontré lié à la mesure du CAC en complément d'un score clinico-biologique de mesure du risque CV, le conseil scientifique du CNGE préconise de ne pas utiliser le CAC en routine. Pour évaluer le risque CV des patients, il est préférable d'utiliser un score clinico-biologique comme SCORE2, validé en population d'Europe de l'Ouest » (6) 1.. 2. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration.

- L'usage adapté à la France (pays à « faible risque ») de SCORE 2 et SCORE 2-OP (> 70 ans) permet de limiter des interventions thérapeutiques non pertinentes. Il faut rappeler qu'une ménopause précoce, avant 40-45 ans, est un puissant accélérateur de risque, non pris en compte dans SCORE 2, tout comme la prématurité, la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, indépendamment des facteurs majeurs. La présence de ces antécédents conduit à majorer le risque SCORE 2 d'un cran. Une nouvelle évaluation de SCORE 2 deux ans après la ménopause ou l'arrêt d'un THS est recommandable.

- Une lecture des clichés de mammographie assistée par IA, recherchant les calcifications artérielles mammaires, confrontée à l'âge, est une perspective future pour atteindre une prédiction du risque au moins comparable aux outils actuels comme SCORE 2. Son avantage serait de réaliser deux dépistages en une seule technique et *d'augmenter considérablement l'estimation* du risque dans la population des femmes dépistées par mammographie. (8)

- Il existe un défaut de connaissance sur les symptomatologies cardio-vasculaires, et notamment des syndromes coronariens, chez la femme. Les descriptions initiales ont toutes concernées des patients masculins. La nécrose myocardique chez la femme se produit une fois sur deux sans la douleur thoracique classique « en étau ». L'asthénie récente sans cause identifiable peut être un symptôme de nécrose ou de SCA chez la femme, tout comme nausées, sueurs, dyspnée récente, angoisse inexpliquée et bien sûr douleurs du bras, de la mâchoire, du dos, épigastrique.... L'AVC peut également avoir, plus souvent que chez l'homme, une symptomatologie atypique (confusion, vertiges, maux de tête intenses, troubles visuels isolés).

La promotion d'un mode de vie sain constitue la pierre angulaire de la prévention : activité physique régulière (au moins 150 minutes d'activité modérée par semaine), alimentation équilibrée de type méditerranéen, arrêt du tabac et limitation de la consommation d'alcool.[4] Le calcul du risque cardiovasculaire global doit être effectué régulièrement pour guider les interventions thérapeutiques, et notamment les objectifs de LDL.

En l'absence de risque cardio-vasculaire élevé ou à préciser, la mise sous traitement hormonal substitutif jusqu'à 50 ans des femmes présentant une ménopause précoce limite la majoration du sur-risque cardio-vasculaire du fait de la carence œstrogénique. Un traitement par voie transdermique sera privilégié (9 : Algorithme décisionnel de la décision d'initier un traitement hormonal de la ménopause chez la femme symptomatique, adapté du consensus "HTA, hormones et femmes" (www.sfhta.eu).)

Il est intéressant, avant la consultation, de proposer à la patiente un questionnaire à remplir qui va grandement la faciliter et l'organiser : <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/back/outils/Je-prepare-ma-consultation-38-FR.pdf>

La consigne de ***l'appel au 15*** devant des manifestations atypiques ou non est à rappeler lors d'une évaluation du risque cardiovasculaire.

### 3. Dépistage des cancers

Le dépistage des cancers doit être adapté à l'âge et au risque individuel.

Trois dépistages sont organisés :

Pour le **cancer du sein**, la mammographie est organisée tous les 2 ans de 50 à 74 ans avec une double lecture des images.

Après 75 ans l'intérêt du dépistage « individuel » perdure mais rythmicité à définir. Il existe un consensus gynécologique : mammographie tous les 2 ans tant que l'espérance de vie est estimée supérieure à 10 ans avec un état général permettant les traitements du cancer.(10), (11).

