

Étude de l'utilisation du traitement hormonal de la ménopause en France entre 2012 et 2025 à partir des données du Système National des Données de Santé

Rapport publié le 25 juin 2026

Laura SEMENZATO¹, Jacques BLACHER², Antoine RACHAS¹, Pauline DAYANI³, Lise DURANTEAU⁴, Bernard BEGAUD⁵, Dominique COSTAGLIOLA⁶, Alain WEILL¹, Mahmoud ZUREIK^{1,7}, Valérie OLIE^{1,7}

1 EPI-PHARE, épidémiologie des produits de santé (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)), Saint-Denis, France

2 Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, AP-HP, Université Paris Cité, Paris, France

3 Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Saint-Denis, France

4 Service de Gynécologie Médicale, Hôpital Bicêtre, AP-HP Université Paris Saclay, 94270 Le Kremlin Bicêtre, France

5 Université de Bordeaux, INSERM, BPH, Team AHead, U1219, 33000, Bordeaux, France

6 Sorbonne Université, Inserm, institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, 75013 Paris, France

7 CESP (Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations), Équipe Épidémiologie Clinique et Pharmacoépidémiologie, INSERM U1018, Université Paris-Saclay, Université Versailles-Saint Quentin, Paris, France

EPI-PHARE – Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) ANSM-CNAM www.epi-phare.fr

Contact : Dr Valérie Olié – valerie.olie@assurance-maladie.fr

Déclarations d'intérêt

Les déclarations d'intérêt des auteurs, membres du GIS EPI-PHARE et salariés de l'Assurance maladie (CNAM) ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et des experts externes sont consultables en ligne sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé - Consultation des déclarations publiques d'intérêts :

<https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/recherche/declarant>

A la date de réalisation de l'étude et dans les trois années antérieures, aucun des auteurs n'avait de lien d'intérêt avec une entreprise du médicament dans le domaine du traitement hormonal de la ménopause.

Identifiants ORCID des auteurs

Laura Semenzato : 0000-0002-8305-3487

Jacques Blacher : 0000-0003-4860-4279

Antoine Rachas : 0000-0001-9226-9071

Pauline Dayani : 0000-0002-8653-928X

Lise Duranteau : 0000-0001-9434-248X

Bernard Bégaud : 0000-0001-8797-0779

Dominique Costagliola : 0000-0003-0765-0869

Alain Weill : 0000-0001-8687-9092

Mahmoud Zureik : 0000-0002-8393-4217

Valérie Olié : 0000-0002-4837-1930

Utilisation des données du SNDS

Le Système National des Données de Santé (SNDS) [dont le SNIIRAM est une composante] est un ensemble de bases de données pseudonymisées, comprenant toutes les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, en particulier les données provenant du traitement des remboursements des soins de santé (feuille de soins électroniques ou papier) et des données provenant des établissements de santé (PMSI). Cette étude a été réalisée dans le cadre prévu par les articles L.1461-3 et R. 1461-11 suivant le code de la santé publique et modifiés par le décret n°2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ».

EPI-PHARE accède aux données du SNDS via les accès réglementaires permanents de ses organismes de tutelles que sont l'ANSM et la CNAM, en application des dispositions du décret n° 2016-1871 du 26

décembre 2016 relatif aux traitements des données à caractère personnel dénommé " Système National des Données de Santé ", des articles de loi Art. R.1461-13 et R.1461-14 du Code de la Santé Publique et de la délibération CNIL-2016-316 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Conformément à l'accès réglementaire permanent accordé à EPI-PHARE via l'ANSM et la CNAM, le travail qui est présenté dans ce rapport n'a pas nécessité d'autorisation spécifique de la CNIL.

Cette étude a été déclarée préalablement à sa mise en œuvre sur le registre des études EPI-PHARE nécessitant l'utilisation du SNDS sous la référence T-2025-11-617.

Toutes les requêtes ont été réalisées par des personnes dûment habilitées à accéder à ces données en profil 30 ou 108.

Conformément à la législation sur la protection des données et à la réglementation française, les auteurs ne peuvent pas diffuser publiquement les données du SNDS. Toute personne ou structure, publique ou privée, à but lucratif ou non, peut toutefois accéder aux données du SNDS sur autorisation de la CNIL via la Plateforme des Données de Santé (<https://www.health-data-hub.fr/>), afin de réaliser une étude, une recherche ou une évaluation présentant un intérêt public.

Toutes les informations aux personnes concernées sont consultables sur le site internet d'EPI-PHARE à l'adresse <https://www.epi-phare.fr/reglementation-snds/>

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	4
RESUME	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
NOTE DE LECTURE	10
INTRODUCTION	11
METHODES	13
1. SOURCE DE DONNEES	13
2. POPULATION D'ETUDE	14
1. CARACTERISTIQUES DES THM	14
1.1. <i>A l'initiation en 2024</i>	14
1.2. <i>Au cours du suivi de 2012 à 2024</i>	14
2. CARACTERISTIQUES DES FEMMES INITIANT UN THM EN 2024	15
2.1. <i>Variables socio-démographiques</i>	15
2.2. <i>Antécédents médicaux</i>	15
2.3. <i>Antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens</i>	16
2.4. <i>Recours aux soins</i>	16
3. ANALYSES STATISTIQUES	16
RESULTATS	17
1. NOMBRE D'UTILISATRICES D'UN THM EN FRANCE	17
2. NOMBRE DE FEMMES INITIANT UN THM EN FRANCE	18
3. CARACTERISTIQUES DES THM A L'INITIATION	21
3.1. <i>Types de THM, voie d'administration et prescripteurs</i>	21
3.2. <i>Durée du THM et interruption du traitement</i>	23
3.3. <i>Caractéristiques des THM et des prescripteurs en fonction de la voie d'administration</i>	24
3.4. <i>Caractéristiques des THM et des prescripteurs en fonction du type de THM</i>	24
4. CARACTERISTIQUES DES FEMMES INITIANT UN THM EN 2024	25
4.1. <i>Âge des femmes à l'initiation du THM</i>	25
4.2. <i>Niveau socio-économique des femmes initiant un THM</i>	27
4.3. <i>Antécédents personnels des femmes initiant un THM</i>	27
4.4. <i>Antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens des femmes initiant un THM</i>	28
4.5. <i>Recours aux soins des femmes initiant un THM</i>	29
4.6. <i>Caractéristiques des femmes en fonction de la voie d'administration de l'estrogène</i>	30
4.7. <i>Caractéristiques des femmes en fonction du type de THM</i>	32
5. ÉVOLUTIONS ENTRE 2012 ET 2024 DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ET DES TRAITEMENTS CHEZ LES FEMMES INITIANT D'UN THM ENTRE 45 ET 60 ANS	34
5.1. <i>Évolution entre 2012 et 2024 des caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM</i>	34
5.2. <i>Evolution entre 2012 et 2024 des caractéristiques des THM à l'initiation chez les femmes de 45 à 60 ans</i>	36
DISCUSSION	38
CONCLUSION	44
REFERENCES	45
ANNEXES	52

RESUME

Contexte

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) est indiqué dans la prise en charge des symptômes climatériques et dans la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées à risque fracturaire. Depuis la publication des résultats de l'étude Women's Health Initiative (WHI) en 2002, son utilisation a fortement diminué dans les pays occidentaux en raison des risques accrus d'événements thromboemboliques veineux, cardiovasculaires et de cancer du sein mis en évidence dans ces données. Ces résultats ont conduit à un encadrement plus strict des indications en France, avec une recommandation d'évaluation rigoureuse, initiale et *a minima* annuelle, du rapport bénéfices/risques au regard des caractéristiques des femmes ménopausées (âge de survenue de la ménopause, délai depuis la survenue de la ménopause, présence d'antécédents cardiovasculaires ou de cancer notamment). En cas d'initiation d'un THM, les recommandations Françaises préconisent d'introduire le traitement le plus précocement possible après la ménopause à la dose minimale efficace pendant la durée la plus courte possible, avec une voie d'administration des estrogènes préférentiellement transdermique et en association avec la progestérone ou un dérivé.

L'objectif de notre étude était de décrire l'évolution de l'utilisation et des initiations de THM en France entre 2012 et 2025, de caractériser le profil des femmes initiant un traitement en 2024 et d'analyser les modalités de prescription.

Méthodes

Cette étude observationnelle a été réalisée à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Les femmes âgées de 40 à 70 ans ayant eu au moins une délivrance de THM entre 2012 et 2025 ont été incluses. Les initiations de traitement étaient définies par une délivrance précédée d'une absence de délivrance dans les deux années précédentes. Les tendances temporelles d'utilisation et d'initiation entre 2012 et 2025 ont été décrites, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes initiant un THM en 2024, les modalités de prescription (type de THM, voie d'administration, spécialité du prescripteur) et les variations territoriales. Afin de comparer ces caractéristiques par rapport à la population, chaque femme initiant un THM entre 2012 et 2024 a été appariée à 1 à 3 femmes non utilisatrices à la date d'initiation (date index), selon l'année de naissance.

Résultats

Utilisation du THM en France -- En 2025, 496 245 femmes utilisaient un THM en France, représentant 2,5% des femmes de plus de 40 ans et 4,4% des femmes âgées de 45 à 60 ans. Après une diminution continue entre 2012 et 2022 (-46% chez les 45-60 ans), une augmentation de 24% est observée entre 2022 et 2025.

Initiations de traitement -- En 2025, 132 397 femmes ont initié un THM, dont 81,5% étaient âgées de 45 à 60 ans. L'âge moyen à l'initiation était de 52 ans. La proportion de femmes initiant un THM parmi les 45-60 ans, divisée par deux entre 2012 et 2020, est revenue en 2025 à son niveau de 2012.

Profil des femmes initiant un THM en 2024 -- Les femmes initiant un THM présentaient un profil socio-économique plus favorisé que les non-utilisatrices et un recours aux soins plus important, particulièrement par le gynécologue (72,1% des femmes ayant eu une consultation dans les 2 ans précédant l'initiation du

THM contre 36,6% chez les non utilisatrices) et de participation aux dépistages des cancers. Elles présentaient moins de comorbidités, avec moins d'antécédents cardio-métaboliques et de cancers que les non utilisatrices (18,3% vs 22,9% et 2,9% vs 4,5% respectivement). Des disparités départementales étaient observées dans les taux d'initiation avec des taux plus élevés d'initiation dans le Sud, l'Ile-de-France et le Nord par rapport au Centre de la France, l'Ouest et les DROM.

Modalités de prescription—En 2024, le THM était majoritairement prescrit sous forme d'association estroprogestative (80,2% chez les 45-60 ans). La voie transdermique des estrogènes était prédominante (86,5 % chez les 45-60 ans). Les progestatifs les plus fréquemment associés étaient la progestérone ou la dydrogestérone (>90%). Les initiations étaient principalement réalisées par des gynécologues libéraux (51,4%), suivis par les généralistes (25,1%) avec des disparités départementales importantes de cette proportion sur le territoire.

Caractéristiques selon la voie d'administration—En 2024, les femmes traitées par voie orale étaient plus jeunes, appartenaient à des catégories socio-économiques moins favorisées et présentaient davantage de facteurs de risque cardiovasculaire. La voie orale était plus souvent associée à des progestatifs synthétiques que la voie transdermique.

Conclusion

Après deux décennies de diminution, les initiations de THM en France augmentent depuis 2020, principalement chez les femmes de 45 à 60 ans avec toutefois un niveau global d'utilisation qui reste contenu (4,4%). Plusieurs indicateurs témoignent d'une évolution des pratiques : augmentation de la proportion de THM contenant un estrogène administré par voie transdermique, de progestérone micronisée ou dérivé, et durées moyennes de traitement inférieures à 3 ans. Ces résultats pourraient traduire une certaine prudence des prescripteurs, dans un contexte où les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée optimale et où les préoccupations liées aux risques du THM restent présentes, malgré l'évolution des connaissances. Toutefois, plusieurs observations soulèvent des préoccupations : le recours persistant à la voie orale chez les femmes issues de milieux socio-économiques moins favorisés, qui présentent par ailleurs davantage de comorbidités cardio-métaboliques, et la proportion d'utilisatrices d'estrogènes seuls, élevée au regard de celle des femmes hystérectomisées, suggérant un usage chez des femmes avec utérus intact, en contradiction avec les recommandations.

Dans un contexte d'incertitudes persistantes, en particulier pour le risque de cancer du sein, et malgré la confirmation en 2025 par la HAS de la place du THM dans la prise en charge des troubles symptomatiques du climatère et dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique, ces données permettent d'évaluer l'impact des recommandations sur les pratiques. Des études complémentaires restent toutefois nécessaires pour évaluer ses effets à court et long terme sur la santé des femmes dans le contexte français.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
C2S	Complémentaire santé solidaire
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DCIR	Données de consommation inter-régimes
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FDEP	Indice territorial de désavantage social (<i>French Deprivation Index</i>)
HAS	Haute Autorité de santé
HERS	<i>Heart and Estrogen/progestin Replacement Study</i>
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie
THM	Traitement hormonal de la ménopause
WHI	<i>Women's Health Initiative</i>

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des THM à l’initiation chez les femmes de 40 à 70 ans en France en 2024

Tableau 2 : Caractéristiques des THM à l’initiation et des prescripteurs selon la voie d’administration chez les femmes de 45 à 60 ans en France en 2024

Tableau 3 : Caractéristiques des THM à l’initiation et des prescripteurs selon le type de THM chez les femmes de 45 à 60 ans en France en 2024

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes de 40 à 70 initiant un THM en France en 2024

Tableau 5 : Antécédents personnels des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

Tableau 6 : Antécédents hormonaux et chirurgicaux utero-ovariens des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

Tableau 7 : Recours aux soins des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

Tableau 8 : Caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM selon la voie d’administration de l’estrogène en France en 2024

Tableau 9 : Caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM en fonction du type de THM en France en 2024

Tableau 10 : Évolution des caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM entre 2012 et 2024

Tableau 11 : Évolution du THM à l’initiation chez des femmes de 45 à 60 ans en France – focus sur les années 2012, 2018 et 2024.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution de l'utilisation du THM en France chez les femmes de 45 à 60 ans entre 2012 et 2025

Figure 2 : Évolution par classes d'âge de la proportion de femmes utilisant un THM entre 2012 et 2025 en France

Figure 3 : Évolution de la proportion de femmes initiant un THM chez les femmes de 45 à 60 ans entre 2012 et 2025 en France

Figure 4 : Évolution par classes d'âge de la proportion de femmes initiant un THM entre 2012 et 2025 en France

Figure 5 : Taux départementaux standardisés sur l'âge de l'initiation du THM en France chez les femmes de 45 à 60 ans en 2024

Figure 6 : Proportion de femmes dont le THM est initié par un gynécologue libéral au niveau départemental en 2024

Figure 7 : Spécialités indiquées dans le THM les plus prescrites par classes d'âge en France en 2024

Figure 8 : Âge à l'initiation du THM chez des femmes entre 40 et 70 ans en France en 2024

Figure 9 : Distribution départementale de l'âge à l'initiation du THM chez des femmes de 45 à 60 ans en France en 2024

Figure 10 : Evolution du gradient de désavantage social chez les femmes initiant un THM et les non utilisatrices entre 2012 et 2024

Figure 11 : Evolution des progestatifs utilisés dans le THM lors de l'initiation chez des femmes de 45 à 60 ans – focus sur les années 2012, 2018 et 2024.

NOTE DE LECTURE

Dans ce rapport, l'étude de l'utilisation porte sur l'ensemble des spécialités recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le traitement hormonal de la ménopause (liste de 2014 actualisée en 2025 avec des retraits et ajouts, synthétisée en annexe (**Tableau A1**), entre 2012 et 2025, chez les femmes âgées de 40 à 70 ans). En raison de l'absence d'information sur l'indication précise des traitements dans le SNDS et de la présence possible d'autres indications (notamment l'assistance médicale à la procréation), les résultats sont présentés par tranches d'âge, avec un focus particulier sur les femmes de 45 à 60 ans, tranche d'âge pour laquelle les prescriptions pour les troubles liés à la ménopause sont supposées prédominantes.

De plus, ce rapport se limite aux THM systémiques, excluant les traitements hormonaux administrés uniquement par voie vaginale qui ont un effet biologique systémique très limité (1), et les traitements par progestatifs seuls

Enfin, les données de délivrances de THM étant disponibles jusqu'en 2025, nous avons analysé l'évolution du recours à ces traitements chez les femmes entre 2012 et 2025. En revanche, les données complètes du PMSI 2025 n'étant pas disponibles pour documenter les antécédents médicaux (notamment les pathologies chroniques), chirurgicaux utéro-ovariens et le recours aux soins, les caractéristiques des femmes ont été décrites à partir des initiations de THM en 2024.

