

Dr Michel **MOULY**

Gynécologue, chirurgien, cancérologue

M É N O P A U S E

# Ne souffrez plus en silence

Les solutions  
qui vous donnent  
le pouvoir sur  
votre santé.

LE DUC 



Sujet encore tabou dans notre société, la ménopause est pourtant une étape inévitable dans la vie des femmes. Alors que les dernières études américaines vantent les mérites du traitement hormonal «à la française», peu de femmes dans notre pays le suivent, en raison d'une mauvaise presse qui perdure auprès des instances médicales. Face à la méfiance générale, le Dr Michel Mouly s'évertue depuis des années à éveiller les consciences sur les risques liés à une ménopause non traitée : maladies cardiovasculaires, ostéoporose, dépression...

## Découvrez dans ce livre qui s'appuie sur les études scientifiques les plus récentes :

- Ce que sont la **préménopause**, la **périménopause** et la **ménopause**, et les **idées reçues** qui les accompagnent.
- L'**intérêt des traitements hormonaux pour toutes les femmes**, même celles ayant des problèmes de santé spécifiques (cancer, diabète, endométriose, etc.).
- La **façon optimale de suivre ces traitements** : mode d'emploi, temporalité, contre-indications, etc.
- Les **soins complémentaires à mettre en place** : alimentation, naturopathie, activité physique, etc.

## LES SOLUTIONS POUR ACCOMPAGNER VOTRE MÉNopause DE FAÇON INFORMÉE !

*Fort de sa triple spécialisation de gynécologue, chirurgien et cancérologue, le Dr Michel Mouly accompagne les femmes, à chaque âge de la vie. Après avoir travaillé dans de nombreux hôpitaux (Gustave Roussy, Cochin, CHI Créteil), il consulte et opère en libéral. Il est l'auteur de Ménopause, tout peut changer.*

*Préface de Sophie Kune, auteure et créatrice du compte Instagram @menopause.stories.*

*Avec la collaboration d'Alix Lefief-Delcourt.*

**19,90 euros**

Prix TTC France

ISBN : 979-10-285-3059-4



9 791028 530594

editionsleduc.com

**LEDUC** 



Rayon : Santé

MÉNOPAUSE

**Ne souffrez  
plus en  
silence**

## REJOIGNEZ NOTRE COMMUNAUTÉ DE LECTEURS!

**Inscrivez-vous à notre newsletter** et recevez des informations sur nos parutions, nos événements, nos jeux-concours... et des cadeaux!

Rendez-vous ici : [bit.ly/newsletterleduc](https://bit.ly/newsletterleduc).

Retrouvez-nous sur notre site [www.editionsleduc.com](http://www.editionsleduc.com)  
et sur les réseaux sociaux.



### Leduc s'engage pour une fabrication écoresponsable!

« Des livres pour mieux vivre », c'est la devise de notre maison.

Et vivre mieux, c'est vivre en impactant positivement le monde qui nous entoure! C'est pourquoi nous avons fait le choix de l'écoresponsabilité. Un livre écoresponsable, c'est une impression respectueuse de l'environnement, un papier issu de forêts gérées durablement (papier FSC® ou PEFC), un nombre de kilomètres limité avant d'arriver dans vos mains (90% de nos livres sont imprimés en Europe, et 40% en France), un format optimisé pour éviter la gâche papier et un tirage ajusté pour minimiser le pilon! Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre site.



Avec la collaboration d'Alix Lefief-Delcourt.