L'autopalpation mammaire ne peut en aucun cas remplacer ni l'examen clinique ni la mammographie. Elle est un indiscutable pas vers l'attention des patientes à leur santé et à leurs risques, à l'acquisition d'une autonomie vers la prévention et le dépistage,

Le dépistage du **cancer du col utérin** est organisé depuis 2018 chez les femmes de 25 à 65 ans. De 30 à 65 ans, il repose sur un test HPV-HR par prélèvement cervical, tous les 5 ans après un résultat négatif. Il est estimé que 90% de ces cancers pourraient être évités par le dépistage des lésions pré-cancéreuses. Les patientes concernées sont invitées au dépistage et reçoivent un courrier de relance 1 an après la sollicitation si non effectué (ameli). La vaccination HPV avant 26 ans reste l'intervention de prévention majeure.

Les disparités d'accès au dépistage sont importantes : les femmes avec un faible niveau d'éducation ont beaucoup plus de « chances » de ne pas avoir réalisé de frottis/test HPV dans les délais recommandés, comparativement aux femmes avec le niveau d'éducation le plus élevé.

**Le dépistage du cancer colorectal**, sous-utilisé, est organisé de 50 à 74 ans par un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans, **ou** une coloscopie selon les facteurs de risques, à actualiser régulièrement (notamment antécédents au premier degré).

### 4. Diagnostic et prévention de l'ostéoporose

#### 4.1 Facteurs de risque ostéoporotique

L'ostéoporose post-ménopausique touche environ 20% des femmes de plus de 50 ans et 30% des femmes de plus de 65 ans.[12] Les facteurs de risque majeurs incluent l'âge avancé, le faible poids corporel (58 kg ou IMC <20), les antécédents personnels de fracture de fragilité à l'âge adulte (particulièrement hanche, vertèbre, poignet), les antécédents parentaux de fracture de hanche, la prise de corticoïdes (>5 mg de prednisone ou équivalent pendant plus de 3 mois), le tabagisme actuel, la consommation excessive d'alcool,

la ménopause précoce (40 ans) ou l'hypogonadisme (périodes d'aménorrhées hypothalamique, anorexie), et les chutes fréquentes.[12]

D'autres facteurs incluent un faible taux de calcium et de vitamine D, un temps prolongé en position de cyphose, et un temps limité d'activité en extérieur.[8] Les pathologies secondaires (polyarthrite rhumatoïde, maladies inflammatoires intestinales, insuffisance rénale chronique, maladies hépatiques chroniques) et certains médicaments (inhibiteurs de l'aromatase, agonistes de la GnRH, antiépileptiques) augmentent également le risque.[9]

Les dernières recommandations HAS concernant le diagnostic et la prévention de l'ostéoporose datant de 2006, il est nécessaire de recourir à des publications et guides de bonne pratique plus récents :

#### 4.2 Dépistage par densitométrie osseuse

Le dépistage par densitométrie osseuse (DXA) est recommandé chez toutes les femmes de 60 à 65 ans et plus, indépendamment des autres facteurs de risque. [9-11] -Cf 4.3 ci-dessous pour le remboursement-. Pour les femmes ménopausées de moins de 65 ans, le dépistage est recommandé en présence d'au moins un facteur de risque, avec utilisation d'un outil d'évaluation du risque fracturaire comme le FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) : <https://www.fraxplus.org/fr/calculacion-tool> ; [http://aporose.fr/trait\\_frax.php](http://aporose.fr/trait_frax.php)

Le dépistage chez les femmes ménopausées de moins de 65 ans est recommandé lorsque le risque de fracture majeure à 10 ans est **supérieur à 8,4%** selon le FRAX.[12] La mesure de la densité minérale osseuse est plus précise au niveau de la hanche et de la colonne lombaire.[12] Une perte de taille de 2 cm en 3 ans ou de 4 cm depuis l'âge adulte doit inciter à réaliser une imagerie vertébrale pour rechercher une fracture vertébrale asymptomatique.[12]

Le rythme de dépistage après un examen normal reste débattu. Un suivi annuel est recommandé pour les patientes sous corticothérapie chronique (7,5mg ou plus d'équivalent prednisone par jour).