INTRODUCTION

La ménopause correspond à un processus physiologique marqué par l'arrêt définitif de la fonction ovarienne, entraînant une baisse durable des concentrations hormonales endogènes. Cette transition endocrinienne peut s'accompagner de symptômes climatériques (bouffées vasomotrices et sueurs nocturnes, syndrome génito-urinaire, troubles du sommeil, troubles de l'humeur...) d'intensité variable, ainsi que d'une augmentation du risque de pathologies chroniques liées à la carence hormonale, notamment l'ostéoporose¹. Dans ce contexte, le traitement hormonal de la ménopause (THM) permet de compenser la diminution des hormones sexuelles féminines, principalement les œstrogènes. Il constitue une option thérapeutique destinée à améliorer la qualité de vie des femmes présentant des symptômes modérés à sévères, et/ou à prévenir l'ostéoporose mais nécessite une évaluation individualisée du rapport bénéfice-risque (2).

Historiquement, le THM a été développé dans les années 1940 afin de diminuer les bouffées vasomotrices. Aux États-Unis, un premier traitement fabriqué à partir d'urine de jument gestante, le Premarin®, a été approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) en 1942 (3). En France, les premières spécialités de THM ont été disponibles à la fin des années 1960, avec une diffusion croissante dans les décennies suivantes.

En 1975, plusieurs études ont mis en évidence une augmentation du risque de cancer de l'endomètre chez les femmes traitées de manière prolongée par un THM à base d'œstrogènes seuls. Ces résultats ont constitué un premier tournant majeur dans le recours à ces traitements, entraînant une diminution de leur utilisation (4,5).

L'association d'un progestatif à l'œstrogène, destiné à prévenir l'hyperplasie endométriale, a permis de réduire significativement ce risque (6). Dès lors, l'utilisation du THM a connu un essor important chez les femmes ménopausées, en particulier dans les pays occidentaux.

Au cours des années 1980 et 1990, plusieurs études observationnelles ont mis en évidence un risque accru d'événements thromboemboliques veineux chez les utilisatrices, tout en suggérant une possible réduction du risque coronarien(7–9). Ces résultats ont conduit, à cette période, à une perception globalement

¹ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/menopause/symptomes-diagnostic>

favorable du rapport bénéfice-risque du THM, notamment dans la prévention des maladies cardiovasculaires.

Au début des années 2000 les résultats des essais cliniques randomisés, en particulier ceux de l'étude HERS (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*) et de la *Women's Health Initiative* (WHI), ont complètement modifié la perception du rapport bénéfice-risque du THM, en mettant en évidence une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires et de cancer du sein chez les femmes traitées avec une association d'œstrogène conjugué équin administré par voie orale et d'acétate de médroxyprogestérone, schéma de THM de référence aux Etats-Unis (10,11). Ces données ont conduit à une réévaluation internationale des indications du THM et une baisse très importante de l'utilisation de ces traitements.

En France, le THM présente plusieurs spécificités, tant en ce qui concerne le type d'œstrogène et de progestatif utilisés, que la voie d'administration des œstrogènes. En effet, le 17 β -estradiol et la progestérone micronisée sont les traitements privilégiés en France, contrairement aux États-Unis ou à d'autres pays d'Europe où les estrogènes conjugués équins et les progestatifs de synthèse restent majoritaires. De plus, alors qu'aux Etats-Unis la voie d'administration orale demeure largement utilisée, en France, la voie d'administration transdermique des œstrogènes est prépondérante. Cette préférence pour la voie transdermique par rapport à la voie orale s'explique par des données issues d'études, notamment françaises, montrant une moindre activation de la coagulation liée à l'effet de premier passage hépatique et potentiellement un effet thrombotique moins important de l'estradiol transdermique par rapport à la voie orale (12).

En France, les premières recommandations officielles encadrant la prescription de THM ont été publiées en 2004 par l'ANAES et l'AFSSAPS (13). Elles préconisaient l'utilisation d'un THM dans le traitement des symptômes climactériques modérés à sévères, à la dose minimale efficace et pour une durée la plus courte possible, en tenant compte des caractéristiques individuelles des femmes. Ces recommandations ont été réévaluées par la Haute Autorité de Santé en 2014, confirmant le service médical rendu important pour les spécialités remboursées tout en réaffirmant la nécessité d'une prescription prudente et ciblée en raison des risques connus, et en soulignant l'importance d'une réévaluation annuelle du rapport bénéfice risque(14). A la suite de la publication par Epi-Phare de nouvelles données concernant le risque de méningiome associé à la prise de certains progestatifs, la HAS a, lors de sa réévaluation de 2025, estimé que le service médical rendu de l'acétate de chlormadinone, de nomégestrol, et la médrogestone dans la prise en charge hormonale de la ménopause était insuffisant (15–18). Néanmoins, d'autres progestatifs

comme la progestérone micronisée ou la dydrogestérone n'étaient pas associés à un risque plus élevé de méningiome. La HAS a par ailleurs confirmé la place du THM dans la stratégie thérapeutique des troubles du climatère mais également dans la prévention de l'ostéoporose chez les femmes à risque fracturaire élevé tout en réaffirmant la nécessité d'une évaluation rigoureuse et annuelle du rapport bénéfice/risque. D'autres recommandations de bonnes pratiques de la HAS sont attendues pour 2027 dont l'objectif sera d'améliorer l'information des femmes et des prescripteurs sur la ménopause (diagnostic, prise en charge, suivi)².

Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était de décrire l'évolution du recours au THM en France depuis 2012, ainsi que le profil des femmes initiant un THM. Il était également de décrire la durée de traitement, les schémas thérapeutiques utilisés, notamment la voie d'administration des estrogènes, leur utilisation seule ou en association avec un progestatif, ainsi que le type de progestatif utilisé.

METHODES

1. Source de données

Cette étude utilise des données individuelles provenant du Système National des Données de Santé (SNDS), qui couvre l'ensemble de la population française (69 millions de résidents) et les données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les données de chaque individu comportent un identifiant unique pseudonymisé. Depuis 2006, le SNDS enregistre toutes les données de remboursement des soins ambulatoires (y compris les médicaments, l'imagerie et les examens de laboratoire) et des soins hospitaliers (y compris les diagnostics et les actes médicaux effectués) provenant du chaînage avec le PMSI, ainsi que les dépenses de santé entièrement remboursées pour les patients atteints d'une maladie de longue durée, comme le cancer et le diabète. Il contient également des informations sur les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires. Le SNDS a été largement utilisé pour mener des études pharmaco-épidémiologiques en vie réelle, notamment durant la pandémie de COVID-19 et en périodes de vaccination massive (19–25).

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-11/dir7/reco_563_cadrage_menopause_mel_.pdf

2. Population d'étude

Nous avons défini comme « utilisatrices » l'ensemble des femmes résidant en France métropolitaine ou région ultramarine (hors Mayotte), ayant reçu au moins une délivrance d'un THM entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2025 et âgées de 40 à 70 ans au moment de la délivrance du traitement. La liste des codes CIP des THM est détaillée en annexe (**Tableau A1**). Les non utilisatrices, à une date donnée, étaient des femmes n'ayant eu aucune délivrance de THM depuis 2010.

Les initiations de THM étaient définies par une délivrance en l'absence de délivrance de THM dans les deux ans précédents. Dans notre étude, bien que cela ne concerne qu'une faible proportion (<2%), les femmes pouvaient donc initier un THM plusieurs fois sur la période d'étude.

1. Caractéristiques des THM

1.1. A l'initiation en 2024

Nous avons distingué, à l'initiation, la voie d'administration de l'estrogène (voie orale ou transdermique) et le type de THM (estrogène seul, estrogène associé à la progestérone ou un dérivé, estrogène associé à un progestatif synthétique). Pour les femmes initiant un traitement par estrogène seul, l'exposition préalable à un progestatif seul à visée contraceptive a été recherchée: dispositif intra-utérin au lévonorgestrel dans les cinq années précédentes, pose d'un implant contraceptif dans les trois années précédentes ou délivrance d'une pilule contenant du désogestrel ou du lévonorgestrel non combiné dans l'année précédente étaient reclassées comme utilisatrices d'un traitement associant un estrogène et un progestatif synthétique.

Nous avons également examiné la spécialité du prescripteur à l'initiation, en différenciant les spécialités exercées en pratique libérale (gynécologie, médecine générale, autres), des initiations réalisées en établissement de santé, pour lesquelles l'information relative à la spécialité du prescripteur n'était pas disponible. Les spécialités de THM les plus fréquemment prescrites ont été analysées selon les tranches d'âge détaillées 40–44, 45–49, 50–59 et 60–70 ans.

1.2. Au cours du suivi de 2012 à 2024

La durée de traitement a été évaluée par périodes de suivi de 6 mois. Chaque période de 6 mois a été comptabilisée uniquement si elle comportait au moins une délivrance de THM. Les interruptions de traitement de 6 ou 12 mois, suivies d'une reprise, ont été identifiées.

2. Caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024

Nous avons décrit les caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024. Afin de comparer ces caractéristiques par rapport à la population, chaque femme initiant un THM entre 2012 et 2024 (groupe exposé) a été appariée à 1 à 3 femmes non utilisatrices à la date d'initiation (date index), selon l'année de naissance. Les caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024 (dernière année complète disponible dans le SNDS pour l'ensemble des caractéristiques) ont été comparées aux caractéristiques des femmes non utilisatrices de THM du même âge.

Pour l'étude des évolutions des caractéristiques des femmes, les caractéristiques des femmes ayant initié un THM en 2012, 2018 et 2024 ont été comparées aux caractéristiques des femmes non utilisatrices de même âge.

2.1. Variables socio-démographiques

Les variables sociodémographiques étudiées incluaient l'âge, le sexe, le département de résidence, la part de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire chez les femmes âgées de 60 ans et moins, et l'indice de désavantage social de la commune ou arrondissement de résidence (version de 2020). L'indice de désavantage social, largement utilisé dans les études pharmaco-épidémiologiques, permettait également d'approcher le statut socio-économique de notre population d'étude(26).

2.2. Antécédents médicaux

Les comorbidités, antécédents de maladie et certains facteurs de risque ont été identifiés à partir des algorithmes adaptés de la Cartographie des Pathologies et des Dépenses (27), un outil développé par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) à partir des Données de consommation inter-régimes (DCIR) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant l'identification de pathologies à partir des motifs d'hospitalisation, des diagnostics d'ALD et/ou du remboursement de traitements spécifiques de certaines pathologies, dans les 5 années précédant la date index (initiation du THM pour les exposées). Nous avons ainsi identifié les antécédents de maladies cardio-métaboliques (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, obésité, maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, maladie veineuse thromboembolique, trouble du rythme cardiaque, maladie valvulaire, insuffisance cardiaque), de maladies respiratoires, de cancers (sein, ovaire, endomètre, colorectal, poumon), de maladies inflammatoires chroniques, de maladies neurologiques, de traitements psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, hypnotiques et anxiolytiques), de tabagisme, et de

troubles liés à la consommation d'alcool. De plus, nous avons également identifié les antécédents de fractures (28) et de méningiomes (29).

2.3. Antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens

Afin de mieux approcher les antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens des femmes initiant un THM, nous avons recherché la réalisation d'un acte chirurgical d'hystérectomie et/ou d'ovariectomie depuis 2006 (date des premières données disponibles dans le SNDS).

Nous avons également décrit le dernier moyen de contraception utilisé dans les 5 ans précédant la date index et tous les types de contraception dans les 15 dernières années précédant la date index en distinguant contraception orale oestro-progestative, contraception progestative seule, implant, contraceptif injectable, stérilets cuivre ou au lévonorgestrel (30).

2.4. Recours aux soins

Les consultations médicales avec un médecin généraliste ou avec un spécialiste (gynécologie, cardiologie, endocrinologie, rhumatologie, psychiatrie et neurologie) à la date index et dans les deux ans précédant ont été recherchées.

Nous avons également recherché les antécédents de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal dans les 5 ans précédant la date index, ainsi que les antécédents de dépistage du cancer du sein dans les deux ans précédant la date index (31).

3. Analyses statistiques

Le nombre de femmes de 40 à 70 ans initiant un THM et le nombre de femmes utilisatrices d'un THM de plus de 40 ans ont été estimés entre 2012 et 2025. Les taux bruts d'initiation et d'utilisation du THM ont été calculés en rapportant les nombres de femmes des classes d'âge correspondantes à la population totale de femmes à partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de chaque année entre 2012 et 2025. Des taux d'initiation standardisés sur l'âge ont été estimés à l'aide de la méthode de standardisation directe, en prenant pour référence la structure d'âge de la population générale féminine du même âge au 1^{er} janvier de l'année considérée (source : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) au 1er janvier 2024). Des taux d'initiations départementaux standardisés sur l'âge et le sexe ont également été calculés.

Pour les femmes ayant initié un THM en 2024, les caractéristiques des THM et des femmes ont été décrits globalement et par tranche d'âge (40-44 ans, 45-60 ans et 61-70 ans).

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 8.3 (SAS Institute, Inc).

RESULTATS

1. Nombre d'utilisatrices d'un THM en France

En 2025, 496 245 femmes de 40 ans et plus utilisaient un THM en France, représentant 2,5% des femmes de cette tranche d'âge. Entre 45 et 60 ans, tranche d'âge classiquement rapportée pour l'utilisation d'un THM, la proportion d'utilisatrices de THM était de 4,4% en 2025 (**Figure 1**). Cette proportion variait en fonction des classes d'âge (**Figure 2**). Elle était de 1,4% entre 40 et 44 ans et de 2,4% entre 61 et 70 ans. Le nombre d'utilisatrices de 45 à 60 ans a baissé entre 2012 et 2022 (-46%) puis augmenté entre 2022 et 2025 (+24%) (**Figure 1**). Cette hausse récente est liée à une augmentation de l'utilisation du THM dans la classe d'âge des 45-60 ans, seule classe d'âge pour laquelle l'utilisation a augmenté depuis 2022 (**Figure 2**).

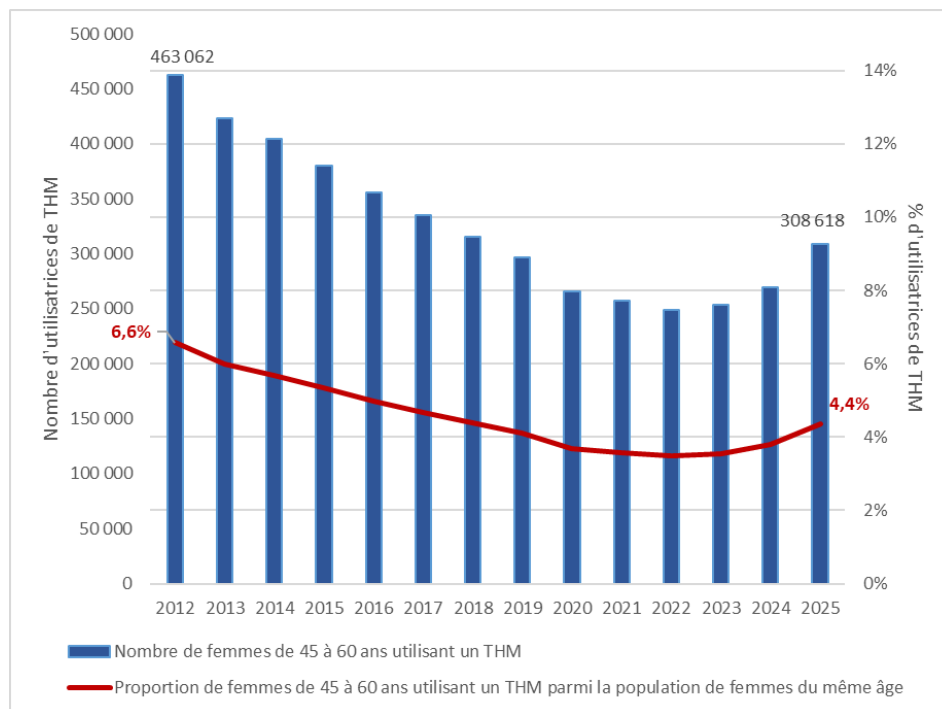


Figure 1 : Évolution de l'utilisation du THM en France chez les femmes de 45 à 60 ans entre 2012 et 2025