Conseil éditorial : Emmanuelle Ribes

Édition : Audrey Peuportier

Relecture : Maeva Perrin

Maquette : Jennifer Simboiselle

Design de couverture : Antartik

Photographie de couverture : Catherine Delahaye

Stylisme : Amélie Callier Broyer

© 2024 Leduc Éditions

76, boulevard Pasteur

75015 Paris

ISBN : 979-10-285-3059-4

Dr Michel **MOULY**

M É N O P A U S E

**Ne souffrez  
plus en  
silence**

LEDUC 



# SOMMAIRE

Préface de Sophie Kune	7
Introduction	9
<b>CHAPITRE 1. Ménopause : de quoi parle-t-on vraiment ?</b>	<b>17</b>
<b>CHAPITRE 2. L'hormonothérapie, pour prendre de l'âge sans vieillir</b>	<b>51</b>
<b>CHAPITRE 3. Le THM à la française : mode d'emploi</b>	<b>103</b>
<b>CHAPITRE 4. Les bonnes synergies</b>	<b>125</b>
<b>CHAPITRE 5. Un THM pour toutes !</b>	<b>191</b>
Conclusion	221
Remerciements	227
Table des matières	231



# PRÉFACE

Je suis sincèrement honorée d'écrire la préface de cet ouvrage écrit par un gynécologue, cancérologue, chirurgien et de surcroît grand spécialiste de la ménopause. D'habitude, c'est plutôt moi qui vais à la rencontre des médecins pour obtenir leur expertise. Aujourd'hui, je prends conscience que la voix des femmes ménopausées, que je m'efforce de mettre en avant à travers mes actions et mes réseaux sociaux, compte.

Et c'est ce que j'aime avant tout dans l'approche du D<sup>r</sup> Michel Mouly : pour lui, la parole des femmes compte vraiment. Celle de ses patientes, qu'il reçoit avec bienveillance tous les jours dans son cabinet, et celle de toutes les femmes qui le lisent, l'écoutent dans les médias, lui écrivent des mails pour lui expliquer leur cas personnel.

Ce livre, le D<sup>r</sup> Mouly l'a conçu pour nous apporter des réponses, à nous les femmes ménopausées ou qui allons bientôt l'être, mais aussi à tous leurs proches, hommes compris. Car la ménopause nous concerne toutes et tous.

Son objectif est également d'apporter des solutions concrètes pour nous toutes, car il faut agir! Il n'est plus possible de croire que les bouffées de chaleur, ce n'est pas grave, ou bien que les insomnies et la dépression à la ménopause sont une fatalité. Il n'est plus acceptable de souffrir en silence et de mettre notre santé en jeu, car les solutions existent, et toutes les femmes doivent le savoir.

Arrêtons de croire que la ménopause est la fin de quelque chose. *Game Is Not Ovaire!* Moi, je dirais que c'est l'ouverture d'un nouveau chapitre de vie, et j'oserais même dire le début d'une phase merveilleuse de la vie. Ce que nous montre le D<sup>r</sup> Mouly, c'est que nous avons le pouvoir d'en faire une promenade de santé. Alors prenons ce pouvoir à pleines mains! Soyons les reines de notre existence!

**Sophie Kune,**

auteure de *Game Is Not Ovaire!*

*Apprivoiser sa ménopause pour mieux  
la vivre* (Marabout) et du compte

Instagram @menopause.stories

# INTRODUCTION

Mon frère, un excellent médecin généraliste, m'a longtemps traité de « criminel ». En prescrivant un traitement hormonal « de substitution » à mes patientes ménopausées, je provoquais selon lui des cancers ou des accidents cardiovasculaires. Résultat : pendant vingt-cinq ans, il a refusé que je prescrive ce traitement à ma mère, qui a souffert de tous les symptômes de la ménopause : les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les douleurs articulaires, l'ostéoporose, les troubles de l'humeur, les sensations de brouillard cérébral... C'est mon frère aîné (il a trois ans de plus que moi). C'était lui le « vrai » médecin. Moi, j'étais le « boucher », car également chirurgien. Et il a eu le dernier mot.