#### 4.3 Recommandations simplifiées pour une prise en charge réaliste de l'ostéoporose en médecine générale : ([Calcul du FRAX](#)) :

Ostéodensitométrie (DXA) pour toutes les femmes ménopausées après 60 ans (ou 65 selon *USPTF – reco US-* et avant si [facteur de risque](#) ) ou après une fracture suspecte.  
En l'absence de fracture, calcul du FRAX.

Les conditions actuelles de remboursement de l'ostéodensitométrie par l'assurance maladie sont précisées ci-après sur [ameli](#), et sont fonction de facteurs de risque chez la femme ménopausée : <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/osteodensitometrie>

Puis, bilan et conduite thérapeutique :

1. Bilan de l'ostéoporose : NFS, CRP, créatinine, bilan hépatique, vitamine D, calcémie, phosphore, et électrophorèse des protéines sériques en cas d'ostéoporose « anormale » -
2. Biphosphonate en 1er traitement anti-ostéoporotique selon T-score : [fracture sévère](#)  $\leq -1$ , autres fractures  $\leq -2$  ou tout T-score  $\leq -3$
3. Avis rhumatologique si T-score proche (1 point) de l'indication de traiter
4. Biphosphonate : bilan bucco-dentaire, acide alendronique 70 mg/sem ou risédronate 35 mg/sem ou 75 mg 2 jours de suite 1 fois par mois
  - Au moins 30 minutes avant le repas, debout ou assis (sans se recoucher ensuite) avec un grand verre d'eau du robinet (ou peu minéralisée)

- Fracture du col du fémur (FESF) : zolédronate 5mg/100ml IVL à domicile (pas avant J+15 de la fracture).
  - [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporse](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporse)
5. Évaluer les apports calciques et souvent supplémenter à distance des repas, supplémentation quotidienne en vitamine D de 800 à 1000 UI/j
  6. Contrôle de l'ostéodensitométrie à 2-3 ans et avis rhumatologique
  7. Contrôle de la DXA 2 ans après l'arrêt du traitement

Actualisation 2018 des recommandations pour le traitement de l'ostéoporose post ménopausique : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718921000647>

Recommandations 2021 du GEMVI/CNGOF Ménopause, traitement hormonal de ménopause et ostéoporose. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi :

<https://www.grio.org/documents/page500/actualisation-2018-recommandations-opm.pdf>

### Prévention liée à l'ostéoporose pour toutes les femmes :

- Arrêt du tabac, activité physique, vitamine D  $\geq$  800 UI/j, calcium cible 1 - 1,2 g/j (aliments riches en calcium). Prévention du risque de chutes.

+ THS de la ménopause, Chapitre ci-dessous :

## 5. Traitement hormonal substitutif (THS)

Le THS de la ménopause a été soumis à de grandes forces de marée : Pleine mer jusque 2002 et gros reflux avec l'étude américaine WHI interrompue en raison de la surmortalité sous THS « américain ». Des études européennes vont indiquer ensuite le même sens de reflux avec des produits différents.

Donc marée basse puis, le suivi de WHI ayant été poursuivi chez les patientes randomisées, une publication de 2017 dans le JAMA (29) conclue à l'absence de différences de mortalité, notamment cardio-vasculaire et par cancer, au terme d'un suivi de 18 ans entre les patientes ayant été traitées et le placebo. Les produits utilisés en Europe par voie transdermique s'avèrent moins délétères. Début de remontée du THS : Nous allons essayer d'observer le rivage en 2026...

### 5.1 Indications et bénéfices

-1 : L'indication **principale** du traitement hormonal substitutif (THS) dans la ménopause est le traitement des symptômes climatériques pour lesquels il est **le seul à être efficace sur tous** : Les bouffées vasomotrices, les sueurs nocturnes, le syndrome génito-urinaire de la ménopause (sécheresse vaginale, dyspareunie, troubles urinaires) et les troubles mnésiques (« brouillard mnésique » de la ménopause) qui constituent tous d'importantes atteintes à la qualité de vie.

Les traitements locaux à base d'œstrogènes sont indiqués, avec une efficacité similaire, uniquement sur le syndrome génito-urinaire de la ménopause. [JAMA, 2023].