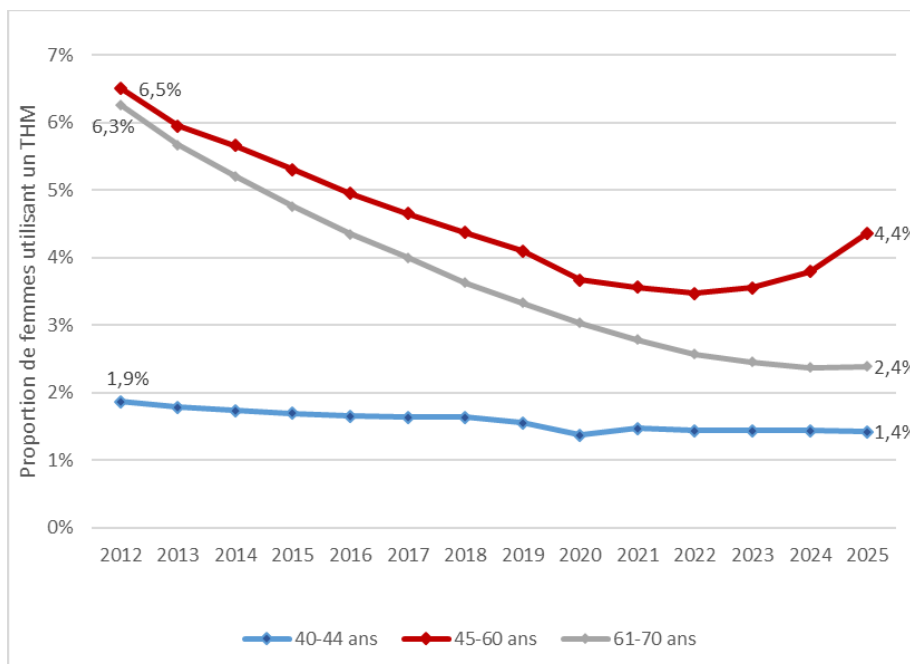
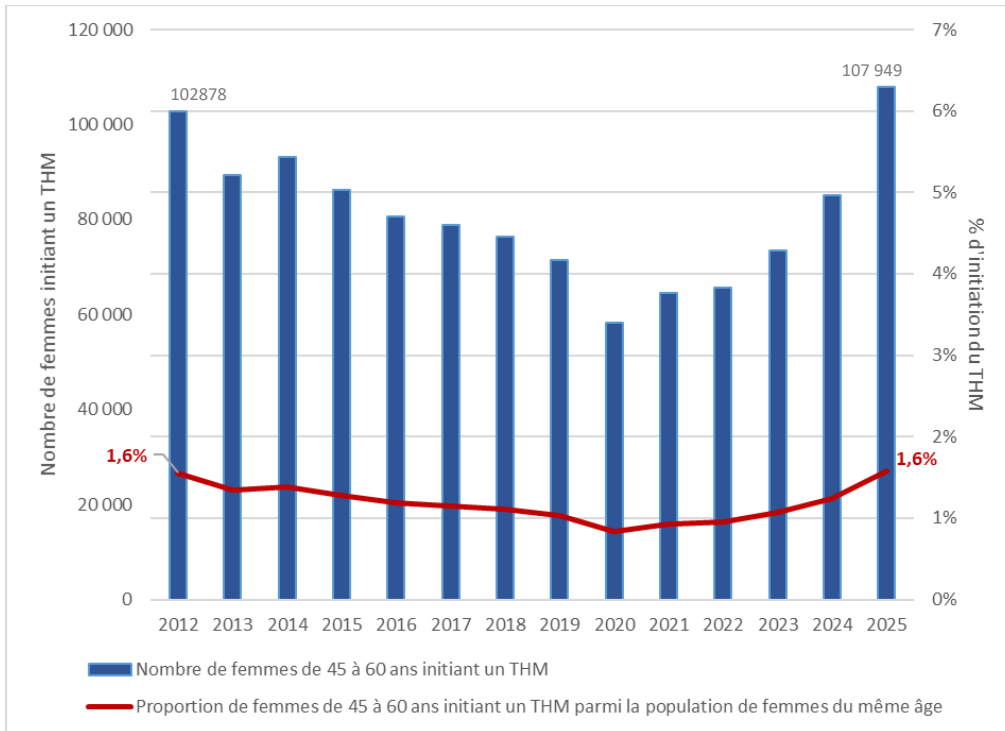


Figure 2 : Évolution par classes d'âge de la proportion de femmes utilisant un THM entre 2012 et 2025 en France

2. Nombre de femmes initiant un THM en France

En 2025, 132 397 femmes âgées de 40 à 70 ans ont initié un THM en France. Parmi elles, 107 949 femmes étaient âgées de 45 à 60 ans, soit 81,5% de l'ensemble des femmes initiant un THM (**Figure 3**). Si la proportion de femmes initiant dans cette tranche d'âge a été divisée par 2 entre 2012 et 2020, elle est revenue au niveau initial en 2025 (1,6% des femmes de cette classe d'âge). Dans les deux autres classes d'âge, la proportion de femmes initiant un THM a diminué sur la période (0,7% vs 0,8% chez les 40-44 ans et 0,2% vs 0,4% chez les 61-70 ans) (**Figure 4**).



NB : Moins de 2% des femmes qui initient (au moins une délivrance de THM sans délivrance dans les 2 ans précédant) ont initié plusieurs fois au cours de la période.

Figure 3 : Évolution de la proportion de femmes initiant un THM chez les femmes de 45 à 60 ans entre 2012 et 2025 en France

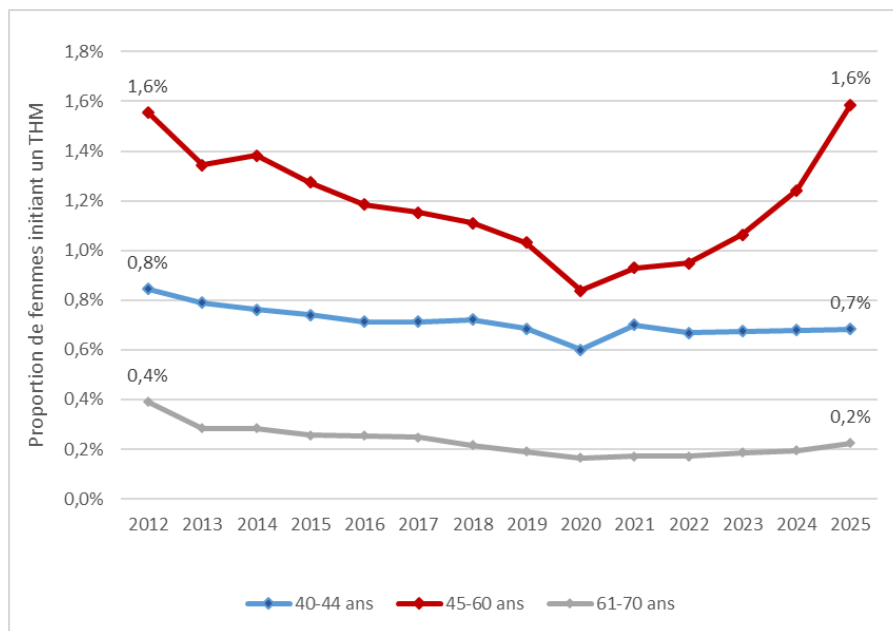


Figure 4 : Évolution de la proportion de femmes initiant un THM par classes d'âge entre 2012 et 2025 en France

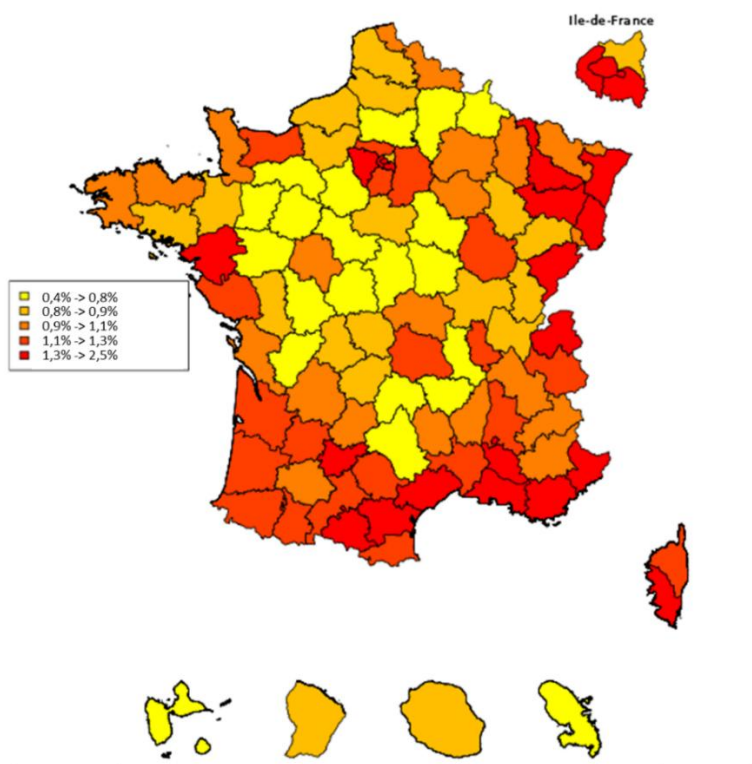


Figure 5 : Taux départementaux standardisés sur l'âge de l'initiation du THM en France chez les femmes de 45 à 60 ans en 2024

En 2024, le taux d'initiation d'un THM en France variait de manière importante en fonction des départements (**Figure 5**). Les taux d'initiation de THM chez les femmes de 45-60 ans étaient, en moyenne, faibles dans les DROM, dans le Centre, l'Ouest et le Nord de la France, et plus élevés en Île-de-France, dans l'Est, le Sud-Ouest et l'arc méditerranéen. A l'échelle départementale, les taux les plus bas étaient observés en Guadeloupe, en Mayenne, dans la Sarthe et en Loir-et-Cher (0,5%), contre 2,1% dans le Bas-Rhin et 2,5% à Paris et dans les Alpes-Maritimes.

3. Caractéristiques des THM à l'initiation

3.1. Types de THM, voie d'administration et prescripteurs

Chez les femmes de 45 à 60 ans initiant un THM en 2024, le traitement était composé d'un estrogène associé à un progestatif dans 80,2% des cas (**Tableau 1**). La proportion d'estrogène seul était plus importante chez les femmes plus jeunes et plus âgées (respectivement 38,5% entre 40 et 44 ans et 47,2% entre 61 et 70 ans). Chez les femmes avec un THM combinant un estrogène avec un progestatif, ce dernier était la progestérone micronisée ou la dydrogestérone dans la quasi-totalité des cas, quel que soit l'âge des femmes.

La voie d'administration de l'estrogène du THM à l'initiation était principalement transdermique (patch ou gel) chez les femmes entre 45 et 60 ans (86,5%) et entre 61 et 70 ans (75,9%) (**Tableau 1**). En revanche, entre 40 et 44 ans, la proportion de voie transdermique était minoritaire (38,5%), le THM étant principalement utilisé par voie orale.

Les prescripteurs de THM à l'initiation étaient majoritairement des gynécologues libéraux (51,4% chez les femmes de 40-70 ans et 53,0% chez les femmes de 45-60 ans) (**Tableau 1**). La part des gynécologues libéraux variait de manière importante entre les départements : elle était inférieure à 25% dans la Creuse, les Hautes-Alpes, les Ardennes et le Cantal, tandis que cette proportion atteignait plus de 65% en Lozère, dans le Bas-Rhin, les Yvelines et les Hauts-de-Seine (**Figure 6**).

Chez les femmes de 40 à 70 ans, lorsque le prescripteur n'était pas un gynécologue libéral, il s'agissait dans un quart des cas d'un médecin généraliste (**Tableau 1**). Les prescripteurs salariés (hôpitaux, centre de santé...) représentaient 20,1% des initiations de THM et les médecins libéraux d'autres spécialités 3,0%. Les sage-femmes représentaient moins de 1% des prescriptions de THM en 2024.

Les 10 spécialités les plus prescrites différaient en fonction de l'âge des femmes à l'initiation (**Figure 7**). Entre 40 et 44 ans, 22,4% des femmes avait une délivrance d'un estrogène seul par voie orale, le Provames® 2mg. Entre 45 et 60 ans, le traitement Estreva® 0,1% gel, associé ou non à de la progestérone (Progestan® 100mg), était le traitement le plus prescrit. Chez les 61-70 ans le traitement le plus prescrit était un estrogène seul par voie transdermique : Estreva® 0,1% gel.

Tableau 1 : Caractéristiques des THM à l'initiation chez les femmes de 40 à 70 ans en France en 2024

	40-44 ans		45- 60 ans		61-70 ans		Total	
A l'initiation	14 890	%	84 923	%	8 018	%	107 831	%
Voie d'administration de l'estrogène								
Transdermique	5 798	38,9%	73 418	86,5%	6 086	75,9%	85 302	79,1%
Type THM								
Estrogène seul	5 739	38,5%	16 829	19,8%	3 783	47,2%	26 351	24,4%
Estrogène + progestérone ou dérivé	7 559	50,8%	62 050	73,1%	4 046	50,5%	73 655	68,3%
Estrogène + progestatif synthétique	1 592	10,7%	6 044	7,1%	189	2,4%	7 825	7,3%
Spécialité du prescripteur à l'initiation								
En libéral								
Gynécologue	6 958	46,7%	45 012	53,0%	3 442	42,9%	55 412	51,4%
Médecin généraliste	1 718	11,5%	22 386	26,4%	2 954	36,8%	27 058	25,1%
Sage-femme	34	0,2%	316	0,4%	58	0,7%	408	0,4%
Autre	548	3,7%	2 368	2,8%	327	4,1%	3 243	3,0%
Médecin salarié sans précision	5 632	38%	14 841	17%	1 237	15%	21 710	20,1%

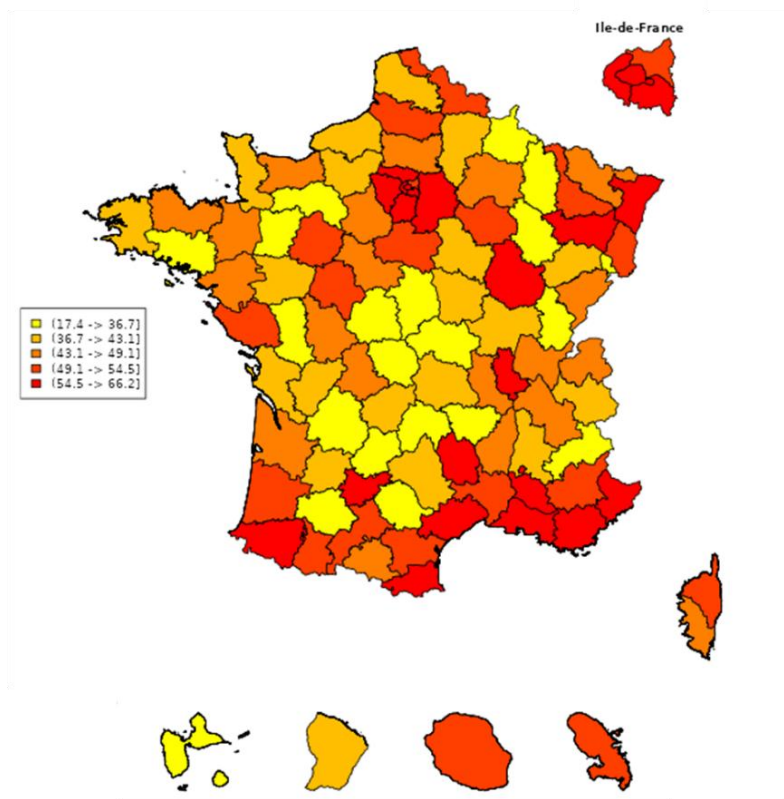


Figure 6 : Proportion de femmes dont le THM est initié par un gynécologue libéral au niveau départemental en 2024