Mais il y a trois ans, il m'a appelé et m'a dit : « Mais Michel, c'est grave la ménopause! » Interloqué par ce revirement soudain, je lui ai demandé ce qui l'avait fait changer d'avis. « Quand mes patientes avaient entre 45 et 55 ans, je leur disais : “Surtout pas de traitement hormonal de la ménopause (THM), car cela provoque le cancer

du sein.” Maintenant, elles ont entre 65 et 75 ans, et j’ai vieilli avec elles... Aujourd’hui, je vois bien la différence entre les femmes qui sont sous traitement et celles qui ne le sont pas. Quand les problèmes rhumatismaux ou l’ostéoporose sont déclarés, on arrive trop tard, on aurait dû les prévenir. Idem pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et d’autres maladies. Je suis vraiment passé à côté de quelque chose... » Aujourd’hui, c’est un véritable convaincu : il a passé le diplôme universitaire sur la ménopause, me suit dans tous les congrès français sur la ménopause et prescrit le traitement à ses patientes<sup>1</sup>.

Éveiller les consciences sur les risques de la ménopause, lutter contre les idées reçues, faire bouger les lignes et lever les tabous : c’est pour cela que j’ai écrit, en 2022, mon premier livre sur la ménopause, *Ménopause : tout peut changer*, aux éditions Robert Laffont/Versilio. À la suite de cette parution, j’ai été invité par deux députées à l’Assemblée nationale, puis reçu au ministère de la Santé et à l’Élysée. Devant ce parterre de politiques, j’ai expliqué et expliqué encore que la ménopause sera LE péril sanitaire à venir si l’on ne fait rien. J’ai été effaré par la méconnaissance de ce sujet, même au plus haut niveau des décideurs. Ils n’y connaissent visiblement rien, hommes et femmes confondus d’ailleurs. Dans les multiples échanges téléphoniques qui ont suivi ces rencontres, on m’a confirmé que « quelque chose » allait être fait pour les femmes. Et que s’est-il passé depuis ces belles promesses ? Rien.

Alors pourquoi un deuxième livre aujourd’hui ? Parce que je ne lâche pas l’affaire, et que je ne la lâcherai jamais.

---

1. Vous pourrez lire son avis complet sur la question p. 46.

Je suis convaincu qu'il faut arrêter de sacrifier les femmes. Je ne suis pas là pour faire peur, mais pour tirer la sonnette d'alarme. Pas une autorité de santé n'est capable de dire la vérité aux femmes, à savoir que la ménopause, qui n'est pas une maladie, est une porte ouverte à toutes les maladies graves. Mais une solution est possible, un traitement simple, qui existe depuis quatre-vingts ans : le THM. L'immense majorité des femmes peuvent prendre ce traitement efficace et sans risques, je l'affirme haut et fort. Alors pourquoi ne le savent-elles pas ?

100 % des femmes seront ménopausées. Mais aujourd'hui, seulement 6 % sont traitées. Près de 70 % auront donc des troubles ou des maladies découlant de leur ménopause. Environ 200 Françaises ménopausées entre 45 et 55 ans meurent chaque jour de maladies cardiovasculaires, 1 femme ménopausée sur 3 est touchée par l'ostéoporose, jusqu'à 30 % des femmes préménopausées ou ménopausées souffrent de dépression... Et je ne vous parle même pas du diabète ou des cancers. J'arrête là pour les chiffres, parce que j'y reviendrai largement dans ce livre, et parce que je veux aussi qu'on se concentre sur les bonnes nouvelles.

Et des bonnes nouvelles, il y en a. C'est aussi pour cela que j'ai voulu écrire ce deuxième livre : pour faire le point sur ce qui avance. Fin juillet 2022, la Nams (North American Menopause Society) a mis à jour sa position sur le traitement hormonal<sup>2</sup>. Voici en substance ce qu'elle affirme aujourd'hui : l'hormonothérapie prise le plus

---

2. Nams, « Nams Position Statement: the 2022 Hormone Therapy position Statement of the North American Menopause Society », *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, vol 29, 2022.