Les ISRS et la clonidine ont une efficacité sur les bouffées vaso-motrices. Un nouveau traitement non hormonal est apparu en avril 2025 pour les traiter, le fézolinétant (Veozan\*). Il nécessite une surveillance

hépatique et reste contre-indiqué en cas d'antécédent de cancer du sein. La Revue Prescrire de décembre 2025 le classe plus dangereux qu'utile, sans méconnaître son efficacité.

**-2 :** Concernant la **prévention de l'ostéoporose et du risque fracturaire**, le THS a démontré une efficacité anti-fracturaire robuste quel que soit le degré de l'ostéoporose. Les méta-analyses montrent une réduction de 34% du risque de fractures vertébrales, 29% des fractures du col fémoral, et 21% des fractures non-vertébrales.[12] Cette efficacité est observée même chez les femmes à faible risque fracturaire. [12-13]

Le THS augmente la densité minérale osseuse pendant les 3 premières années, mais cet effet cesse ensuite. Après l'arrêt du traitement, la densité osseuse diminue rapidement pour atteindre des niveaux similaires à ceux des femmes sous placebo. [15] Le bénéfice anti-fracturaire persiste pendant la durée du traitement mais ne se maintient pas après son arrêt [21], d'où l'intérêt de le poursuivre au moins 5 ans.

Chez les femmes ayant une **ménopause précoce** ou une insuffisance ovarienne prématurée, le THS est recommandé jusqu'à l'âge physiologique de la ménopause pour prévenir les complications liées à la carence œstrogénique, notamment la perte osseuse. [Lancet, 2024]

**-3 :** Le THS n'est pas recommandé pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires, du diabète ou de la démence. (NEJM, 2020)

La prescription doit toujours être individualisée, en tenant compte des contre-indications (antécédents de cancer du sein ou de l'endomètre, maladie thromboembolique, pathologie hépatique sévère) et du rapport bénéfice/risque. La dose la plus faible efficace doit être utilisée, avec une réévaluation régulière. [1-3]

**En résumé, les indications reconnues sont : symptômes vasomoteurs gênants, syndrome génito-urinaire, prévention de l'ostéoporose chez les femmes à risque élevé, et ménopause précoce. De plus :**

Les troubles mnésiques de la ménopause répondent au THS et sont sans lien avec un déficit cognitif présent ou à venir.

Par contre, les bouffées vasomotrices seraient corrélées, dans la très solide étude longitudinale sur 20 ans SWAN (28), à un risque cardio-vasculaire majoré, les cardiologues américains suggèrent d'en faire un facteur de risque à part entière. Les études d'efficacité du THS sur ce risque spécifique ne sont pas suffisantes actuellement.

Il existe aussi un risque majoré de déclin cognitif (30) en présence de ces bouffées vaso-motrices à la ménopause, avec des données d'imagerie (31), même remarque pour le THS.

## **5.2 Risques et contre-indications**

Le profil de risque diffère selon le type de THS. Le THS combiné (œstrogène + progestatif) augmente probablement le risque de cancer du sein (RR 1,27), peut augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral (RR 1,39) et de thromboembolies veineuses (RR 2,03), et augmente les maladies de la vésicule biliaire nécessitant une chirurgie (RR 1,64).[19] Il réduit probablement le risque de toutes les fractures cliniques (RR 0,78).[19]

Le THS par œstrogène seul (chez les femmes hystérectomisées) fait probablement peu ou pas de différence sur le risque d'événements coronariens (RR 0,94), de thromboembolies veineuses (RR 1,32) et de cancer du

sein (RR 0,79). Il augmente probablement le risque d'AVC (RR 1,33) et de maladies de la vésicule biliaire (RR 1,78), et réduit probablement le risque de fractures (RR 0,73).[19]

Les contre-indications absolues au THS incluent : antécédent de cancer du sein, maladie coronarienne, antécédent de thromboembolie veineuse ou d'AVC, et maladie hépatique active.[16][22]

### 5.3 Modalités de prescription

#### **Rappel :**

Le rapport bénéfice-risque est le plus favorable chez les femmes **de moins de 60 ans** ou dans les 10 ans suivant le début de la ménopause, sans contre-indications, et présentant des symptômes vasomoteurs modérés à sévères. [21-22], **ET**, si le T-Score est inf à -2, même sans bouffées vasomotrices, depuis 2022. Au-delà de 10 ans après la ménopause ou après 60 ans, le rapport bénéfice-risque devient moins favorable en raison du risque accru d'événements cardiovasculaires, d'AVC, de thromboembolies et de démence. [16, 18, 19]

Les médicaments utilisables sont détaillés par l'avis 2025 de la HAS et adoptés par la commission de transparence (25).

