PUBLIÉ LE 25/06/2026

Traitement hormonal de la ménopause : près de 500 000 femmes traitées en 2025, une hausse des utilisations depuis 2022

SURVEILLANCE - PHARMACO-ÉPIDÉMIOLOGIE

Le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE (GIS ANSM-Cnam) publie les résultats d'une étude sur l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause (THM) en France entre 2012 et 2025. Cette étude montre une diminution continue du nombre de femmes utilisatrices de THM entre 2012 et 2022, suivie d'une augmentation à partir de 2022.

Les pratiques de prescription ont également évolué, avec une prédominance croissante de l'utilisation d'estradiol par voie transdermique et de la progestérone micronisée[1].

Des études complémentaires sont en cours pour évaluer les bénéfices et la sécurité de ce traitement sur la santé des femmes à court et long terme. Les premiers résultats sont attendus à la fin de l'année.

Consultez le rapport d'étude Epi-Phare

Le traitement hormonal de la ménopause : un encadrement strict

La ménopause est une étape naturelle de la vie des femmes qui est associée à une diminution des hormones sexuelles féminines, principalement les œstrogènes. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) permet de compenser, si nécessaire, cette baisse hormonale. Il vise à améliorer la qualité de vie des femmes présentant des symptômes de la ménopause, comme les bouffées de chaleur, et prévenir l'ostéoporose chez des femmes à haut risque de fracture qui ne peuvent pas bénéficier des traitements classiques de la prévention de l'ostéoporose. Ce traitement repose sur l'apport d'**œstrogènes** (par voie orale, transdermique), associés à un **progestatif**. L'ajout d'un progestatif permet de réduire le risque d'hyperplasie et de cancer de l'endomètre chez les femmes ménopausées n'ayant pas eu d'hystérectomie. Les schémas (séquentiel ou continu) et les voies d'administration (comprimés, patchs, gels, etc.) sont choisis en fonction du profil de la patiente.

Toutefois, des risques accrus d'événements thromboemboliques veineux, cardiovasculaires et de cancer du sein ont été mis en évidence dans les essais thérapeutiques menés aux Etats -Unis au début des années 2000. Ces résultats **ont conduit dans la suite à un encadrement plus strict de l'utilisation des THM** et une baisse de la consommation de ces médicaments, y compris en France.

En 2025, la Haute Autorité de santé (HAS) a confirmé la place du THM dans la prise en charge des troubles symptomatiques du climatère modérés à sévères et dans la prévention de l'ostéoporose chez les femmes à risque fracturaire, avec une réévaluation a minima annuelle de la prescription.

Près de 500 000 femmes traitées en 2025, une hausse des utilisations depuis 2022

Cette étude visait à analyser l'évolution de l'utilisation et des initiations du THM en France entre 2012 et 2025, à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Toutes les femmes âgées de 40 à 70 ans ayant eu au moins une délivrance de THM entre 2012 et 2025, en France, ont été incluses dans l'étude.

Le nombre de femmes utilisant un THM a diminué régulièrement entre 2012 et 2022. Parmi, les femmes âgées de 45 à 60 ans, la proportion de femmes utilisant un THM est ainsi passé de 6,6% à 3,6%. **À partir de 2022, le nombre d'utilisatrices a augmenté progressivement pour atteindre 4,4%, soit 496 245 femmes traitées en 2025.**

Les initiations de THM chez les femmes âgées de 45 à 60 ans (nouvelles utilisatrices) ont quant à elles été divisées par deux entre 2012 et 2020. **Une reprise des initiations est ensuite observée : en 2025, les initiations ont**

atteint leur niveau de 2012 (1,6% des femmes entre 45 et 60 ans), soit 107 949 femmes qui débutent un THM chaque année.

Les femmes initiant un THM sont socialement plus favorisées

Lorsqu'on s'intéresse aux caractéristiques des femmes et à la nature des traitements initiés en 2024 chez les nouvelles utilisatrices, les femmes initiant un THM présentaient un profil socio-économique plus favorisé que les non-utilisatrices. Elles présentaient également un recours aux soins plus important, particulièrement en gynécologie, et une plus forte participation aux dépistages des cancers. Elles avaient moins de comorbidités, avec moins d'antécédents cardio-métaboliques et de cancers que les non utilisatrices. **Les initiations étaient principalement réalisées par des gynécologues libéraux (51%), suivis par les généralistes (25%)** avec des disparités départementales importantes de cette proportion selon le territoire.

Les taux d'initiations étaient par ailleurs plus élevés dans le Sud, en Île-de-France et dans le Nord par rapport au centre de la France, à l'Ouest et aux DROM.

Un recours majoritaire à la voie transdermique et une utilisation prédominante de la progestérone ou de ses dérivés

Le THM était majoritairement prescrit sous forme d'une association de 17 beta estradiol et de progestérone micronisée ou dydrogestérone[1], jusqu'à 75% chez les femmes âgées de 45 à 60 ans. L'étude montre une **augmentation marquée de l'utilisation de la progestérone micronisée (+40%) et une diminution du recours aux progestatifs de synthèse (-60%) au cours de la période d'étude.**

La voie d'administration transdermique de l'estrogène était prédominante et en augmentation sur la période, atteignant 87% en 2024.

La proportion de femmes initiant un THM à base d'estrogènes seuls a diminué sur la période étudiée, pour atteindre 19,8% en 2024. Toutefois, pour 60% des femmes utilisant des estrogènes seuls, les prescriptions pourraient nécessiter l'association d'un progestatif conformément aux recommandations en vigueur pour les femmes sans hystérectomie.

Contacts presse

- contact@epi-phare.fr
- presse@ansm.sante.fr
- presse.cnam@assurance-maladie.fr

---

[1] - Exemples de spécialités :

Estima, Progestan et Utrogestan (progesterone micronisée)

Estreva gel, oestrodose gel, Dermestril (17 beta estradiol voie transdermique)

Duphaston , climaston (contiennent de la dydrogesterone)

Duova, Divina, Novofemme, Trisequens (contient un progestatif de synthèse , medroxyprogesterone ou norethisterone)

Pour en savoir plus

Réévaluation des spécialités indiquées dans le traitement hormonal de la ménopause - HAS - Octobre 2025