tôt possible et sans limite de durée avec les hormones bio-identiques (THM à la française) reste le traitement le plus efficace pour le syndrome vasomoteur (SVM) et le syndrome génito-urinaire de la ménopause (Sgum). Elle améliore la qualité de vie et prévient les maladies cardiovasculaires. Il a aussi été démontré qu'elle prévient la perte osseuse et les fractures. Pour les femmes âgées de moins de 60 ans ou qui sont à moins de dix ans du début de la ménopause et qui n'ont pas de contre-indications, le rapport bénéfice-risque est favorable pour le traitement du SVM gênant et la prévention de la perte osseuse. Tout est dit, et je vous expliquerai plus précisément toutes ces notions dans les pages qui suivent. Cette position américaine a d'ailleurs été approuvée par de nombreuses instances à travers le monde : la Société chinoise de la ménopause, la Société néerlandaise de la ménopause, la Société espagnole de la ménopause, la Société indienne de la ménopause, la Société japonaise pour la ménopause et la santé des femmes... et encore bien d'autres. Il y a cependant une grande absente : la France. Mais qu'attendons-nous pour en finir une bonne fois pour toutes avec nos recommandations obsolètes (celles de la Haute Autorité de santé sur le THM datent de 2014)? Qu'attend-on pour enfin vraiment prendre soin de la santé des femmes?

Les gynécologues doivent être les médecins généralistes de la femme. Dans mon bureau, il y a une grande toile accrochée sur l'un des murs. Cette toile s'appelle *L'Horloger*. Elle a été peinte par l'une de mes patientes qui m'a ainsi surnommé parce qu'en lui « réglant » sa vie, je la lui ai sauvée. La femme est l'horloge de la vie. Elle donne

naissance et franchit, tout au long des années, et bien plus que les hommes, des étapes qui sont autant de combats : la puberté, les douleurs qui accompagnent souvent les premières règles et les premiers signes de l'endométriose à dépister, les grossesses, avec leur cortège de maux, et puis la ménopause. En tant que gynécologue, obstétricien, chirurgien gynécologique et cancérologue, je connais toutes ces étapes au cours desquelles on peut intervenir, faire du bien et surtout prévenir les risques. Comme le dit une autre de mes patientes, je suis « l'homme qui murmure aux hormones des femmes ».

Lors de mes consultations, j'ai la réputation d'être un peu ferme dans mes propos, et de ne pas être avare de « Faites attention à ça », « Laissez tomber ceci », « Faites cela... ». Mesdames – et je m'adresse surtout à toutes celles qui ne me connaissent pas encore –, je vous saurai gré de m'excuser si vous me trouvez parfois un peu direct aussi dans ces pages. Mes patientes savent que j'agis pour elles, pour qu'elles se sentent bien et pour longtemps. Et l'objectif de ce livre est le même : faire en sorte qu'à 50, 60, 70 ou 80 ans, vous soyez en forme, aussi bien sur le plan physique que sur le plan mental, que vous viviez votre vie de la manière la plus sereine possible, sans douleurs, sans inconforts et sans angoisses. Et c'est possible, comme je vais vous le démontrer dans ce livre. Je voudrais aussi vous faire comprendre l'importance de la prévention : il est possible de mettre en place, avant l'arrivée de la ménopause, et je dirais même dès le début de la vie (dès les « 1 000 premiers jours<sup>3</sup> »), des

---

3. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

règles hygiéno-diététiques simples qui, une fois la ménopause en place et associées au THM, agiront en synergie positive. C'est la raison pour laquelle, dans ce livre, je vous parlerai aussi d'alimentation, de compléments alimentaires, de plantes et d'activité physique.