#### **Les modalités de prescription :**

- Formes : Œstrogènes seuls (chez la femme hystérectomisée) ou en association avec un progestatif (si utérus présent) pour prévenir l'hyperplasie endométriale.
- Voies d'administration : Très préférentiellement transdermique (patch, gel) pour les œstrogènes. La voie orale a un risque thrombogène supérieur sans avantages autres.
- Posologie : Toujours la dose minimale efficace, adaptée à la sévérité des symptômes, avec estradiol transdermique et progestérone micronisée, considérés comme identiques aux hormones naturelles.
- Durée : Elle doit s'adapter aux besoins de la patiente, à la réévaluation du rapport bénéfice/risques et des CI, et aux essais d'interruption du traitement (une fois par an dans les études et en pratique plutôt 2 ou 3 ans afin d'éviter la reprise des troubles climatériques tous les ans à l'arrêt du traitement). La persistance de l'indication est l'élément premier de la poursuite de la prescription. Il existe dans la moitié des cas la persistance d'au moins un symptôme climatérique à l'arrêt à 60 ans.
- Surveillance : Bilan initial (clinique, gynécologique, cardiovasculaire, mammaire), puis suivi annuel, incluant mammographie selon les recommandations en vigueur.

Contre-indications : Cancer du sein ou de l'endomètre, antécédent de thrombose veineuse ou artérielle, maladie hépatique sévère, saignements génitaux inexplicables. La démence est une contre-indication dans plusieurs publications.

L'information de la patiente sur les bénéfices et risques du traitement, la mention du consentement éclairé dans le dossier, sont obligatoires.

***L'individualisation stricte de la prescription et la surveillance-réévaluation du traitement sont les principes majeurs de la prescription du THS de la ménopause.***

La faible utilisation du THS en France persiste, souvent liée à la crainte des risques, malgré une prévalence élevée des symptômes et un besoin d'éducation des patientes et des professionnels. C'est aussi l'intérêt de notre séance Groupe Qualité qui pourra considérer plus précisément l'individualisation de la prescription à partir de cas cliniques...

### **En pratique (26) :**

- Le THM est débuté seulement après diagnostic clinique certain et **au mieux moins de 5 ans** et, dans tous les cas, moins de 10 ans après le début de la ménopause (majoration risque vasculaire).
- Association : **estradiol par voie cutanée 17-bêta-estradiol + progestérone micronisée**, ou dydrogestérone. Le schéma continu est le plus simple et évite les hémorragies de privation. Si souhait d'hémorragie de privation, dydrogestérone au moins 12 jours par mois
- Utiliser les doses minimales efficaces
- Si hystérectomie : estradiol cutané seul
- Délai d'efficacité sur les bouffées vasomotrices : 2-6 semaines. L'absence d'efficacité doit faire rechercher des BVM atypiques.
- Contre-indications absolues à l'estradiol par voie orale  
Antécédents de MVTE / Obésité / Thrombophilie
- Réévaluation annuelle du THM

### **Adaptation du traitement hormonal**

Adaptation du traitement hormonal selon les signes estrogéniques :

- Signes d'**hyper-estrogénie** : réduire les doses  
Mastodynies, gonflement abdominal, prise de poids, nervosité/irritabilité.
- Signes d'**hypo-estrogénie** : augmenter les doses  
Bouffées vasomotrices, sécheresse vaginale, troubles du sommeil, asthénie, frilosité, douleurs articulaires.

