

Comprendre le traitement hormonal

Le THM, huit questions *pour voir clair*

*Ce que la science dit aujourd'hui du traitement hormonal de la ménopause —
sans détour, sans sur-promesse.*

Dr Hugues Geoffrion

Gynécologue, spécialiste de la ménopause

Téléconsultation

France entière

Qu'est-ce que le THM ?

Le traitement de première intention recommandé par les sociétés savantes pour les femmes en (péri)ménopause symptomatique.

La périménopause et la ménopause correspondent à une carence progressive en œstrogènes. Il existe des récepteurs à l'œstrogène dans presque chaque système d'organe — cerveau, cœur, os, muscles, peau, articulations, sphère urogénitale — ce qui explique la grande variété des symptômes, visibles (bouffées de chaleur, sommeil) ou silencieux (perte osseuse, profil cardiovasculaire).

Le THM consiste à combler ce déficit par des hormones, à des dosages proches de ceux que produisait naturellement l'organisme.

Recommandé — en l'absence de contre-indication — par le CNGOF, le GEMVI, la NAMS, l'IMS et la BMS.

En une phrase

Le THM ne rajoute rien d'extérieur au corps — il restitue, à dose physiologique, ce qu'il ne produit plus.

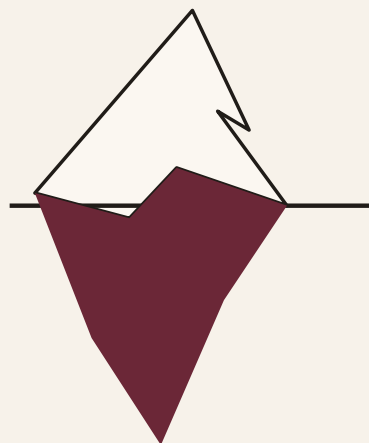
CE QUI AMÈNE EN CONSULTATION

Bouffées de chaleur, sueurs nocturnes

Troubles du sommeil

Douleurs articulaires

Sécheresse, inconfort intime



CE QUE L'ON TRAITE, DANS LA DURÉE

Perte osseuse, ostéoporose

Profil cardiovasculaire

Masse et force musculaire

Atrophie génito-urinaire

Les symptômes qui dérangent ne sont que la partie visible — le THM agit sur les deux.

La vitamine D complète la protection osseuse du THM — [guide dédié](#) →

De quoi est-il composé ?

Deux hormones, à des rôles bien distincts.

L'œstrogène (estradiol) — l'hormone principale, qui traite les symptômes et protège contre les risques à long terme.

La progestérone — indispensable si vous avez encore votre utérus : elle protège l'endomètre d'une stimulation excessive par les œstrogènes.

En France, les formulations privilégiées sont l'estradiol transdermique (patch, gel) et la progestérone naturelle micronisée — un profil différent des hormones de synthèse orales étudiées dans les années 2000.

THM

Formulation

Bio-identique, comme le corps en produit

Dosage

Physiologique

Objectif

Comblé un déficit

Pilule contraceptive

Formulation

Synthétique

Dosage

Nettement plus élevé

Objectif

Bloquer l'ovulation

Une confusion fréquente : le THM n'a pas les mêmes effets secondaires que la pilule — ce n'est ni le même dosage, ni le même objectif.

Comment faut-il le prendre ?

Systemique ou local, selon ce que vous ressentez.

THM systémique (patch, gel) — symptômes dans le corps entier : bouffées de chaleur, sommeil, articulations, os.

THM local (crème, anneau, comprimé vaginal) — symptômes génito-urinaires seuls : sécheresse, infections urinaires à répétition.

Il n'y a pas de durée maximale imposée. Le traitement est maintenu tant que les symptômes persistent, à la dose minimale efficace, avec une réévaluation annuelle de la balance bénéfice/risque.

Le discours français a longtemps insisté sur la « durée la plus courte possible » ; les sociétés savantes britanniques (comme la nôtre aujourd'hui) retiennent plutôt l'absence de durée maximale arbitraire, avec une réévaluation annuelle — même logique, formulation plus rassurante.

Le bon moment

Avant 60 ans, ou dans les 10 ans suivant la ménopause — la « fenêtre d'opportunité ».

Les tissus cardiovasculaires et cérébraux conservent, pendant cette période, une meilleure sensibilité aux hormones.

Peut-on commencer tard ?

Oui, mais l'évaluation est plus approfondie — ce n'est jamais un refus automatique.