Dans ce livre, je veux m'adresser à toutes les femmes, y compris les « oubliées » et les « sacrifiées » du THM. À toutes celles à qui on a dit non « parce que ce traitement est dangereux », « parce que c'est trop tard pour vous », « parce que, ah non madame, vous avez un antécédent de cancer du sein » ou même « parce que vous n'avez aucun problème avec votre ménopause, et donc parce que vous n'en avez pas besoin »... La vérité, c'est que, à part une infime part de femmes qui présentent de réelles contre-indications à ce traitement (et à qui on peut proposer, rassurez-vous, d'autres stratégies), toutes les femmes ménopausées ont intérêt à prendre ce traitement pour prévenir un certain nombre de maladies associées à l'âge. Le traitement hormonal est, à mes yeux, LA bonne réponse pour TOUTES les femmes, à condition, bien sûr, d'adapter ce traitement à CHAQUE femme. En tant que gynécologue et surtout cancérologue, vous pouvez me croire, je ne ferai jamais prendre le moindre risque à aucune d'entre vous.

Mon objectif, dans cet ouvrage, est de vous donner toutes les clés pour vous informer sur la ménopause, et pour mettre en place la solution qui va améliorer votre bien-être. Je reçois presque chaque jour (et surtout après mes passages à la radio ou à la télé) des mails de détresse de femmes complètement délaissées par le monde médical, à qui on n'apporte aucune réponse. Je suis à chaque fois

## INTRODUCTION

bouleversé par leurs propos, et je prends soin de répondre à chacune d'entre elles. J'espère qu'elles trouveront ici les réponses à une bonne partie de leurs questions, et surtout que ce livre passera de main en main, de femme en femme, d'amie en amie, de mère en fille (et de fille en mère), ainsi qu'au sein des couples, de femme en compagnon ou compagne. Et que chacun(e) relaiera ce message : « Tu vois, il y a une solution ! »



## Chapitre 1

# MÉNOPAUSE : DE QUOI PARLE-T-ON VRAIMENT ?

Dans mon premier livre, j'ai consacré une partie de l'introduction à expliquer le terme de ménopause. L'explication me semblait claire et précise, mais apparemment, cela n'a pas été suffisant. Sur les plateaux télé, lors de mes rencontres avec les politiques, dans mon cabinet, dans les nombreux mails que je reçois chaque jour, je suis sans cesse confronté à une méconnaissance effrayante de ce sujet, qui pourtant touche ou touchera un jour tous les humains sur cette terre : les femmes bien sûr, mais aussi les hommes par ricochet (car je peux vous assurer qu'ils sont également nombreux, les hommes, à se préoccuper de la santé physique et psychologique de leur compagne). Les idées reçues ont souvent la vie dure, et il faut du temps pour les déconstruire. Alors cette fois, j'ai décidé d'y consacrer tout un chapitre.

## **Halte aux idées reçues !**

**« La ménopause ? Ça dure quatre ou cinq ans, dix ans peut-être maximum... »**

Sur les plateaux télé ou lorsque je rencontre un(e) politique, pour parler de la ménopause bien sûr, j'aime lui poser cette simple question : « Savez-vous combien de temps dure la ménopause ? ». On me répond invariablement à côté de la plaque : « Quatre ans ? », « Je dirais cinq ou six ans... », « Dix ans peut-être ? » À chaque fois, je suis interloqué, choqué même. Alors soyons clairs une bonne fois pour toutes : la ménopause n'est pas un sas ou une transition de quelques années. C'est une phase de la vie de la femme, qui dure jusqu'à son dernier souffle. Il n'y a donc aucun sens à utiliser, comme le font certains, beaucoup trop même, le terme de « post-ménopause ». Tout simplement parce que la « post-ménopause », c'est... la mort ! J'ai aussi en tête cette gamme de produits de beauté estampillés « post-ménopause » lancée par une grande marque de cosmétiques... Pour moi, c'est comme si on embaumait les mortes. Pas du meilleur goût !