### **Arrêt du traitement hormonal**

L'arrêt du traitement hormonal de la ménopause peut être brutal ou progressif avec un effet identique sur la récurrence du syndrome climatérique. Il peut être repris en cas de dégradation de la qualité de vie (selon la balance bénéfico-risque), comme écrit ci-dessus (Durée).

Après l'arrêt du traitement hormonal, poursuivre un suivi médical osseux et cardiovasculaire rigoureux.

**Actualité** : Recommandations de la HAS pour les femmes de plus de 45 ans ayant utilisé du **désogestrel**

La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations spécifiques pour les femmes de plus de 45 ans concernant l'utilisation du désogestrel, un contraceptif progestatif :

- Information sur le risque de méningiome : Les prescripteurs doivent informer les femmes de plus de 45 ans ou celles traitées depuis plus de 5 ans par désogestrel sur le risque très faible de méningiome, les signes évocateurs et les mesures à prendre.
- Il est recommandé de réévaluer la pertinence de maintenir une contraception par désogestrel pour les femmes de plus de 45 ans, compte tenu du risque de méningiome.
- Vérification des traitements antérieurs : Avant toute prescription ou changement de contraception hormonale progestative, les prescripteurs doivent vérifier les traitements antérieurs par progestatifs ainsi que leur durée d'utilisation.
- IRM cérébrale : Une IRM cérébrale est recommandée uniquement pour les femmes présentant des signes évocateurs de méningiome ou en cas de nouvelle prescription de désogestrel chez une femme

exposée antérieurement à un ou plusieurs progestatifs à plus haut risque (acétate de cyprotérone, nomégestrol, chlormadinone).

NB : Pour une contraception micro-progestative, la drospirénone (Slinda\*) n'est pas impliquée dans le risque méningiome, mais ... elle est aussi plus récente.

## 6. Autres aspects de la prévention

La **vaccination** doit être à jour : grippe annuelle, pneumocoque selon les recommandations, rappel diphtérie-tétanos-coqueluche tous les 10 ans, et zona chez les femmes de plus de 50 ans. [24-25]

Le dépistage des troubles cognitifs, de l'incontinence urinaire, de la dépression et des troubles sexuels est important car ces conditions sont souvent sous-diagnostiquées. L'évaluation de la fonction cognitive peut débuter dès 65 ans, particulièrement en présence de facteurs de risque.

La prévention des chutes doit inclure l'évaluation de l'environnement domestique, la révision des traitements médicamenteux pouvant altérer l'équilibre ou la vigilance, et la promotion d'exercices d'équilibre et de renforcement musculaire.

## 7. Déterminants sociaux de santé et inégalités

Les déterminants sociaux de santé ont un impact majeur sur l'efficacité des stratégies préventives. Les données montrent que le déficit éducatif et le manque d'accès aux soins sont associés à une diminution de toutes les actions préventives examinées (mammographie, frottis, vaccination, dépistage colorectal).[2] L'insécurité alimentaire, l'isolement social, la précarité psychique sont fortement associés à la non-réalisation des examens préventifs.[14]

Il en est de même des situations de harcèlement ou de violences intra-familiales.

L'effet est cumulatif : chaque facteur de risque social supplémentaire diminue significativement les chances de recevoir les actions préventives recommandées.

**8. Conclusion ?** : Le suivi de la femme après 45 ans est un enjeu médical qui nécessite des efforts car nous avons peu appris que la femme n'était pas la version F de l'homme : il ne s'agit pas d'adapter à une population un suivi et une prévention « de genre ». Il faut penser autrement. Imaginons une dystopie : la Genèse, puisqu'il faut un début, est rédigée par une femme. Etablir le suivi et la prévention de l'homme de plus de 45 ans serait à ce jour un enjeu, les études cliniques auraient surtout concernées les femmes, mais les hommes meurent plus tôt, en partie par manque de protection œstrogénique, des officines de pays sans vergogne proposent des greffes d'ovaires aux candidats, etc.