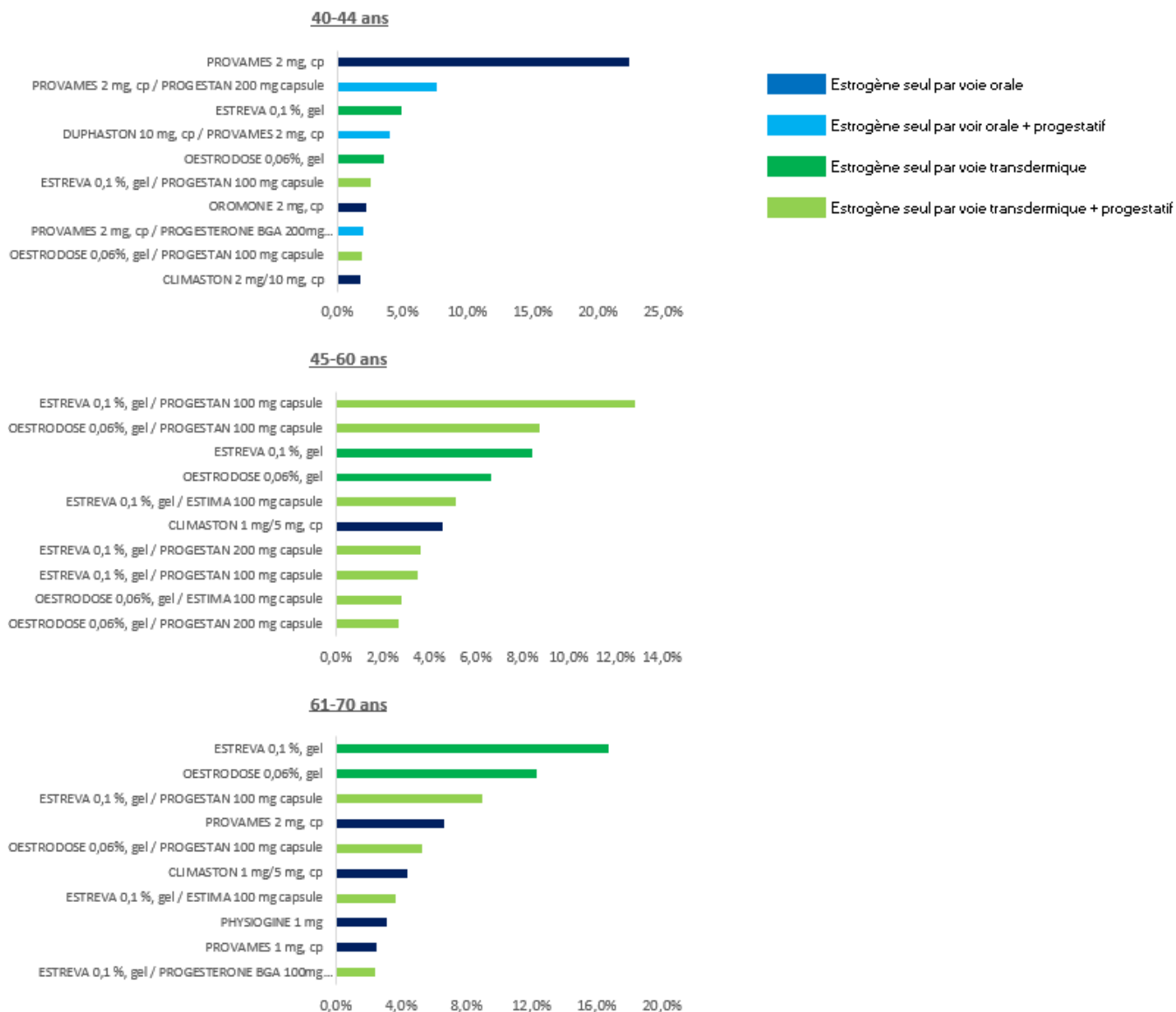


Figure 7 : Spécialités indiquées dans le THM les plus prescrites par classes d'âge en France en 2024

3.2. Durée du THM et interruption du traitement

Une proportion importante de femmes n'avait qu'une seule délivrance lors de l'année d'initiation du THM (40% chez les 40-44 ans, 32% chez les 45-60 ans et 45% chez les 61-70 ans). Les caractéristiques de ces femmes sont décrites en annexe (**Tableaux A2 et A3**). La durée moyenne du THM chez les femmes ayant initié le THM entre 2012 et 2024 était de 2,7 ans (\pm 2,8 ans). Chez les femmes de 45 à 60 ans, la durée moyenne du THM était de 2,9 ans (\pm 3,0 ans). Après exclusion des femmes avec une délivrance unique de

THM sur l'ensemble du suivi, la durée moyenne était de 3,7 ans (\pm 3,0 ans) chez les 45-60 ans. Le nombre de délivrances était, en moyenne, de 2,6 pour 6 mois.

Au cours du suivi, 39,5% des femmes de 45 à 60 ans interrompaient leur traitement pendant au moins 6 mois (suivi d'une reprise du traitement) et 22,9% au moins 1 an.

3.3. Caractéristiques des THM et des prescripteurs en fonction de la voie d'administration

Chez les femmes de 45 à 60 ans, les THM initiés par voie orale étaient plus fréquemment des THM comportant un estrogène seul que parmi les THM initiés par voie transdermique (24,5% vs 19,1%) (**Tableau 2**). Quand le THM associait un estrogène et un progestatif, le progestatif était plus fréquemment un progestatif synthétique chez les femmes qui initiaient le THM par voie orale que par voie transdermique (15,0% vs 5,9%). Les prescripteurs à l'initiation étaient moins fréquemment un gynécologue (49,6% vs 53,6%) ou un médecin salarié (15,8% vs 17,7%) quand le THM était initié par voie orale, mais plus fréquemment un médecin généraliste (31,6% vs 25,5%) (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Caractéristiques des THM à l'initiation et des prescripteurs selon la voie d'administration chez les femmes de 45 à 60 ans en France en 2024

	Estrogène par voie orale		Estrogène par voie transdermique	
	Nombre	%	Nombre	%
Type THM	11 422		73 418	
Estrogène seul	2 795	24,5%	14 011	19,1%
Estrogène + progestérone ou dérivé	6 912	60,5%	55 085	75,0%
Estrogène + progestatif synthétique	1 715	15,0%	4 322	5,9%
Spécialité du prescripteur à l'initiation				
En libéral				
Gynécologue	5 664	49,6%	39 321	53,6%
Médecin généraliste	3 605	31,6%	18 748	25,5%
Autre	353	3,1%	2 325	3,2%
Médecin salarié sans précision	1 800	15,8%	13 024	17,7%

3.4. Caractéristiques des THM et des prescripteurs en fonction du type de THM

Chez les femmes de 45 à 60 ans initiant un THM avec un estrogène associé à la progestérone ou un dérivé de la progestérone, la voie d'administration de l'estrogène était plus fréquemment transdermique (88,8%) que lorsque la femme initiait un estrogène seul (83,3%) ou un estrogène associé à un progestatif synthétique (71,5%) (**Tableau 3**). L'initiation du traitement était plus fréquemment réalisée par un

gynécologue chez les femmes initiant un THM avec un estrogène associé à la progestérone ou un dérivé (56,1%) que chez les femmes initiant un estrogène seul (43,2%) ou un estrogène associé à un progestatif synthétique (48,1%) (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Caractéristiques des THM à l’initiation et des prescripteurs selon le type de THM chez les femmes de 45 à 60 ans en France en 2024

	Estrogène seul		Estrogène + progestérone ou dérivé		Estrogène + progestatif synthétique	
A l'initiation	16 829	%	62 050	%	6 044	%
Voie d'administration de l'estrogène						
Transdermique	14 011	83,3%	55 085	88,8%	4 322	71,5%
Spécialité du prescripteur à l'initiation						
En libéral						
Gynécologue	7 274	43,2%	34 832	56,1%	2 906	48,1%
Médecin généraliste	5 646	33,5%	14 856	23,9%	1 884	31,2%
Sage-femme	111	0,7%	166	0,3%	39	0,6%
Autre	619	3,7%	1 608	2,6%	141	2,3%
Médecin salarié sans précision	3 179	18,9%	10 588	17,1%	1 074	17,8%

4. Caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024

En 2024, 107 831 femmes de 40 à 70 ans ont initié un THM et ont été appariées à 323 204 femmes non utilisatrices de même année de naissance.

4.1. Âge des femmes à l’initiation du THM

En 2024, la moyenne d’âge à l’initiation du THM chez les femmes âgées de 40 à 70 ans était de 52,0 ans (\pm 6,1 ans). En restreignant la population aux femmes de 45 à 60 ans, la moyenne d’âge à l’initiation était de 52,6 ans. Parmi les femmes initiant un THM, 14% l’initiaient entre 40 et 44 ans, 16% entre 45-49 ans, 47% l’initiaient entre 50 et 55 ans, 17% entre 56 et 60 ans et 7 % après 60 ans (**Figure 8**). Cette proportion de femmes initiant tardivement (après 60 ans) un THM représentait environ 10 000 femmes annuellement. L’âge à l’initiation du THM chez les femmes de 45 à 60 ans variait en fonction du département (**Figure 9**). Il était, en moyenne, plus faible en Île-de-France, dans l’Ouest, le Nord et les DROM, et plus élevé dans le Sud du territoire. Les départements dans lesquels l’âge à l’initiation était le plus bas étaient la Guyane (51,6 ans), la Seine-Saint-Denis et La Réunion (51,9 ans) et ceux dans lesquels il était le plus élevé étaient le Jura, la Nièvre, les Hautes-Alpes (53,4 ans), la Corse et les Alpes-de-Haute-Provence (53,5 ans).

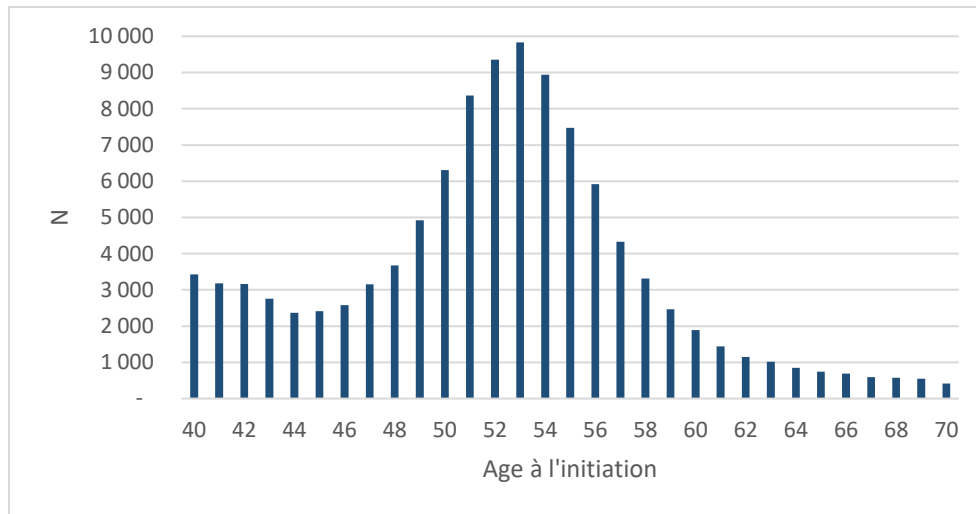


Figure 8 : Âge à l'initiation du THM chez des femmes entre 40 et 70 ans en 2024

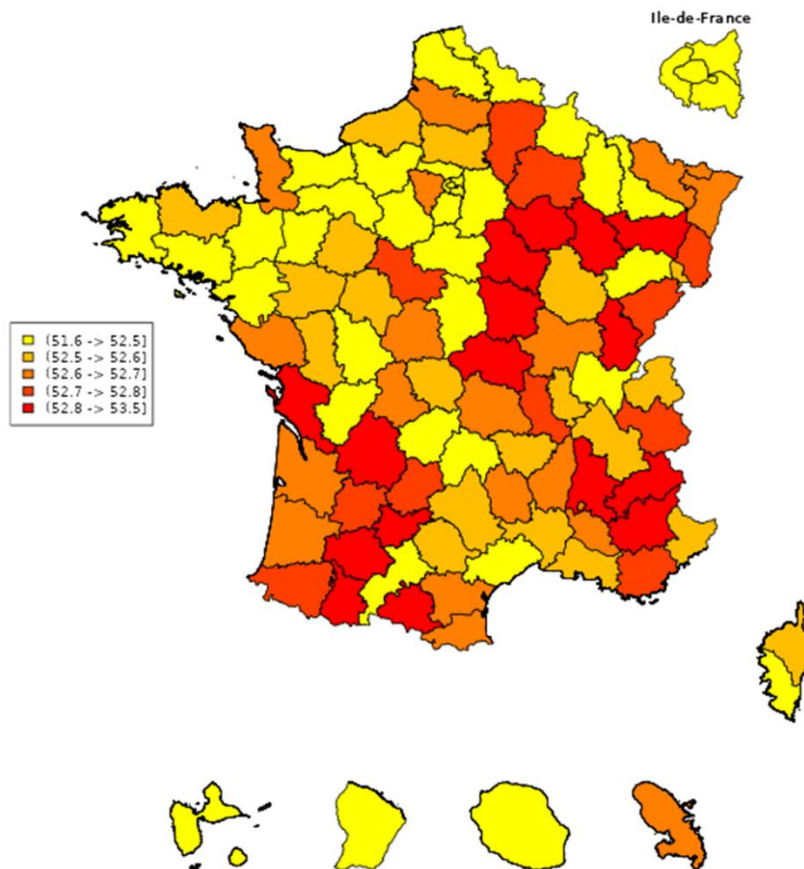


Figure 9 : Distribution départementale de l'âge à l'initiation du THM chez des femmes de 45 à 60 ans en 2024

4.2. Niveau socio-économique des femmes initiant un THM

Parmi les 84 923 femmes initiant un THM en 2024 entre 45 et 60 ans, 6,9% étaient adhérentes à la complémentaire santé solidaire (C2S) contre 10,5% chez les non utilisatrices de THM de cette tranche d'âge (**Tableau 4**). Les femmes initiant un THM résidaient également dans des communes plus favorisées, avec 30,3% résidant dans le quintile le plus favorisé contre 21,3% chez les non utilisatrices d'un THM.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes de 40 à 70 initiant un THM en France en 2024

	40-44 ans				45- 60 ans				61-70 ans				Total			
	Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices	
	14 890	%	44 601	%	84 923	%	254 568	%	8 018	%	24 035	%	107 831	%	323 204	%
Complémentaire santé solidaire (CSS)	1 958	13,1%	6 119	13,7%	5 838	6,9%	26 696	10,5%								
Indice de défavorisation sociale (quintiles)																
1 (le moins défavorisé)	4 337	29,1%	10 012	22,4%	25 736	30,3%	54 331	21,3%	2 299	28,7%	4 487	18,7%	32 372	30,0%	68 830	21,3%
2	3 103	20,8%	9 063	20,3%	18 048	21,3%	50 532	19,9%	1 582	19,7%	4 650	19,3%	22 733	21,1%	64 245	19,9%
3	2 721	18,3%	8 483	19,0%	16 248	19,1%	48 822	19,2%	1 552	19,4%	4 809	20,0%	20 521	19,0%	62 114	19,2%
4	2 136	14,3%	7 926	17,8%	12 937	15,2%	46 864	18,4%	1 300	16,2%	4 717	19,6%	16 373	15,2%	59 507	18,4%
5 (le plus défavorisé)	1 990	13,4%	7 313	16,4%	9 742	11,5%	42 143	16,6%	1 018	12,7%	4 310	17,9%	12 750	11,8%	53 766	16,6%
Inconnu	264	1,8%	929	2,1%	1 098	1,3%	6 573	2,6%	117	1,5%	589	2,5%	1 479	1,4%	8 091	2,5%
DOM (hors Mayotte)	339	2,3%	875	2,0%	1 114	1,3%	5 303	2,1%	150	1,9%	473	2,0%	1 603	1,5%	6 651	2,1%

4.3. Antécédents personnels des femmes initiant un THM

Chez les femmes initiant un THM, la fréquence des comorbidités augmentait avec l'âge, particulièrement pour les maladies cardio-métaboliques (11,1% chez les 40-44 ans vs 37,2% chez les 61-70 ans), les maladies respiratoires (4,8% chez les 40-44 ans vs 8,0% chez les 61-70 ans) et les fractures (1,1% chez les 40-44 ans et 3,3% chez les 61-70 ans). Une hypertension artérielle était présente chez 11,7% des femmes initiant un THM, une dyslipidémie chez 5,0% et un diabète chez 2,8% (**Tableau 5**).

Les femmes initiant un THM présentaient globalement moins de comorbidités et d'antécédents personnels de maladies que les non utilisatrices. Entre 45 et 60 ans, les proportions d'antécédents de maladies cardio-métaboliques (17,8% vs 23,0%), de cancers (2,6% vs 4,6%), de maladies neuro (0,8% vs 1,1%) et de méningiomes (0,03% vs 0,06%) étaient inférieures chez les femmes initiant un THM par rapport aux non utilisatrices (Tableau 5). En revanche, les femmes initiant un THM avaient plus souvent un traitement psychotrope (20,6% vs 16,2%), ou une maladie inflammatoire chronique (3,6% vs 3,2%) mais une proportion semblable d'antécédent de fracture (1,8% vs 1,7%) et de maladies respiratoires (5,6% vs 5,8%).

Tableau 5 : Antécédents personnels des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

	40-44 ans				45-60 ans				61-70 ans				Total			
	Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices	
	14 890	%	44 601	%	84 923	%	254 568	%	8 018	%	24 035	%	107 831	%	323 204	%
Facteurs de risque comportementaux																
Addiction à l'alcool	130	0,9%	456	1,0%	1 207	1,4%	3 937	1,5%	93	1,2%	425	1,8%	1 430	1,3%	4 818	1,5%
Tabac	1 320	8,9%	3 509	7,9%	7 750	9,1%	21 935	8,6%	650	8,1%	2 089	8,7%	9 720	9,0%	27 533	8,5%
Maladies cardiométaboliques	1 653	11,1%	4 668	10,5%	15 083	17,8%	58 442	23,0%	2 983	37,2%	10 875	45,2%	19 719	18,3%	73 985	22,9%
Obésité	653	4,4%	1 833	4,1%	2 129	2,5%	9 790	3,8%	228	2,8%	1 094	4,6%	3 010	2,8%	12 717	3,9%
Diabète	335	2,2%	882	2,0%	2 160	2,5%	12 488	4,9%	520	6,5%	2 623	10,9%	3 015	2,8%	15 993	4,9%
Dyslipidémie	130	0,9%	458	1,0%	3 877	4,6%	16 842	6,6%	1 385	17,3%	5 331	22,2%	5 392	5,0%	22 631	7,0%
Hypertension	724	4,9%	2 151	4,8%	9 830	11,6%	40 014	15,7%	2 049	25,6%	8 022	33,4%	12 603	11,7%	50 187	15,5%
Maladie coronaire	20	0,1%	68	0,2%	400	0,5%	2 329	0,9%	157	2,0%	664	2,8%	577	0,5%	3 061	0,9%
Troubles du rythme	77	0,5%	196	0,4%	579	0,7%	2 183	0,9%	136	1,7%	597	2,5%	792	0,7%	2 976	0,9%
Insuffisance cardiaque	6	0,0%	32	0,1%	86	0,1%	600	0,2%	37	0,5%	150	0,6%	129	0,1%	782	0,2%
Maladie valvulaires	20	0,1%	66	0,1%	138	0,2%	740	0,3%	31	0,4%	191	0,8%	189	0,2%	997	0,3%
Maladie veineuse thromboembolique	38	0,3%	78	0,2%	64	0,1%	543	0,2%	16	0,2%	92	0,4%	118	0,1%	713	0,2%
Embolie pulmonaire	21	0,1%	54	0,1%	38	0,04%	372	0,1%	9	0,11%	73	0,30%	68	0,06%	499	0,2%
Thrombose veineuse profonde	18	0,1%	25	0,06%	27	0,03%	186	0,07%	7	0,09%	20	0,08%	52	0,05%	231	0,07%
AVC	19	0,1%	71	0,2%	69	0,08%	733	0,3%	23	0,3%	129	0,54%	111	0,1%	933	0,3%
AVC ischémique	13	0,09%	53	0,1%	37	0,04%	513	0,2%	16	0,2%	94	0,39%	66	0,06%	660	0,2%
AVC hémorragique	6	0,04%	18	0,04%	32	0,04%	240	0,09%	7	0,1%	37	0,15%	45	0,04%	295	0,09%
Maladies respiratoires	709	4,8%	1 871	4,2%	4 732	5,6%	14 658	5,8%	647	8,0%	2 028	8,4%	6 088	5,6%	18 557	5,7%
Cancers	531	3,6%	915	2,1%	2 228	2,6%	11 732	4,6%	347	4,3%	1 827	7,6%	3 106	2,9%	14 474	4,5%
Cancer du sein actif	31	0,2%	212	0,5%	48	0,06%	2 585	1,0%	21	0,3%	309	1,3%	100	0,09%	3 106	1,0%
Cancer du sein sous surveillance	57	0,4%	132	0,3%	84	0,1%	3 283	1,3%	32	0,4%	525	2,2%	173	0,2%	3 940	1,2%
Cancer colorectal actif	31	0,2%	14	0,03%	122	0,1%	348	0,1%	13	0,2%	65	0,3%	166	0,2%	427	0,1%
Cancer colorectal sous surveillance	22	0,1%	18	0,04%	123	0,1%	378	0,1%	20	0,2%	66	0,3%	165	0,2%	462	0,1%
Cancer du poumon actif	4	0,03%	4	0,01%	48	0,06%	235	0,09%	13	0,2%	62	0,3%	65	0,06%	301	0,09%
Cancer du poumon sous surveillance	-	0,00%	5	0,01%	25	0,03%	147	0,06%	12	0,1%	41	0,2%	37	0,03%	193	0,06%
Autres cancers	404	2,7%	544	1,2%	1 828	2,2%	5 243	2,1%	243	3,0%	866	3,6%	2 475	2,3%	6 653	2,06%
Cancer ovaire	20	0,1%	18	0,04%	40	0,05%	184	0,07%	7	0,09%	47	0,2%	67	0,06%	249	0,08%
Cancer de l'endomètre	14	0,09%	7	0,02%	44	0,05%	203	0,08%	8	0,1%	62	0,3%	66	0,06%	272	0,08%
Maladies inflammatoires chroniques*	409	2,7%	1 082	2,4%	3 090	3,6%	8 040	3,2%	304	3,8%	858	3,6%	3 803	3,5%	9 980	3,1%
Maladies neurologiques**	109	0,7%	371	0,8%	668	0,8%	2 687	1,1%	71	0,9%	384	1,6%	848	0,8%	3 442	1,1%
Traitements psychotropes	1 666	11,2%	4 406	9,9%	17 479	20,6%	41 267	16,2%	2 044	25,5%	4 897	20,4%	21 189	19,7%	50 570	15,6%
Antidépresseurs	1 221	8,2%	3 285	7,4%	12 905	15,2%	30 406	11,9%	1 383	17,2%	3 259	13,6%	15 509	14,4%	36 950	11,4%
Antipsychotiques	190	1,3%	665	1,5%	1 357	1,6%	5 876	2,3%	161	2,0%	590	2,5%	1 708	1,6%	7 131	2,2%
Anxiolytiques	816	5,5%	2 262	5,1%	8 984	10,6%	21 529	8,5%	1 119	14,0%	2 703	11,2%	10 919	10,1%	26 494	8,2%
Hypnotiques	251	1,7%	561	1,3%	3 099	3,6%	7 180	2,8%	459	5,7%	1 039	4,3%	3 809	3,5%	8 780	2,7%
Fractures	169	1,1%	409	0,9%	1 549	1,8%	4 388	1,7%	265	3,3%	819	3,4%	1 983	1,8%	5 616	1,7%
Méningiomes	4	0,03%	15	0,03%	23	0,03%	145	0,06%	3	0,04%	8	0,03%	30	0,03%	168	0,05%

AVC : accident vasculaire cérébral

4.4. Antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens des femmes initiant un THM

En 2024, chez les femmes de 45-60 ans initiant un THM, 9,9% avaient été hystérectomisées et 2,3% ovariectomisées. Ces proportions étaient plus élevées que chez les non utilisatrices de THM (respectivement 6,2% et 1,8%) (Tableau 6).

Au cours des 15 dernières années, les femmes de 45 à 60 ans étaient 35,4% à avoir utilisé une contraception oestroprogestative et 28,1% une contraception progestative contre 33,4% et 25,0% respectivement chez les non utilisatrices de THM. La dernière contraception délivrée dans les 5 ans

précédant l'initiation du THM était chez 15,0% des femmes une contraception progestative, chez 4,6% une contraception oestroprogestative, chez 6,3% un stérilet contenant du lévonorgestrel et chez 2,4% un stérilet au cuivre.

Tableau 6 : Antécédents hormonaux et chirurgicaux utéro-ovariens des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

	40-44 ans				45 - 60 ans				61-70 ans				Total			
	Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices	
	14 890	%	44 601	%	84 923	%	254 568	%	8 018	%	24 035	%	107 831	%	323 204	%
Hystérectomie	460	3,1%	661	1,5%	8 397	9,9%	15 660	6,2%	716	8,9%	1 578	6,6%	9 573	8,9%	17 899	5,5%
Ovariectomie	367	2,5%	297	0,7%	1 979	2,3%	4 590	1,8%	268	3,3%	649	2,7%	2 614	2,4%	5 536	1,7%
Unilatérale	27	0,2%	11	0,02%	129	0,2%	333	0,1%	34	0,4%	71	0,3%	190	0,2%	415	0,1%
Bilatérale	75	0,5%	87	0,2%	304	0,4%	755	0,3%	32	0,4%	77	0,3%	411	0,4%	919	0,3%
Inconnu	281	1,9%	207	0,5%	1 598	1,9%	3 569	1,4%	208	2,6%	515	2,1%	2 087	1,9%	4 291	1,3%
Contraception dans les 15 dernières années																
Contraception orale oestroprogestative	9 151	61,5%	26 480	59,4%	30 035	35,4%	85 122	33,4%	660	8,2%	1 938	8,1%	39 846	37,0%	113 540	35,1%
Progestif seul	5 878	39,5%	21 553	48,3%	23 894	28,1%	63 590	25,0%	225	2,8%	622	2,6%	29 997	27,8%	85 765	26,5%
Dernière contraception délivrée dans les 5 ans																
Contraception orale oestroprogestative	2 500	16,8%	4 672	10,5%	3 878	4,6%	9 461	3,7%	36	0,4%	43	0,2%	6 414	5,9%	14 176	4,4%
Durée depuis la dernière délivrance (mois)	20	[4 - 38]	10	[2 - 33]	28	[10 - 45]	26	[4 - 44]	41	[27 - 53]	40	[23 - 54]	25	[7 - 43]	21	[3 - 41]
Progestif seul	2 830	19,0%	9 331	20,9%	12 774	15,0%	33 348	13,1%	27	0,3%	34	0,1%	15 631	14,5%	42 713	13,2%
Durée depuis la dernière délivrance (mois)	19	[7 - 36]	4	[2 - 24]	21	[7 - 38]	11	[2 - 34]	35	[5 - 48]	46	[33 - 56]	21	[7 - 37]	9	[2 - 32]
Implant	196	1,3%	1 226	2,7%	550	0,6%	2 360	0,9%	1	0,01%	1	0,0%	747	0,7%	3 587	1,1%
Contraceptif Injectable	7	0,05%	19	0,04%	15	0,02%	43	0,02%	-	0,0%	-	0,0%	22	0,02%	62	0,02%
Stérilet Lévonorgestrel	785	5,3%	5 001	11,2%	5 384	6,3%	13 972	5,5%	4	0,05%	5	0,02%	6 173	5,7%	18 978	5,9%
Stérilet cuivre	800	5,4%	5 043	11,3%	2 020	2,4%	6 688	2,6%	-	0,0%	-	0,0%	2 820	2,6%	11 731	3,6%
Autre contraception	355	2,4%	1 119	2,5%	783	0,9%	1 710	0,7%	16	0,2%	14	0,1%	1 154	1,1%	2 843	0,9%

4.5. Recours aux soins des femmes initiant un THM

En 2024, le recours aux soins était plus important chez les femmes qui initiaient un THM que chez les non utilisatrices. A l'initiation et dans les 2 ans précédant l'initiation, 96,9% des initiatrices de THM ont bénéficié d'au moins une consultation avec un médecin généraliste, gynécologue, cardiologue, endocrinologue, neurologue, psychiatre, ou rhumatologue, contre 87,9% chez les non utilisatrices (**Tableau 7**). La différence observée était particulièrement marquée pour les consultations chez le gynécologue dans les 2 ans (72% vs 37%, respectivement).

Les femmes initiant un THM étaient également plus adhérentes au dépistage du cancer du col de l'utérus (77,9% vs 61,2%), du sein (33,9% vs 27,1%) et colorectal (18,9% vs 12,7%) que les non utilisatrices de THM.

Dans l'année précédant l'initiation, une ostéodensitométrie était réalisée chez 5,9% des femmes initiant un THM contre seulement 2,1% chez les non utilisatrices.

Cette proportion augmentait avec l'âge et atteignait 9,5% chez les femmes initiant un THM entre 61 et 70 ans contre 4,7% chez les non utilisatrices du même âge (**Tableau 7**).

Enfin, 32,7% des femmes initiant un traitement avaient eu un dosage hormonal (estradiol, FSH et LH) dans l'année précédant l'initiation contre 6,6% chez les non utilisatrices. Ce dosage était particulièrement fréquent chez les femmes de 40 à 44 ans initiant un THM (63,1%) alors qu'il n'était que de 5,4% chez les non utilisatrices du même âge. Entre 45 et 60 ans, 30,0% des femmes initiant un traitement avaient eu un dosage hormonal dans l'année précédente (contre 7,4% chez les non utilisatrices) (**Tableau 7**).

Tableau 7 : Recours aux soins des femmes de 40 à 70 ans initiant un THM en France en 2024

	40-44 ans				45 - 60 ans				61-70 ans				Total			
	Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices	
	14 890	%	44 601	%	84 923	%	254 568	%	8 018	%	24 035	%	107 831	%	323 204	%
Consultations médicales dans les 2 ans*	14 593	98,0%	38 549	86,4%	82 201	96,8%	224 361	88,1%	7 670	95,7%	21 286	88,6%	104 464	96,9%	284 196	87,9%
Généraliste	13 858	93,1%	37 355	83,8%	79 529	93,6%	219 379	86,2%	7 396	92,2%	20 900	87,0%	100 783	93,5%	277 634	85,9%
Gynécologue	13 068	87,8%	18 394	41,2%	59 957	70,6%	93 506	36,7%	4 715	58,8%	6 458	26,9%	77 740	72,1%	118 358	36,6%
Cardiologue	1 034	6,9%	2 002	4,5%	8 983	10,6%	21 835	8,6%	1 478	18,4%	3 738	15,6%	11 495	10,7%	27 575	8,5%
Endocrinologue	1 819	12,2%	2 408	5,4%	7 153	8,4%	14 424	5,7%	732	9,1%	1 625	6,8%	9 704	9,0%	18 457	5,7%
Psychiatre	1 332	8,9%	2 309	5,2%	8 289	9,8%	15 128	5,9%	625	7,8%	1 097	4,6%	10 246	9,5%	18 534	5,7%
Rhumatologue	1 018	6,8%	2 003	4,5%	11 791	13,9%	22 119	8,7%	1 571	19,6%	2 891	12,0%	14 380	13,3%	27 013	8,4%
Neurologue	832	5,6%	1 878	4,2%	6 016	7,1%	13 662	5,4%	617	7,7%	1 373	5,7%	7 465	6,9%	16 913	5,2%
Adhésion au dépistage																
Cancer du col de l'utérus dans les 5 ans	11 810	79,3%	30 178	67,7%	66 787	78,6%	156 102	61,3%	5 428	67,7%	11 483	47,8%	84 025	77,9%	197 763	61,2%
Cancer du sein dans les 2 ans	79	0,5%	269	0,6%	32 318	38,1%	76 260	30,0%	4 203	52,4%	11 189	46,6%	36 600	33,9%	87 718	27,1%
Cancer colorectal dans les 5 ans	1 336	9,0%	2 619	5,9%	16 624	19,6%	33 344	13,1%	2 399	29,9%	4 968	20,7%	20 359	18,9%	40 931	12,7%
Ostéodensitométrie dans l'année précédente	423	2,8%	145	0,33%	5 157	6,1%	5 402	2,1%	763	9,5%	1 126	4,7%	6 343	5,9%	6 673	2,1%
Dosage hormonal dans l'année précédente	9395	63,1%	2 406	5,4%	25441	30,0%	18 769	7,4%	410	5,1%	110	0,5%	35 246	32,7%	21 285	6,6%

* dans les 2 ans précédant l'initiation

4.6. Caractéristiques des femmes en fonction de la voie d'administration de l'estrogène

Les caractéristiques des femmes initiant un traitement entre 45 et 60 ans avec des estrogènes par voie orale (13,5%) différaient de celles initiant un THM par voie transdermique (86,5%) (**Tableau 8**). En effet, les femmes initiant un THM par voie orale étaient plus jeunes que les femmes initiant un THM par voie transdermique (51,9 ans vs 52,7 ans), plus défavorisées, avec une proportion plus importante de femmes adhérentes à la complémentaire santé solidaire (11,9% vs 6,1%) ou résidant dans le quintile de communes le plus défavorisé (14,0% vs 11,1%).

De plus, les femmes initiant par voie orale présentaient plus de facteurs de risque cardiovasculaires (19,5% vs 17,5%), incluant les antécédents de diabète (3,6% vs 2,4%) et d'hypertension artérielle traitée (12,3% vs 11,5%), et légèrement moins de délivrance de psychotropes (19,7% vs 20,7%) et de maladies respiratoires chroniques (4,8% vs 5,5%) que les femmes initiant un THM par voie transdermique.