Il existe également deux autres termes, que l'on a souvent tendance à mélanger : la préménopause et la péri-ménopause. La préménopause désigne ainsi l'ensemble des changements physiques ou psychologiques survenant avant la ménopause. Ils sont liés au fait que la progestérone commence à baisser et que les œstrogènes, eux, fluctuent. En pratique, cela se manifeste par différents symptômes, très variables en fonction des femmes : irrégularité des règles (pouvant parfois être très abondantes) ; apparition,

réapparition ou aggravation du syndrome prémenstruel (ensemble de symptômes associant maux de tête, ballonnements abdominaux, gonflements, douleurs des seins, œdèmes des extrémités, irritabilité, fatigue...); bouffées de chaleur; troubles de l'humeur; brouillard cérébral; incontinence urinaire; troubles du sommeil et sueurs nocturnes; sécheresse vaginale; perte de libido; prise de poids... Bref, c'est une période d'anarchie hormonale qui marque la transition vers la ménopause. Selon les femmes, cette phase dure un à huit ans, et peut commencer dès le début de la quarantaine.

La périménopause, elle, est la période « autour » de l'arrêt des règles. Elle englobe l'année précédant et l'année suivant cet événement, jusqu'à l'arrêt complet de l'activité ovarienne. Elle survient en moyenne à l'âge de 47 ans, et dure autour de quatre ans. Après cette période, on considère que la femme est entrée en ménopause. Et elle y reste.

Le plus grave, c'est qu'on n'aborde la ménopause que sous l'angle des symptômes (de la préménopause). Or ce n'est que la partie émergée d'un iceberg qui fondra avec le temps. La partie immergée, elle, est éternelle, et cache des maladies qui ne peuvent que s'accumuler avec l'allongement de l'espérance de vie.

**« La ménopause, c'est l'entrée dans la vieillesse. »**

L'âge médian de l'entrée dans la ménopause est de 51 ans. Au contraire des règles, qui ont tendance à débiter de plus en plus tôt chez les jeunes filles, il est resté constant depuis un siècle. Est-ce à dire qu'à peine passée la porte

de la cinquantaine, la femme commence à être « vieille » ? En 1960, quand l'espérance de vie plafonnait à 69 ans<sup>4</sup>, on pouvait peut-être l'affirmer. Mais, avec l'augmentation constante de l'espérance de vie, peut-on encore raisonner ainsi ? Aujourd'hui, une femme de 50 ans a encore, en moyenne, plus de trente-cinq ans à vivre<sup>5</sup>.

La ménopause fait partie du parcours de vie de chaque femme, elle n'en marque pas la fin mais une continuité. Elle est encore trop souvent associée à une « date de péremption », ce qui a des conséquences dans tous les domaines de la vie des femmes, aussi bien sur le plan personnel que professionnel. Comme si la fin de leur période de fertilité signait la fin de leur vie tout court, de leur utilité, mais aussi de leur féminité et de leur sexualité. Il est important de comprendre qu'à partir de la puberté, la vie d'une femme est composée de trois paramètres importants mais bien distincts : la fertilité, la féminité et la sexualité. À partir d'un certain moment de sa vie, elle devra tourner la page de sa fertilité, c'est un fait, mais pas celles de sa féminité ni de sa sexualité !

Associer la ménopause à la vieillesse invisibilise les femmes. Associer la ménopause uniquement à des symptômes la transforme en maladie. Cette confusion générale accentue le manque d'informations sur les risques réels pour leur santé. C'est la raison pour laquelle je milite pour la création, dès le collège, d'une nouvelle matière

---

4. Insee Références, « Espérance de vie – Mortalité, Tableaux de l'économie française », 2020.

5. Drees, « La santé des femmes en France », *Études et résultats*, mars 2013.

obligatoire pour tous et toutes, et que l'on pourrait intituler « parcours de santé humaine ». L'information et la prévention autour de ce long parcours de vie devraient être une priorité de l'enseignement.