Penser autrement, ce serait aussi, admettre nous adresser à deux populations différentes, avec des risques différents, des préventions différentes, des interventions thérapeutiques différentes. Sans doute le pressentons nous, le réalisons nous, mais d'une façon ni suffisamment organisée ni suffisamment académique. C'est l'objet de ce dossier que de le considérer, notre marge de progression est sans doute importante, elle est aussi conditionnée à l'appréciation sociale de la ménopause, positivement évolutive comme l'établit le très complet rapport d'avril 2025 sur la ménopause à l'initiative du Premier ministre, rédigé sous l'autorité de l'actuelle ministre de la Santé (27).

## Documents de Référence :

de décembre 2025... :

<https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/abs/2025/12/contents/contents.html>

<https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-gynecologue/n-453>

Et, sur abonnement, mais consultable en ligne : <https://fliphtml5.com/bookcase/dlqt>

## Bibliographie :

1 -Well-Woman Visit.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). 2018. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, Catherine Witkop Guideline

2 Social Risk Factor Domains and Preventive Care Services in US Adults.

JAMA Network Open. 2024. Schroeder T, Ozieh MN, Thorgerson A, et al.

3 <https://www.sfcardio.fr/publication/chapitre-02-item-222-facteurs-de-risque-cardiovasculaire-et-prevention/>

4 .Promoting Risk Identification and Reduction of Cardiovascular Disease in Women Through Collaboration With Obstetricians and Gynecologists: A Presidential Advisory From the American Heart Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists.

 Circulation. 2018. Brown HL, Warner JJ, Gianos E, et al. Guideline

5. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?login=false>

6. SCOE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J 2021;42:2439-54

7. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. Eur Heart J 2021;42:2455-67.

8. <https://www.cardio-online.fr/actualites/depeches-en-cardiologie/2025/un-nouvel-algorithme-performant-predit-le-risque-cardiovasculaire-a-partir-des-mammographies-de-routine-et-de-l-age-des-femmes>

9. <https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/04.pdf>

10. Impact of Screening Mammography on Breast Cancer Outcomes in Women Aged 80 Years and Over Breast. Oncolog, Published: 13 September 2025 Volume 33, pages 129–137,

11. <https://link.springer.com/article/10.1245/s10434-025-18288-4>

12. [Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society\\* Clinical Practice Guideline.](#)

13. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2019. Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Guideline

14. [Vital Signs: Mammography Use and Association With Social Determinants of Health and Health-Related Social Needs Among Women - United States, 2022.](#)

15. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2024. Miller JW, King JA, Trivers KF, et al.

16. Prevention of Chronic Diseases in Middle-Age Women: A Cross-Sectional Study on an Italian Large Sample.

European Journal of Public Health. 2020. Colombo A, Voglino G, Sessa A, et al.

17. The New England Journal of Medicine. 2023. Walker MD, Shane E.

18. Long-Term Hormone Therapy for Perimenopausal and Postmenopausal Women.

19. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2025. Bofill Rodriguez M, Yong LN, Mirkov S, et al. New

20. Aging Women and the Office Assessment: Clinical Updates in Women's Health Care Primary and Preventive Care Review.

Obstetrics and Gynecology. 2020. Miller M.

21. Management of Menopausal Symptoms: A Review.

22. The Journal of the American Medical Association. 2023. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE.

23. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of the North American Menopause Society.

24. Menopause. 2022.

25. [.https://www.gyneco-](https://www.gyneco-)

[online.com/sites/default/files/sites/default/files/SPECIALITES%20INDIQUEES%20DANS%20LE%20TRAIEMENT%20HORMONAL%20DE%20LA%20MENOPAUSE%2C.pdf](https://www.gyneco-online.com/sites/default/files/sites/default/files/SPECIALITES%20INDIQUEES%20DANS%20LE%20TRAIEMENT%20HORMONAL%20DE%20LA%20MENOPAUSE%2C.pdf)

26. <https://recomedicales.fr/recommandations/menopause/>

27. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_menopause\\_en\\_france-rapport\\_et\\_annexes-04-25.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_menopause_en_france-rapport_et_annexes-04-25.pdf)

28. [https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.017416?url\\_ver=Z39.88-](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.017416?url_ver=Z39.88-)

[2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.017416?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

29. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2653735>

30. CALE & coll Menopause 2024, 31, 959-965

31. THURSTON & coll Neurology 2023, 100, e133-e141

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9841446/>

: