

Ménopause : la HAS redéfinit la place des traitements hormonaux et insiste sur une prescription plus sûre et individualisée

Compte Test - 2025-11-16 19:31:12 - Vu sur [pharmacie.ma](https://www.pharmacie.ma)

La Haute Autorité de santé (HAS-France) a publié en octobre 2025 une actualisation majeure de l'évaluation des traitements hormonaux de la ménopause (THM), confirmant leur intérêt thérapeutique tout en clarifiant leurs risques. Cette mise à jour, fondée sur un avis de la Commission de la Transparence (24 septembre 2025), repositionne les estrogènes, associations estro-progestatives et progestatifs dans une stratégie de soins plus personnalisée et plus prudente. Les THM restent les seuls traitements remboursés pour gérer les symptômes liés au déficit estrogénique (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, sécheresse vaginale...) et prévenir l'ostéoporose chez les femmes à haut risque. Leur efficacité est reconnue depuis longtemps, notamment pour l'amélioration de la qualité de vie et la réduction du risque de fracture. Toutefois, la HAS insiste sur la nécessité de réévaluer chaque année la balance bénéfices/risques, car les dangers associés ne sont pas négligeables : risque cardiovasculaire, risque thromboembolique veineux, risque de cancers hormono-dépendants et, plus récemment, risque de méningiome avec certains progestatifs. Le risque cardiovasculaire représente l'enjeu majeur. Entre 40 et 54 ans, plus d'une femme sur dix présente déjà une santé cardiovasculaire fragilisée. Ainsi, avant toute prescription, les professionnels doivent évaluer l'âge de la ménopause, le délai écoulé depuis son apparition, les antécédents personnels et familiaux, et les facteurs de risque comme le tabagisme, la sédentarité ou le diabète. Parmi les évolutions marquantes, la HAS distingue la voie cutanée, mieux tolérée que la voie orale : les estrogènes transdermiques semblent entraîner moins d'événements thromboemboliques et d'AVC. Les preuves restent limitées mais suffisamment cohérentes pour justifier une amélioration modeste du service médical rendu (ASMR IV), contrairement aux formes orales (ASMR V). Les progestatifs connaissent un repositionnement majeur. L'acétate de chlormadinone, le nomégestrol et la médrogestone sont désormais exclus des traitements de la ménopause en raison de leur association avec un risque accru de méningiome. Bien que les autres progestatifs ne soient pas concernés, ce signal de pharmacovigilance doit être intégré dans toutes les décisions thérapeutiques. De même, la tibolone n'est plus recommandée en raison d'un profil cardiovasculaire défavorable, notamment un risque accru d'AVC. La HAS réaffirme les grands principes de 2014 : adapter le THM selon l'intensité des symptômes, respecter strictement les contre-indications, réaliser un examen clinique complet avant initiation, informer clairement chaque patiente, puis réévaluer au moins une fois par an avec possibilité d'interrompre temporairement le traitement pour mesurer la persistance des symptômes. Les THM conservent une place importante dans trois situations : – les troubles du climatère, avec une prescription à la dose minimale efficace et pour la durée la plus courte possible ; – la prévention de l'ostéoporose chez les femmes récemment ménopausées présentant un risque élevé et ne tolérant pas d'autres traitements ; – la ménopause précoce, où le traitement vise à compenser la carence hormonale et prévenir les complications osseuses. La durée optimale de traitement reste cependant indéterminée, la transition ménopausique étant très variable d'une femme à l'autre.