**« La ménopause, c'est l'arrêt des règles. Et inversement. »**

Selon l'étymologie même du mot, la ménopause, c'est la fin des règles. En réalité, c'est plus compliqué que cela. On peut ne plus être réglée et ne pas être ménopausée, tout comme on peut être ménopausée et continuer à avoir des règles ponctuelles. Par exemple, une femme qui commence à ressentir les premiers signes de la préménopause à 44 ans pourra ne plus avoir ses règles dès l'âge de 46 ans, mais sans avoir les signes complets de la ménopause, et ne sera véritablement ménopausée qu'à l'âge de 51 ans. C'est vraiment du cas par cas. Jusqu'à 22 % des femmes auraient une ovulation, et donc des saignements, un an après leurs dernières règles. L'absence de règles n'est pas le seul critère de définition de la ménopause.

Mais en pratique, comment fait-on pour établir le diagnostic de ménopause ? Il existe certes un test, appelé « test au progestatif », mais qui n'est pas aujourd'hui recommandé par les experts. Chez la femme dans la tranche d'âge compatible (plus de 45 ans) ayant une aménorrhée, il consiste à donner pendant dix à douze jours, par voie orale, un progestatif. Si des saignements surviennent à la fin de ces douze jours, cette « hémorragie de privation » témoigne que l'endomètre était sous influence œstrogénique, donc que la femme n'est pas ménopausée.

Mais, comme le rappelle le Gemvi<sup>6</sup>, « aucune étude n'a évalué la valeur prédictive du test au progestatif » : « En période de périménopause, les périodes d'hypoœstrogénie transitoire (baisse des œstrogènes), spontanément résolutive, sont fréquentes. Un test au progestatif positif exclut le diagnostic de ménopause; en revanche, un test au progestatif négatif (absence d'hémorragie de privation à l'arrêt) n'est pas obligatoirement synonyme de ménopause. Le nombre de tests à répéter n'est pas clairement tranché. »

De manière plus générale, les sociétés savantes de ménopause ne recommandent pas d'utiliser les tests, quels qu'ils soient, pour diagnostiquer la ménopause, y compris les analyses de sang ou les autotests que l'on peut aujourd'hui trouver en pharmacie. En effet, l'hormone folliculostimulante (FSH) fluctue tout au long du cycle menstruel et pendant la transition vers la ménopause. Le dosage de l'œstradiol présente également d'énormes variations. On peut être temporairement « biologiquement ménopausée », mais être cliniquement et à l'échographie en activité hormonale (présence d'un vagin humide avec de la glaire, muqueuse utérine au-delà de 3 mm et activité ovarienne avec des follicules). Quant aux autotests (tests urinaires de FSH), ils constituent un exemple d'exploitation des femmes d'âge mûr par l'industrie commerciale de la ménopause, aussi appelée « FemTech » (pour *female technology*, voir aussi p. 122).

Autre question très souvent posée par mes patientes : comment savoir si on est en ménopause quand on est

---

6. F. Trémollières *et al.*, « Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du Gemvi », *Gynécologie, obstétrique, fertilité et sénologie*, Elsevier, 2021.

sous pilule contraceptive ou stérilet hormonal? Dans le premier cas, les patientes sous pilule œstroprogestative (ou sous pilule progestative exclusive, ce que je ne préconise pas) doivent être au courant que tout symptôme inhabituel (problèmes de sommeil, bouffées de chaleur, troubles de l'humeur... bref, tous les signes qui peuvent apparaître en préménopause) correspond au changement hormonal de la ménopause. À partir de 51 ans, qui est l'âge théorique de la ménopause, il est important de réaliser un bilan clinique, une échographie et une analyse sanguine (FSH plasmatique et œstradiolémie). Mais je souhaite aussi vous rassurer : vous ne courez aucun danger à poursuivre une pilule contraceptive alors que vous êtes ménopausée. Si vous êtes bien informée, cette période sera la plus courte possible. Si vous êtes porteuse d'un stérilet hormonal, la présence de signes climatiques et l'âge théorique de la ménopause vont inciter à apporter des œstrogènes par voie cutanée. Un stérilet hormonal a théoriquement une durée de vie de cinq ans pour la contraception, mais on peut le garder au moins deux années supplémentaires pour protéger la muqueuse utérine, et apporter en complément et sans risque des œstrogènes par voie cutanée. Je conseille surtout de ne pas l'enlever précipitamment.