Après 10 à 15 ans de carence œstrogénique non traitée, en particulier après 65 ans, le terrain a souvent évolué : risque cardiovasculaire, insulino-résistance, cholestérol et tension artérielle peuvent déjà être modifiés — indépendamment de tout traitement. Commencer tard ne change pas le bénéfice attendu sur les symptômes, mais demande un bilan préalable plus complet.

SI LE TERRAIN N'EST PAS ÉVALUÉ

Risque cardiovasculaire déjà élevé

Insulino-résistance, cholestérol

Bénéfices réduits, risques accrus

AVEC UNE ÉVALUATION INDIVIDUALISÉE

Bilan cardiovasculaire et métabolique

Évaluation mammaire à jour

Décision partagée, surveillance adaptée

La vraie question n'est pas l'âge seul, mais *quand, chez qui, avec quelles molécules et pour quel objectif*. Chaque femme est unique ; chaque décision doit l'être aussi.

Quels sont les avantages ?

Débuté dans la fenêtre d'opportunité, le THM agit sur plusieurs fronts à la fois.



Bouffées de
chaleur



Sommeil



Articulations



Sécheresse
intime



Humeur,
mémoire



Poids,
métabolisme

>90 %

de réduction des bouffées de
chaleur et sueurs nocturnes

Prévenue

la perte osseuse ; risque de
fracture réduit

Améliorée

qualité de vie sexuelle,
sécheresse vaginale

Le THM réduit aussi les douleurs articulaires liées à la carence œstrogénique, et s'accompagne d'un profil cardiovasculaire et métabolique plus favorable (WHI reanalysis, Rossouw et al. 2007 ; DOPS, Schierbeck et al., BMJ 2012) — sans constituer, à lui seul, une indication de prévention cardiovasculaire.

En novembre 2025, la FDA a retiré les avertissements « boîte noire » cardiovasculaire, cancer du sein et démence probable des THM, jugeant les craintes issues de l'étude WHI (2002) surévaluées.

Le risque cardiovasculaire féminin mérite un guide à lui seul — **Cœur & Ménopause** →

Quelles sont les considérations ?

Cancer du sein — une crainte historiquement surévaluée

Le surrisque observé dans l'étude WHI (2002) concernait l'association œstrogènes oraux + progestatif de synthèse — une formulation qui n'est plus celle prescrite en France. Avec les formulations actuelles (œstrogènes transdermiques + progestérone micronisée), la cohorte française **E3N-Inserm** (Fournier et al.) n'a pas montré d'augmentation de risque, et une étude finlandaise de grande ampleur (**Mikkola et al., 2016**) rapporte une mortalité par cancer du sein réduite chez les utilisatrices de THM. Quand un surrisque existe, il reste faible en absolu : de l'ordre d'un cas supplémentaire pour 1 000 femmes traitées sur plusieurs années — comparable à une consommation régulière d'alcool.

Contre-indications absolues

Antécédent personnel de cancer du sein ou de l'endomètre

Pathologie thrombo-embolique non contrôlée

Affection hépatique sévère

Saignements génitaux inexpliqués

À évaluer avec votre médecin

Antécédents familiaux de cancer du sein

Mutation BRCA1 / BRCA2

Migraines avec aura

Thrombophilie connue

Quel suivi ?

Un rythme simple, pensé pour ajuster sans alourdir.

Avant de débiter — examen clinique, mammographie à jour, bilan biologique, évaluation des facteurs de risque.

À 3 mois — premier rendez-vous de suivi, ajustement des doses.

Chaque année — consultation de réévaluation, mammographie tous les 1 à 2 ans selon votre profil.

Pourquoi ce rythme

Le THM n'est jamais prescrit une fois pour toutes — il s'ajuste avec vous, dans le temps.

Dernière question

Pourquoi un suivi spécialisé change tout — même à distance.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur, mais dispose rarement du temps nécessaire à une prise en charge individualisée. Les délais d'accès aux gynécologues restent longs dans de nombreuses régions.

La téléconsultation spécialisée donne accès à un gynécologue expert sans contrainte géographique, à un bilan initial complet, et à un suivi coordonné avec votre médecin traitant.

Dr Hugues Geoffrion — Gynécologue, téléconsultation partout en France.

Pour aller plus loin

Cœur & Ménopause

Risque cardiovasculaire, symptômes spécifiques, bilan recommandé pour toute femme de la cinquantaine.

Vitamine D — ce que votre taux révèle

80 % des Français ont un taux insuffisant. Comprendre son statut et agir, en complément du THM.

Nutrition & Gynécologie

Protéines, créatine, oméga-3, magnésium : la micronutrition qui accompagne la ménopause.

La mélatonine — guide du sommeil

Pour les troubles du sommeil qui persistent au-delà de ce que traite le THM seul.