Tableau 8 : Caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM selon la voie d'administration de l'estrogène en France en 2024

	Voie orale		Voie transdermique	
	N	%	N	%
N	11 422		73 418	
Age moyen (écart-type)	51,9 (4,1)		52,7 (3,4)	
Complémentaire santé solidaire (CSS)	1 359	11,9%	4 472	6,1%
Indice de défavorisation sociale (quintiles)				
1 (le moins défavorisé)	3 285	28,8%	22 421	30,5%
2	2 305	20,2%	15 729	21,4%
3	2 126	18,6%	14 108	19,2%
4	1 741	15,2%	11 189	15,2%
5 (le plus défavorisé)	1 596	14,0%	8 131	11,1%
Inconnu	220	1,9%	877	1,2%
DOM (hors Mayotte)	149	1,3%	963	1,3%
Facteurs de risque comportementaux				
Addiction à l'alcool	166	1,5%	1 041	1,4%
Tabac	1 111	9,7%	6 629	9,0%
Maladies cardio-métaboliques	2 231	19,5%	12 840	17,5%
Obésité	363	3,2%	1 765	2,4%
Diabète	414	3,6%	1 744	2,4%
Traitements hypolipémiants	552	4,8%	3 323	4,5%
Traitement antihypertenseur	1 408	12,3%	8 416	11,5%
Maladie coronaire	61	0,5%	338	0,5%
Troubles du rythme	74	0,6%	505	0,7%
Insuffisance cardiaque	13	0,1%	73	0,1%
Maladie valvulaires	24	0,2%	114	0,2%
Maladie veineuse thromboembolique	9	0,1%	55	0,1%
Embolie pulmonaire	4	0,04%	34	0,05%
Thrombose veineuse profonde	6	0,05%	21	0,03%
AVC	11	0,1%	58	0,08%
AVC ischémique	6	0,05%	31	0,04%
AVC hémorragique	5	0,04%	27	0,04%
Maladies respiratoires chroniques	719	4,8%	4 011	5,5%
Cancer	271	2,4%	1 952	2,7%
Cancer du sein actif	14	0,12%	34	0,05%
Cancer du sein sous surveillance	25	0,2%	56	0,08%
Cancer colorectal actif	12	0,1%	109	0,2%
Cancer colorectal sous surveillance	14	0,1%	109	0,2%
Cancer du poumon actif	6	0,05%	42	0,06%
Cancer du poumon sous surveillance	2	0,02%	23	0,03%
Autres cancers	200	1,8%	1 627	2,2%
Cancer ovaire	3	0,03%	37	0,05%
Cancer de l'endomètre	3	0,03%	41	0,06%
Maladies inflammatoires chroniques	415	3,6%	2 673	3,6%
Maladies neurologiques	113	1,0%	555	0,8%
Traitement psychotropes	2 250	19,7%	15 215	20,7%
Fractures	189	1,7%	1 360	1,9%
Méningiome	3	0,03%	20	0,03%

4.7. Caractéristiques des femmes en fonction du type de THM

Les caractéristiques des femmes initiant un traitement entre 45 et 60 ans variaient en fonction du type de THM (**Tableau 9**).

Les femmes ayant un estrogène seul étaient plus jeunes que les femmes avec des estrogènes associés à un progestatif synthétique (52,6 ans vs 50,8 ans, respectivement) et présentaient davantage de facteurs de risque comportementaux et d'antécédents médicaux que les femmes qui avaient une association d'estrogène et de progestérone ou un dérivé. Les femmes qui initiaient un THM avec un estrogène seul avaient également plus fréquemment un antécédent d'hystérectomie (38,5%) que les femmes avec une association d'estrogène et de progestérone ou un dérivé (2,1%) ou de progestatifs synthétiques (10,0%). Les femmes avec une association d'estrogène et de progestatif synthétique et celles initiant un estrogène seul étaient plus défavorisées, présentaient davantage d'antécédents cardio-métaboliques et un moindre recours au gynécologue dans les 2 ans précédant la consultation comparativement aux femmes qui avaient une association d'estrogène et de progestérone ou un dérivé.

Tableau 9 : Caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM en fonction du type de THM en France en 2024

	Estrogène seul		Estrogène + progestérone ou dérivé		Estrogène + progestatif synthétique	
N	16 829	%	62 050	%	6 044	%
Caractéristiques sociodémographiques						
Age moyen (écart-type)	52,6 (3,9)		52,7 (3,4)		50,8 (3,4)	
Complémentaire santé solidaire (CSS)	1 461	8,7%	3 867	6,2%	510	8,4%
Indice de défavorisation sociale (quintiles)						
1 (le moins défavorisé)	4 431	26,3%	19 822	31,9%	1 483	24,5%
2	3 449	20,5%	13 277	21,4%	1 322	21,9%
3	3 218	19,1%	11 904	19,2%	1 126	18,6%
4	2 784	16,5%	9 094	14,7%	1 059	17,5%
5 (le plus défavorisé)	2 313	13,7%	6 627	10,7%	802	13,3%
Inconnu	312	1,9%	696	1,1%	90	1,5%
DOM (hors Mayotte)	322	1,9%	630	1,0%	162	2,7%
Facteurs de risque comportementaux						
Addiction à l'alcool	275	1,6%	852	1,4%	80	1,3%
Tabac	1 707	10,1%	5 449	8,8%	594	9,8%
Antécédents médicaux						
Maladies cardio-métaboliques	3 840	22,8%	10 067	16,2%	1 176	19,5%
Maladies respiratoires chroniques	1 091	6,48%	3 276	5,28%	365	6,0%
Cancer	681	4,0%	1 371	2,2%	176	2,9%
Maladies inflammatoires chroniques	671	3,99%	2 181	3,51%	238	3,94%
Maladies neurologiques	151	0,90%	443	0,71%	74	1,22%
Traitement psychotropes	3 699	21,98%	12 474	20,10%	1 306	21,61%
Fractures	301	1,79%	1 179	1,90%	69	1,14%
Méningiome	11	0,07%	11	0,02%	1	0,02%
Antécédents chirurgicaux utéro-ovariens						
Hystérectomie	6 475	38,5%	1 316	2,1%	606	10,0%
Ovariectomie	675	4,0%	1 180	1,9%	124	2,1%
Consultations médicales dans les 2 ans**						
Généraliste	15 722	93,4%	58 123	93,7%	5 684	94,0%
Gynécologue	11 009	65,4%	44 790	72,2%	4 158	68,8%
Cardiologue	1 894	11,3%	6 557	10,6%	532	8,8%
Endocrinologue	1 400	8,3%	5 325	8,6%	428	7,1%
Psychiatre	1 503	8,9%	6 271	10,1%	515	8,5%
Rhumatologue	2 235	13,3%	8 825	14,2%	731	12,1%
Neurologue	1 362	8,1%	4 228	6,8%	426	7,0%
Adhésion au dépistage						
Cancer du col de l'utérus dans les 5 ans	10 961	65,1%	50 808	81,9%	5 018	83,0%
Cancer du sein dans les 2 ans	5 986	35,6%	24 655	39,7%	1 677	27,7%
Cancer colorectal dans les 5 ans	3 528	21,0%	12 054	19,4%	1 042	17,2%
Ostéodensitométrie dans l'année précédente	662	3,9%	4 351	7,0%	144	2,4%
Dosage hormonal dans l'année précédente	4 468	26,5%	18 959	30,6%	2 014	33,3%

5. Évolutions entre 2012 et 2024 des caractéristiques des femmes et des traitements chez les femmes initiant d'un THM entre 45 et 60 ans

5.1. Évolution entre 2012 et 2024 des caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM

Les femmes initiant un THM en 2012, 2018 et 2024 ont été appariées à des non utilisatrices du même âge. Au cours de la période d'étude, l'âge des femmes à l'initiation a légèrement augmenté, passant de 51,9 ans en 2012 à 52,6 ans en 2024 (**Tableau 10**). Les inégalités sociales marquées chez les femmes initiant un THM se sont amplifiées au cours du temps. En effet, 24,4% des femmes initiant un THM en 2012 appartenaient au quintile de désavantage social le plus favorisé contre 30,3% en 2025. Dans le même temps, le pourcentage de femmes initiant un traitement et appartenant au quintile le plus défavorisé est passé de 15,3% en 2012 à 11,5% en 2024 (**Figure 10**). Ainsi, chez les initiatrices le rapport Q1/Q5 est passé de 1,6 à 2,6. Chez les non utilisatrices, le gradient social était moins marqué en 2012 et n'évoluait peu au cours de la période d'étude (Q1/Q5=1,1 en 2012 et 1,3 en 2024).

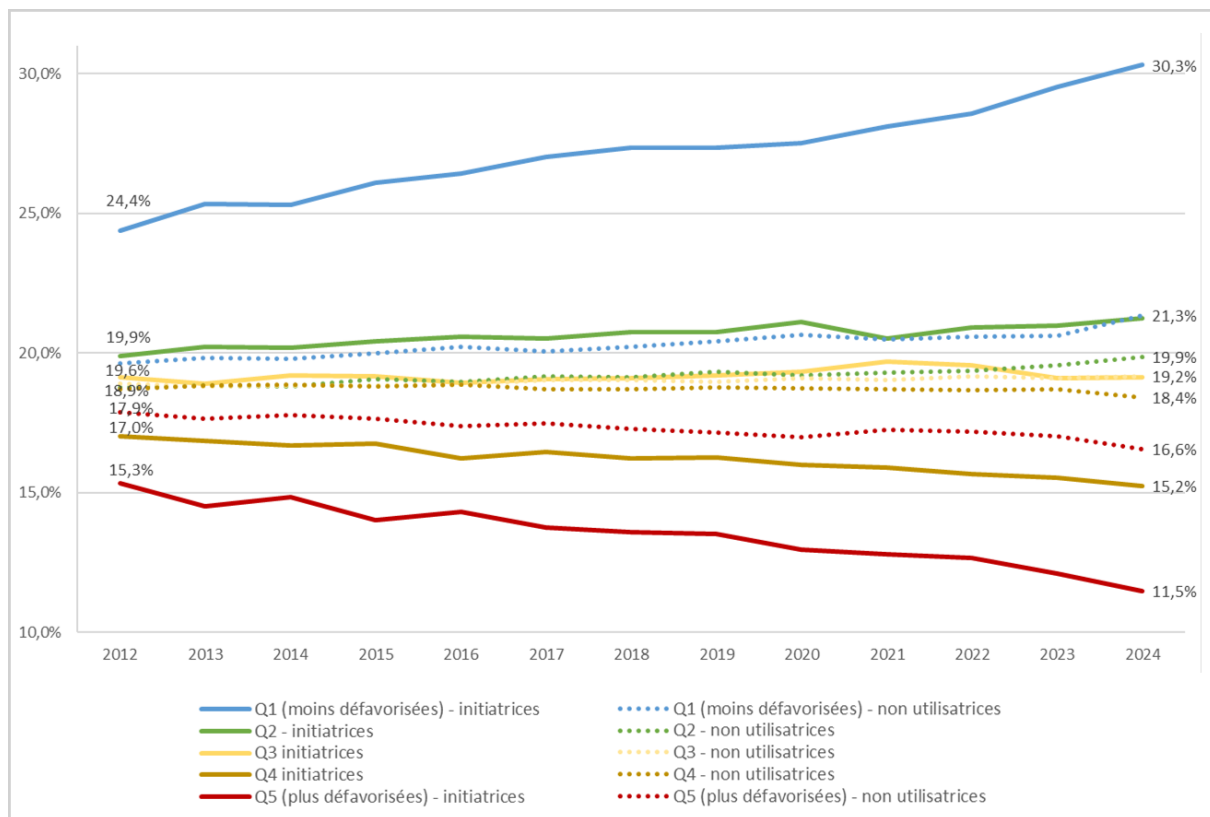


Figure 10 : Evolution du gradient de désavantage social chez les femmes initiant un THM et les non utilisatrices entre 2012 et 2024

La proportion de femmes initiant un THM avec un facteur de risque ou un antécédent cardiovasculaire a diminué au cours de la période (22,0% en 2012 vs 17,8% en 2024). Cette diminution des antécédents cardiovasculaires chez les femmes initiant un THM était plus importante que chez les non utilisatrices (24,8% en 2012 vs 23,0% en 2024). L'utilisation de traitements psychotropes a également diminué entre 2012 et 2024, de manière plus marquée chez les femmes initiant un THM (24,1% vs 20,6%) que chez les non utilisatrices (18,3% vs 16,2%), En revanche, entre 2012 et 2024, la proportion d'antécédents de cancer est restée stable chez les femmes initiant un THM (2,5% vs 2,6%) et chez les non utilisatrices (4,9% vs 4,6%).

Le recours aux soins chez les femmes initiant un THM a augmenté entre 2012 et 2024, avec davantage de recours au médecin généraliste à l'initiation ou dans les deux ans précédant (86,6% en 2012 vs 93,6%) que chez les non utilisatrices sur la même période (81,7% vs 86,2%) (**Tableau 10**). Le recours à une consultation chez le psychiatre a légèrement augmenté chez les femmes initiant un THM entre 2012 et 2024 (8,9% vs 9,8%), alors qu'il est resté stable chez les non utilisatrices (6,1% vs 5,9%). Chez les femmes initiant un THM, le recours au gynécologue (69,5% vs 70,6%), au cardiologue (11,5% vs 10,6%) et au rhumatologue (13,7% vs 13,9%) est resté stable entre 2012 et 2024.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus a fortement progressé chez les femmes de 45 à 60 ans, qu'elles soient initiatrices ou non utilisatrices de THM, notamment entre 2012 et 2024 : de 55,4% à 78,6% chez les initiatrices et de 38,4% à 61,3% chez les non utilisatrices. En revanche, l'adhésion au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal est restée stable chez les femmes initiant un THM (35,9% et 19,2%, respectivement) comme chez les non utilisatrices (29,8% et 13,3%, respectivement).

Tableau 10 : Évolution des caractéristiques des femmes de 45 à 60 ans initiant un THM entre 2012 et 2024

	2012				2018				2024			
	Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices		Initiatrices		Non utilisatrices	
	102 570	307 588			67 289	200 779			84 923	254 568		
Age à l'initiation	51,9 (3,7)				52,0 (3,6)				52,6 (3,6)			
Antécédents personnels												
Tabac	7 577	7,4%	18 439	6,0%	3 888	5,8%	10 130	5,0%	7 750	9,1%	21 935	8,6%
Maladies cardiométaboliques	22 607	22,0%	76 198	24,8%	12 364	18,4%	44 969	22,4%	15 083	17,8%	58 442	23,0%
Maladies respiratoires	5 091	5,0%	14 072	4,6%	3 509	5,2%	9 832	4,9%	4 732	5,6%	14 658	5,8%
Cancers	2 549	2,5%	15 014	4,9%	1 746	2,6%	9 718	4,8%	2 228	2,6%	11 732	4,6%
Maladies inflammatoires chroniques	4 763	4,6%	11 789	3,8%	3 090	4,6%	7 429	3,7%	3 090	3,6%	8 040	3,2%
Maladie neurologique	697	0,7%	2 687	0,9%	489	0,7%	2 069	1,0%	668	0,8%	2 687	1,1%
Traitements psychotropes	24 688	24,1%	56 213	18,3%	14 221	21,1%	31 887	15,9%	17 479	20,6%	41 267	16,2%
Fractures	1 648	1,6%	5 157	1,7%	1 113	1,7%	3 306	1,6%	1 549	1,8%	4 388	1,7%
Méningiomes	44	0,04%	166	0,05%	21	0,03%	119	0,06%	23	0,03%	145	0,06%
Consultations médicales dans les 2 ans	92 071	89,8%	257 490	83,7%	61 692	91,7%	168 783	84,1%	82 201	96,8%	224 361	88,1%
Généraliste	88 874	86,6%	251 160	81,7%	59 450	88,4%	164 194	81,8%	79 529	93,6%	219 379	86,2%
Gynécologue	71 326	69,5%	126 286	41,1%	47 158	70,1%	76 690	38,2%	59 957	70,6%	93 506	36,7%
Cardiologue	11 817	11,5%	29 399	9,6%	6 883	10,2%	16 933	8,4%	8 983	10,6%	21 835	8,6%
Endocrinologue	6 761	6,6%	14 546	4,7%	4 949	7,4%	10 660	5,3%	7 153	8,4%	14 424	5,7%
Psychiatre	9 090	8,9%	18 869	6,1%	6 113	9,1%	11 755	5,9%	8 289	9,8%	15 128	5,9%
Rhumatologue	14 063	13,7%	27 951	9,1%	8 967	13,3%	16 404	8,2%	11 791	13,9%	22 119	8,7%
Neurologue	5 049	4,9%	11 353	3,7%	3 855	5,7%	8 633	4,3%	6 016	7,1%	13 662	5,4%
Adhésion au dépistage												
Cancer du col de l'utérus dans les 5 ans	56 805	55,4%	118 234	38,4%	54 295	80,7%	123 724	61,6%	66 787	78,6%	156 102	61,3%
Cancer du sein dans les 2 ans	36 803	35,9%	91 671	29,8%	25 001	37,2%	57 327	28,6%	32 318	38,1%	76 260	30,0%
Cancer colorectal dans les 5 ans	19 730	19,2%	41 014	13,3%	13 075	19,4%	25 752	12,8%	16 624	19,6%	33 344	13,1%

5.2. Evolution entre 2012 et 2024 des caractéristiques des THM à l'initiation chez les femmes de 45 à 60 ans

Les caractéristiques des THM à l'initiation ont évolué au cours de la période d'étude. L'administration de l'estrogène par voie transdermique a notablement progressé, passant de 75,6% en 2012 à 86,5% en 2024. De la même manière, la proportion de femmes initiant un THM avec un estrogène associé à la progestérone ou un dérivé a augmenté sur cette même période (de 58,1% à 73,1%) (**Tableau 11**). En revanche, les proportions de THM comportant un estrogène seul ou un estrogène associé à un progestatif synthétique ont diminué entre 2012 et 2024 (de 24,2% à 19,8% et de 17,6% à 7,1%, respectivement). La part de la progestérone représentait 56,8% des progestatifs à l'initiation du THM en 2012 et atteignait 78,6% en 2024 (**Figure 11**). En contrepartie, la part de la dydrogestérone, un dérivé de la progestérone, a diminué au cours de la période, passant de près de 19,6% en 2012 à 12,2% en 2024.