**« La ménopause, c'est la prise de poids assurée. »**

En période de préménopause, vous pouvez effectivement prendre du poids. C'est d'ailleurs l'une des plus grandes craintes de la plupart de mes patientes. La prise de poids pendant cette période est bien une réalité pour une grande

majorité de femmes, mais je souhaiterais apporter deux précisions importantes : 1) elle n'est pas systématique et 2) elle n'est pas directement liée à la ménopause. En effet, avec l'âge, les femmes prennent naturellement du poids, et ce tout au long de leur vie adulte (en moyenne un peu plus de 10 kg entre 20 et 56 ans<sup>7</sup>), mais il est vrai que le phénomène peut s'accroître à la ménopause. En cause : un ralentissement du métabolisme de base, c'est-à-dire de la quantité d'énergie dont votre corps a besoin de manière quotidienne, lorsqu'il est au repos. En d'autres termes, même si vous ne changez rien à votre routine de vie (vous mangez toujours les mêmes quantités et vous faites toujours autant d'exercice), vous prenez du poids, car votre organisme brûle naturellement moins de calories.

L'une des clés pour éviter de prendre du poids, c'est de réduire légèrement vos apports caloriques. À titre de point de repère, l'apport énergétique optimal d'une femme avant 45 ans est d'environ 2 000 kcal par jour. Après 45 ans, le métabolisme commence à ralentir, et ne peut plus brûler que 1 800 kcal par jour. Si vous ne changez rien à votre mode d'alimentation, vous avez un surplus de 200 kcal par jour. Cela peut sembler peu en matière d'aliments (200 kcal, c'est l'équivalent par exemple d'une vingtaine de chips, d'un petit morceau de cheddar, de deux tranches de pain complet, d'un petit avocat...). Mais sur une année, cela représente un peu plus de quarante jours de nourriture stockée et non

---

7. D. Elia, « Le poids féminin et les hormones ; à propos de l'enquête CERIS », *Reproduction humaine et hormones*, 1993.

brûlée. Comme je vous l'expliquerai plus loin, la solution est de réduire légèrement sa ration calorique tout en augmentant sa ration protéique.

Il faut également prendre en compte de nombreux autres facteurs, et notamment le facteur hormonal. En effet, les hormones jouent un rôle important dans la régulation de l'appétit (œstrogènes) et la dépense de l'énergie (progestérone). Lorsque leur production diminue, vous avez plus souvent faim (attention aux grignotages intempestifs!) et vous dépensez moins de calories. Conjuguez le tout avec un ralentissement du métabolisme de base, et la prise de poids peut effectivement être au rendez-vous.

D'autres facteurs, eux, vont vous donner l'impression de grossir, sans que la prise de poids soit réelle sur la balance. En effet, avec la disparition des œstrogènes, votre morphologie change : les graisses, qui se répartissaient préférentiellement au niveau des jambes, des cuisses et des fesses (morphologie dite gynoïde), vont se stocker de plus en plus au niveau du ventre (morphologie androïde). Un autre élément vient accentuer ce phénomène : la rétention d'eau, due à l'insuffisance hormonale, qui donne une sensation de gonflement et favorise la formation de cellulite.

La bonne nouvelle, c'est que la prise de poids n'est pas inéluctable. Il est possible d'agir pour limiter l'impact de ces différents facteurs. Si l'alimentation est bien entendu une clé incontournable (j'y reviendrai p. 126), le THM apporte une réponse complète à cette problématique de la prise de poids et de la modification de la silhouette (voir p. 74).