Les prescripteurs à l'initiation ont également évolué entre 2012 et 2024, avec une diminution de la part des gynécologues libéraux dans l'initiation du THM (61,2% à 53,0%), une part relativement stable des médecins généralistes (24,8% à 26,4%) et une augmentation des médecins salariés (10,9% à 17,5%).

Tableau 11 : Évolution du THM à l'initiation chez des femmes de 45 à 60 ans en France – focus sur les années 2012, 2018 et 2024

	2012		2018		2024	
N	102 570		67 289		84 923	
Voie d'administration estrogène	102 570	%	67 289	%	84 923	%
Transdermique	77 578	75,6%	52 502	78,0%	73 418	86,5%
Type THM						
Estrogène seul	24 866	24,2%	15 921	23,7%	16 829	19,8%
Estrogène + progestérone ou dérivé	59 602	58,1%	40 702	60,5%	62 050	73,1%
Estrogène + progestatif synthétique	18 102	17,6%	10 666	15,9%	6 044	7,1%
Prescripteur à l'initiation						
Libéral						
Gynécologue	62 727	61,2%	39 998	59,4%	45 012	53,0%
Médecin généraliste	25 390	24,8%	16 643	24,7%	22 386	26,4%
Sage-femme	15	0,0%	41	0,1%	316	0,4%
Autre	3 253	3,2%	2 019	3,0%	2 368	2,8%
Médecin salarié sans précision	11 185	10,9%	8 588	12,8%	14 841	17,5%

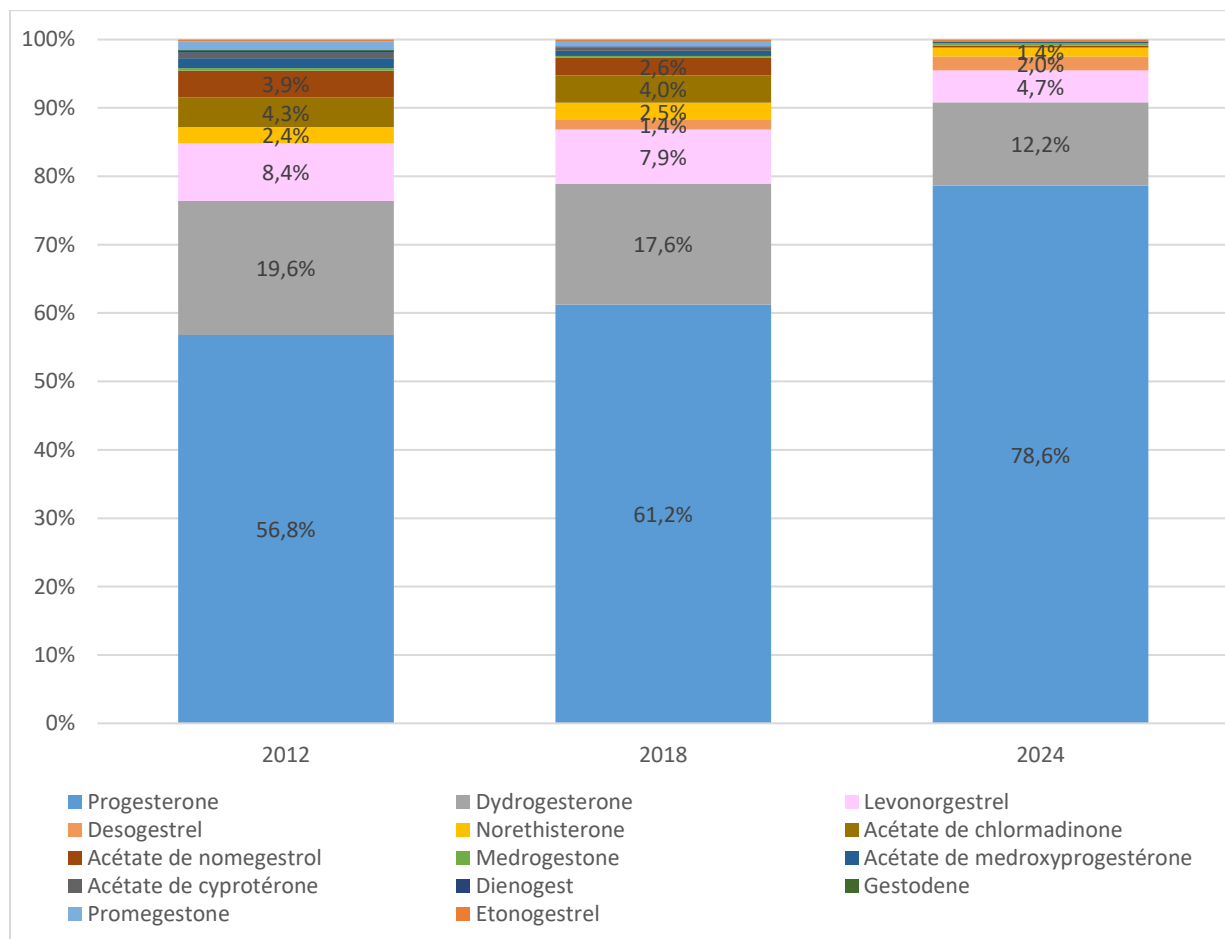


Figure 11 : Evolution des progestatifs utilisés dans le THM lors de l'initiation chez des femmes de 45 à 60 ans – focus sur les années 2012, 2018 et 2024.

DISCUSSION

Cette étude réalisée à partir des données du SNDS a permis de décrire l'utilisation du THM en France entre 2012 et 2025 chez les femmes de 40 à 70 ans. Les résultats mettent en évidence une reprise des initiations et de l'utilisation du THM depuis 2020, après une diminution importante observée depuis 2012. Les caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024 en France suggèrent une moindre proportion de facteurs de risque, d'antécédents cardio-métabolique et de cancer que chez les non utilisatrices. La part des THM dont l'estrogène était administré par voie transdermique, ainsi que la part de THM associant un estrogène à la progestérone, étaient en augmentation entre 2012 et 2024. La durée de traitement était inférieure à 3 ans, avec une initiation, le plus souvent, autour de l'âge moyen de début de la ménopause.

Cette dynamique de l'utilisation du THM en France s'inscrit dans un contexte plus large de réévaluation du rapport bénéfice/risque du THM au niveau international, à la suite de la publication des résultats de l'essai randomisé WHI ayant entraîné une baisse massive de son utilisation dans la plupart des pays. En effet, au début des années 2000, une étude Française issue de données d'enquête évaluait la prévalence du THM chez les femmes de 50 à 69 ans à 35,7% (32). Les données de l'assurance maladie montraient une fréquence d'utilisation du THM en 2000 qui variait de 5% entre 70 et 74 ans à 38% chez les femmes de 55 à 59 ans (33). Entre 2001 et 2023 le nombre de boîtes de THM remboursées a baissé de près de 75% avec une baisse très marquée entre 2001 et 2006 (-46%) (34). Cette diminution a également été observée dans de nombreux pays. Aux États-Unis, l'utilisation du THM chez les femmes ménopausées a chuté de 26,9% en 1999-2000 à seulement 4,7% en 2017-2020, avec une baisse continue dans toutes les classes d'âge (35). En Europe, une étude portant sur 17 pays a mis en évidence une grande variabilité dans le taux d'utilisation du THM chez les femmes de 45-69 ans avec un gradient Nord-Sud marqué. En effet, en 2002 les taux allaient de moins de 5% en Espagne, Grèce et Italie à plus de 20% des femmes ménopausées en Suède, Norvège et Finlande (36). Entre 2002 et 2010, tous les pays d'Europe ont connu une diminution importante de l'utilisation du THM (de -50% à -77%) (36,37), avec une utilisation inférieure à 10% à l'exception de la Finlande, dix ans après la publication de WHI.

La reprise progressive des initiations de THM dans la population française observée dans nos résultats à partir de 2020, apparaît cohérente avec les tendances internationales, notamment en Europe. En Suède, après une diminution entre 2000 et 2010 de plus de 80% de l'utilisation chez les femmes de 50-54 ans, une stabilisation a été observée, suivie d'une augmentation progressive depuis 2017, particulièrement dans les classes d'âge autour de l'âge moyen de la ménopause (38).

Au Pays de Galles, les prescriptions de THM par voie orale ont diminué de manière importante entre 1996 et 2005. En revanche, depuis 2017 et jusqu'en 2023, les prescriptions par voie transdermique ont augmenté de manière importante (39). Cette hausse intervient après la publication de recommandations par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE)³ en 2015 et la publication d'une méta-analyse en 2017 réalisée dans le cadre du processus d'élaboration de cette recommandation, qui a conclu à la supériorité de l'estradiol transdermique associé à un progestatif sur les symptômes vasomoteurs (40).

Plusieurs facteurs convergents pourraient expliquer la reprise des initiations de THM observée en France et au niveau international depuis 2020. D'une part, les analyses secondaires de l'étude WHI ainsi que des études observationnelles françaises et étrangères ont permis de mieux identifier les conditions dans lesquelles le rapport bénéfice/risque du THM serait favorable, notamment en cas d'initiation précoce après la ménopause et chez des femmes à faible risque cardiovasculaire (41–45). D'autre part, l'évolution des recommandations nationales et internationales au cours de la dernière décennie, associée à l'augmentation du recours à des molécules et des formes thérapeutiques plus sûres, en particulier les estrogènes par voie transdermique et la progestérone micronisée, a probablement contribué à une réassurance des prescripteurs et des femmes (14,15,46). Enfin, depuis quelques années la ménopause fait l'objet d'une visibilité croissante avec une médiatisation accrue et probablement une meilleure prise en considération des symptômes climatiques (47).

La progression de la voie d'administration transdermique, particulièrement marquée en France, où son utilisation était déjà historiquement élevée, s'est encore accentuée au cours de la période récente, comme le montre le taux atteint de 86% chez les femmes de 45-60 ans dans nos résultats. Bien que la voie orale reste encore fréquemment utilisée dans certains pays, une transition vers la voie transdermique est également observée (38). Cette tendance reflète une adaptation des pratiques aux données de la littérature. En effet, bien qu'aucun essai randomisé n'ait évalué la supériorité de la voie transdermique sur la voie orale sur le risque cardiovasculaire artériel et veineux, plusieurs études observationnelles ont suggéré l'innocuité de cette voie d'administration sur le risque thromboembolique veineux d'une part et sur le risque d'AVC ischémique d'autre part (48–52). Ces différences s'expliquent par l'effet de premier passage hépatique des estrogènes administrés par voie orale, qui contrairement aux estrogènes administrés par voie transdermique, induit un déséquilibre de l'hémostase démontré par plusieurs essais

³ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

contrôlés randomisés (12,53,54). Ce déséquilibre associe une augmentation des marqueurs d'activation de la coagulation et une diminution des inhibiteurs naturels de la coagulation, entraînant notamment une résistance acquise à la protéine C activée. L'ensemble de ces altérations aboutit à un état d'hypercoagulabilité, concordant avec le risque thromboembolique augmenté retrouvé dans les études épidémiologiques. Ainsi, les essais randomisés ont confirmé que la voie transdermique n'induisait que peu d'altération de la coagulation, apportant une plausibilité biologique solide pour expliquer la différence de risque thromboembolique observée entre les deux voies d'administration dans les études épidémiologiques. En revanche, sur le risque de cancer du sein, la voie d'administration ne semble pas jouer de rôle dans la modulation du risque.

De manière concordante, nos résultats mettent en évidence une augmentation marquée de l'utilisation de la progestérone micronisée entre 2012 et 2024 (représentant respectivement 57% et 80% des progestatifs utilisés) et une diminution du recours aux progestatifs de synthèse (représentant respectivement 24% et 7% des progestatifs utilisés). Cette transformation des pratiques est en adéquation avec les données de plusieurs études qui montrent que le type de progestatif module de manière significative certains risques associés au THM. Sur le risque thromboembolique veineux et d'AVC ischémique, les études observationnelles ont montré que la progestérone micronisée ou la dydrogestérone n'étaient pas associées à un sur-risque, contrairement aux progestatifs de synthèse, notamment les dérivés norprégnanes (45,50,55–57). Sur le risque de cancer du sein, les données de la cohorte française E3N et de plusieurs études cas-témoins britanniques convergent vers un profil de sécurité plus favorable de la progestérone micronisée, bien qu'une méta-analyse suggère un risque augmenté lors d'une utilisation de plus de 5 ans (58–60). Cette évolution vers la progestérone micronisée n'est plus une spécificité française, même si la France a longtemps été pionnière dans l'utilisation de cette molécule. Dans la plupart des autres pays européens, la part des progestatifs de synthèse reste plus importante qu'en France, bien qu'une transition progressive vers la progestérone micronisée soit observée. Dans les pays Scandinaves, l'acétate de noréthistérone demeure le progestatif de référence, mais une enquête récente auprès des médecins suédois montre une adoption croissante de la progestérone micronisée, notamment dans les zones métropolitaines (61).

Les caractéristiques des femmes initiant un THM en France suggèrent une meilleure adéquation avec les recommandations actuelles (15)(46). En effet, en 2024, les femmes traitées par THM présentaient globalement moins de comorbidités cardio-métaboliques qu'en 2012, tandis que leur prévalence est restée relativement stable chez les non utilisatrices, traduisant une possible sélection plus rigoureuse des

patientes. Cette évolution est cohérente avec les recommandations françaises qui préconisent une évaluation individuelle du risque cardiovasculaire et de cancer avant toute initiation, ainsi que l'exclusion des patientes à haut risque. Par ailleurs, le niveau plus élevé de recours aux soins observé chez les femmes initiant un THM, notamment les consultations gynécologiques, suggère un meilleur suivi médical et une prise en charge plus encadrée des femmes.

Malgré ces évolutions globalement favorables, des disparités importantes persistent. Les variations territoriales observées, tant pour les taux d'initiation que pour les caractéristiques des prescriptions, témoignent d'hétérogénéités importantes des pratiques médicales. Ces disparités géographiques ne sont pas spécifiques à la France : des études britanniques et américaines ont également mis en évidence des variations régionales significatives dans les prescriptions de THM (62,63). De plus, l'existence d'un gradient socio-économique, avec une moindre utilisation du THM chez les femmes les plus défavorisées, suggère des inégalités d'accès aux soins et à l'information. Ce constat est corroboré par les données internationales. De la même manière au Pays de Galles et aux Etats-Unis, le désavantage social était identifié comme une barrière à l'accès au THM (35,62). En Angleterre, une étude de 2020 a montré que le taux de prescription de THM était 29% plus faible dans les cabinets médicaux des zones les plus défavorisées par rapport aux zones les plus favorisées, et cette différence persistait après ajustement sur les facteurs de risque cardiovasculaire (63). De plus, comme dans notre étude, les femmes des zones défavorisées recevaient plus fréquemment des prescriptions par voie orale que par voie transdermique, suggérant une moindre adéquation aux recommandations actuelles (63). Cette proportion plus élevée de THM administré par voie orale chez les plus défavorisées semblait d'autant plus inadéquate que les femmes présentaient plus de comorbidités cardio-métaboliques.

Chez les femmes initiatrices d'estrogènes seuls, un peu plus d'un tiers avait un antécédent d'hystérectomie retrouvé. Ces données suggèrent un usage important d'estrogènes seuls chez des femmes avec utérus intact, en contradiction avec les recommandations établies, qui préconisent l'association avec un progestatif pour prévenir le risque d'hyperplasie et de cancer de l'endomètre. La mise en évidence, dès les premières études épidémiologiques, d'une augmentation significative du risque de cancer de l'endomètre associée à la prise d'estrogènes seuls a conduit à l'introduction systématique d'un progestatif chez les femmes non hystérectomisées, afin de s'opposer à la prolifération endométriale induite par les estrogènes.

Plusieurs études, dont celles de la cohorte française E3N ont apporté des éléments complémentaires en suggérant que certaines associations utilisées en pratique courante en France, notamment les traitements combinant estrogènes et progestérone micronisée, ainsi que l'utilisation prolongée (≥ 5 ans) de l'association estrogène–dydrogéstérone aux doses et schémas usuels, pourraient ne pas être pleinement suffisantes pour prévenir la survenue de cancers endométriaux induits par les œstrogènes (64,65).

Le rôle prépondérant des gynécologues libéraux dans l'initiation du THM, associé à une répartition inégale de ces professionnels sur le territoire, avec des zones à très faible densité de gynécologues, pourrait contribuer à ces disparités (66). Cette hypothèse est cohérente avec les données britanniques qui suggèrent que les inégalités de prescription reflètent un besoin non satisfait important en matière de prise en charge de la ménopause dans les zones défavorisées (63).

L'âge à l'initiation du THM apparaît globalement conforme aux recommandations, avec une moyenne autour de 52–53 ans, correspondant à la période proche de la ménopause. Ce constat est cohérent avec le concept de « fenêtre d'opportunité thérapeutique » (*timing hypothesis*), selon lequel le rapport bénéfique/risque du THM est le plus favorable lorsque le traitement est initié avant 60 ans ou dans les 10 ans suivant la ménopause (67–69). Toutefois, la proportion non négligeable de femmes initiant un traitement après 60 ans interroge. Ces initiations tardives pourraient refléter des situations cliniques particulières : persistance de symptômes vasomoteurs sévères ou prévention de l'ostéoporose chez des femmes à haut risque fracturaire.

La durée de traitement observée, relativement courte, ainsi que la fréquence élevée des interruptions précoces ou de délivrance unique de THM posent également question. Elles pourraient être considérées en cohérence avec les recommandations actuelles, qui insistent sur l'utilisation de la dose minimale efficace pour la durée la plus courte possible, avec une réévaluation *a minima* annuelle de l'indication (15). Ces résultats pourraient également traduire une certaine prudence des prescripteurs, dans un contexte où les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée optimale et où les préoccupations liées aux risques du THM restent présentes, malgré l'évolution des connaissances (15,46). Les raisons de l'arrêt prématuré n'étant pas disponibles dans notre base de données, on ne peut exclure que les proportions importantes de délivrances uniques ou de durée d'utilisation courte soient liées à une mauvaise tolérance, à des complications, à un changement d'avis des femmes ou à une absence d'efficacité ressentie... Une revue systématique de 69 études donnait une durée moyenne de traitement par un THM de 5,4 ans, plus longue que celle observée dans notre étude (70). Dans cette étude, la crainte

des risques, notamment de cancer du sein, était fréquemment rapportée comme la première cause d'interruption ou d'arrêt du traitement (70). Des effets indésirables étaient également rapportés dans un tiers des arrêts de traitement. Plusieurs études suggèrent que près de 50% des femmes présentaient une récurrence des symptômes à l'arrêt du THM (70,71). Ces données pourraient expliquer la proportion importante d'interruption de traitement puis de reprises observées dans notre étude.

Ce travail présente plusieurs forces. Il repose sur l'exhaustivité des femmes ayant eu recours à un THM en France sur plus de 10 ans, représentant environ un demi-million de femmes traitées plus ou moins longuement et près d'1,3 millions d'initiations. La quasi-totalité des THM systémiques étant remboursés, à l'exception de la Tibolone, cette étude apporte une description détaillée des caractéristiques des femmes ainsi que des modalités de traitement (spécialités, voie d'administration, dosages) spécifiques au contexte français, et de leur évolution au cours du temps entre 2012 et 2025. La comparaison avec les femmes du même âge issues de la population générale et sans THM permet de mieux contextualiser et interpréter les résultats observés.

Néanmoins, cette étude comporte certaines limites. L'absence d'information sur le statut ménopausique, l'âge de la ménopause, la présence ou non de symptômes climatériques, le retentissement sur la qualité de vie et l'indication du THM constitue une limite inhérente au SNDS. Afin de limiter un potentiel biais d'indication, notamment lié à l'utilisation de certains traitements hormonaux dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP) entre 40 et 42 ans, l'ensemble des analyses a été présenté par classes d'âge. Par ailleurs, en l'absence de l'âge de survenue de la ménopause, il n'était pas possible de connaître précisément la temporalité d'initiation du THM par rapport à cet événement, alors même qu'une initiation précoce est recommandée. Néanmoins, l'âge moyen à l'initiation observé dans notre vaste cohorte est cohérent avec l'âge moyen de la ménopause et l'âge à l'initiation rapporté dans les données de la littérature. Certaines variables individuelles ne sont pas disponibles ou sont imparfaitement capturées, notamment le statut socio-économique individuel, le tabagisme ou l'obésité. La définition de l'initiation, basée sur l'absence de délivrance dans les deux années précédentes, peut également être discutée. Toutefois, la proportion d'initiations multiples sur la période étudiée (2012–2024) apparaît très faible (< 2%), il est donc peu probable qu'étendre la durée d'absence de délivrance au-delà de 2 ans modifie fortement les résultats. Enfin, si la méthodologie retenue pour estimer la durée de traitement permet d'approcher la durée d'exposition, elle ne permet pas de décrire finement les schémas d'utilisation (notamment dose d'estrogènes, les schémas continu ou séquentiel pour les progestatifs), en particulier les interruptions et reprises de traitement, qui semblent relativement fréquentes. L'évaluation des durées

et des doses de traitement demeure particulièrement complexe pour les traitements administrés par voie transdermique.

CONCLUSION

Cette étude, réalisée à partir des données exhaustives du SNDS, apporte un éclairage actualisé sur l'utilisation du THM en France entre 2012 et 2025. Nos résultats mettent en évidence une reprise des initiations depuis 2020, après plus d'une décennie de déclin, consécutif notamment aux publications de l'étude WHI. Cette évolution s'accompagne d'une transformation des pratiques de prescription, avec une prédominance croissante de la voie transdermique et de la progestérone micronisée, en adéquation avec les données de la littérature et les recommandations actuelles, qui privilégient les formulations présentant le profil de sécurité le plus favorable. Les caractéristiques des femmes initiant un THM suggèrent une meilleure sélection des patientes, avec un âge à l'initiation conforme à la fenêtre d'opportunité thérapeutique et une durée de traitement relativement courte. Néanmoins, des disparités territoriales et socio-économiques importantes étaient observées. D'autre part, plusieurs interrogations subsistent quant au recours persistant de d'administration orale des estrogènes chez les femmes issues de milieux socio-économiques moins favorisés, qui présentent par ailleurs davantage de comorbidités cardio-métaboliques, et à la proportion significative de femmes utilisant des estrogènes seuls et dont les prescriptions pourraient nécessiter l'association d'un progestatif conformément aux recommandations en vigueur pour les femmes sans hystérectomie.

Dans un contexte où la HAS prépare de futures recommandations concernant la prise en charge globale de la ménopause, après avoir confirmé en 2025 la place du THM dans la stratégie thérapeutique des troubles du climatère et dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique chez les femmes à risque fracturaire, et alors que le gouvernement Français a annoncé en 2026 des mesures pour améliorer la prévention autour de la ménopause, ces données populationnelles constituent un outil précieux pour évaluer l'impact des recommandations sur les pratiques d'utilisation.

Compte tenu des spécificités du THM en France, des études complémentaires restent nécessaires pour évaluer l'impact de ce traitement sur la santé des femmes à court et long terme.

REFERENCES

1. Mitchell CM, Larson JC, Crandall CJ, Bhasin S, LaCroix AZ, Ensrud KE, et al. Association of Vaginal Estradiol Tablet With Serum Estrogen Levels in Women Who Are Postmenopausal: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 14 nov 2022;5(11):e2241743. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.41743
2. Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms: A Review. *JAMA*. 7 févr 2023;329(5):405. doi:10.1001/jama.2022.24140
3. Stefanick ML. Estrogens and progestins: background and history, trends in use, and guidelines and regimens approved by the US Food and Drug Administration. *Am J Med*. déc 2005;118(12):64-73. doi:10.1016/j.amjmed.2005.09.059
4. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: A meta-analysis. *Obstet Gynecol*. févr 1995;85(2):304-13. doi:10.1016/0029-7844(94)00383-0
5. Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, Herrmann WL. Association of Exogenous Estrogen and Endometrial Carcinoma. *N Engl J Med*. 4 déc 1975;293(23):1164-7. doi:10.1056/NEJM197512042932302
6. Weiderpass E, Adami HO, Baron JA, Magnusson C, Bergstrom R, Lindgren A, et al. Risk of Endometrial Cancer Following Estrogen Replacement With and Without Progestins. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 7 juill 1999;91(13):1131-7. doi:10.1093/jnci/91.13.1131
7. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Postmenopausal Hormone Use and Secondary Prevention of Coronary Events in the Nurses' Health Study: A Prospective, Observational Study. *Ann Intern Med*. 3 juill 2001;135(1):1-8. doi:10.7326/0003-4819-135-1-200107030-00003
8. Gordon T, Kannel WB, Hjortland MC, McNAMARA PM. Menopause and Coronary Heart Disease: The Framingham Study. *Ann Intern Med*. 1 août 1978;89(2):157-61. doi:10.7326/0003-4819-89-2-157
9. Vaziri SM. The Impact of Female Hormone Usage on the Lipid Profile: The Framingham Offspring Study. *Arch Intern Med*. 11 oct 1993;153(19):2200. doi:10.1001/archinte.1993.00410190036005
10. Hulley S. Randomized Trial of Estrogen Plus Progestin for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women. *JAMA*. 19 août 1998;280(7):605. doi:10.1001/jama.280.7.605
11. Writing Group For The Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA J Am Med Assoc*. 17 juill 2002;288(3):321-33. doi:10.1001/jama.288.3.321
12. Oger E, Alhenc-Gelas M, Lacut K, Blouch MT, Roudaut N, Kerlan V, et al. Differential effects of oral and transdermal estrogen/progesterone regimens on sensitivity to activated protein C among postmenopausal women: a randomized trial. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1 sept 2003;23(9):1671-6. doi:10.1161/01.ATV.0000087141.05044.1F PubMed PMID: 12869355.

13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), en collaboration avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFFSAPS). Prise en charge hormonale de la ménopause : recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES / AFFSAPS ; 2004. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> Haute Autorité de Santé (HAS).
14. Réévaluation des recommandations sur la prise en charge hormonale de la ménopause. Paris : HAS ; 2014. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> Haute Autorité de Santé (HAS).
15. Réévaluation des progestatifs et THM dans la prise en charge hormonale de la ménopause : mise à jour 2025. Paris : HAS ; 2025. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>.
16. Roland N, Neumann A, Hoisnard L, Duranteau L, Froelich S, Zureik M, et al. Use of progestogens and the risk of intracranial meningioma: national case-control study. *BMJ*. 27 mars 2024;384:e078078. doi:10.1136/bmj-2023-078078 PubMed PMID: 38537944; PubMed Central PMCID: PMC10966896.
17. Nguyen P, Roland N, Neumann A, Hoisnard L, Passeri T, Duranteau L, et al. Prolonged use of noregestrol acetate and risk of intracranial meningioma: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. juill 2024;42:100928. doi:10.1016/j.lanep.2024.100928 PubMed PMID: 38800110; PubMed Central PMCID: PMC11127190.
18. Roland N, Nguyen P, Neumann A, Hoisnard L, Passeri T, Duranteau L, et al. Prolonged use of chlormadinone acetate and risk of intracranial meningioma: A population-based cohort study. *Eur J Neurol*. janv 2025;32(1):e16505. doi:10.1111/ene.16505 PubMed PMID: 39503288; PubMed Central PMCID: PMC11622271.
19. Le Vu S, Bertrand M, Jabagi MJ, Botton J, Drouin J, Baricault B, et al. Age and sex-specific risks of myocarditis and pericarditis following Covid-19 messenger RNA vaccines. *Nat Commun*. déc 2022;13(1):3633. doi:10.1038/s41467-022-31401-5
20. Bouillon K, Baricault B, Botton J, Jabagi MJ, Bertrand M, Semenzato L, et al. Effectiveness of BNT162b2, mRNA-1273, and ChAdOx1-S vaccines against severe covid-19 outcomes in a nationwide mass vaccination setting: cohort study. *BMJ Med*. juin 2022;1(1):e000104. doi:10.1136/bmjmed-2021-000104
21. Botton J, Dray-Spira R, Baricault B, Drouin J, Bertrand M, Jabagi MJ, et al. Reduced risk of severe COVID-19 in more than 1.4 million elderly people aged 75 years and older vaccinated with mRNA-based vaccines. *Vaccine*. janv 2022;40(3):414-7. doi:10.1016/j.vaccine.2021.12.009
22. Kolla E, Weill A, Desplas D, Semenzato L, Zureik M, Grimaldi L. Does Measles, Mumps, and Rubella (MMR) Vaccination Protect against COVID-19 Outcomes: A Nationwide Cohort Study. *Vaccines*. 16 nov 2022;10(11):1938. doi:10.3390/vaccines10111938
23. Semenzato L, Botton J, Baricault B, Deloumeaux J, Joachim C, Sylvestre E, et al. Vaccine effectiveness against severe COVID-19 outcomes within the French overseas territories: A cohort study of 2-doses vaccinated individuals matched to unvaccinated ones followed up until September 2021 and based on the National Health Data System. *Mossong J, éditeur. PLOS ONE*. 9 sept 2022;17(9):e0274309. doi:10.1371/journal.pone.0274309

24. Jabagi MJ, Botton J, Bertrand M, Weill A, Farrington P, Zureik M, et al. Myocardial Infarction, Stroke, and Pulmonary Embolism After BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in People Aged 75 Years or Older. *JAMA*. 4 janv 2022;327(1):80. doi:10.1001/jama.2021.21699
25. Zureik M, Cuenot F, Weill A, Dray-Spira R. Contribution of real-life studies in France during the COVID-19 pandemic and for the national pharmaco-epidemiological surveillance of COVID-19 vaccines. *Therapies*. sept 2023;78(5):553-7. doi:10.1016/j.therap.2022.12.013
26. Rey G, Jouglu E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 – 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*. déc 2009;9(1):33. doi:10.1186/1471-2458-9-33
27. Rachas A, Gastaldi-Ménager C, Denis P, Lesuffleur T, Nicolas M, Pestel L, et al. Prevalences and healthcare expenditures related to 58 health conditions from 2012 to 2017 in France: diseases and healthcare expenditure mapping, a national population-based study [Internet]. 2020 [cité 14 juin 2024]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.09.21.20198853> doi:10.1101/2020.09.21.20198853
28. Bouyer B, Leroy F, Rudant J, Weill A, Coste J. Burden of fractures in France: incidence and severity by age, gender, and site in 2016. *Int Orthop*. mai 2020;44(5):947-55. doi:10.1007/s00264-020-04492-2
29. Roland N, Neumann A, Hoisnard L, Duranteau L, Froelich S, Zureik M, et al. Use of progestogens and the risk of intracranial meningioma: national case-control study. *BMJ*. 27 mars 2024;384:e078078. doi:10.1136/bmj-2023-078078
30. Poncet L, Roland N, Fortuna R, Hider-Mlynarz K, Dray-Spira R, Weill A, et al. Contraceptive use in France in 2012 and 2022: a descriptive analysis of two repeated nationwide cross-sectional studies. *Lancet Reg Health - Eur*. déc 2025;59:101488. doi:10.1016/j.lanepe.2025.101488
31. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4 février 2025, n°3-4 Prévention des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal : état des lieux en France. *BEH*. 4 févr 2025:25-61. doi:<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-fevrier-2025-n-3-4-prevention-des-cancers-du-sein-du-col-de-l-uterus-et-du-cancer-colorectal-etat-des>
32. Gayet-Ageron A, Amamra N, Ringa V, Tainturier V, Berr C, Clavel-Chapelon F, et al. Estimated numbers of postmenopausal women treated by hormone therapy in France. *Maturitas*. nov 2005;52(3-4):296-305. doi:10.1016/j.maturitas.2005.05.002
33. Séradour B, Allemand H, Weill A, Ricordeau P. Changes by age in breast cancer incidence, mammography screening and hormone therapy use in France from 2000 to 2006. *Bull Cancer (Paris)*. avr 2009;96(4):E1-6. doi:10.1684/bdc.2009.0869 PubMed PMID: 19435691.
34. Amaro Costa R, Vilcu AM, Cairat M, Olivier E, Thiébaud ACM, Fournier A. Trends in the use of menopausal hormone therapy in France, 2001–2023. *Maturitas*. juin 2025;197:108270. doi:10.1016/j.maturitas.2025.108270

35. Yang L, Toriola AT. Menopausal Hormone Therapy Use Among Postmenopausal Women. *JAMA Health Forum*. 27 sept 2024;5(9):e243128. doi:10.1001/jamahealthforum.2024.3128
36. Ameye L, Antoine C, Paesmans M, De Azambuja E, Rozenberg S. Menopausal hormone therapy use in 17 European countries during the last decade. *Maturitas*. nov 2014;79(3):287-91. doi:10.1016/j.maturitas.2014.07.002
37. Heinig M, Braitmaier M, Haug U. Prescribing of menopausal hormone therapy in Germany: Current status and changes between 2004 and 2016. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. avr 2021;30(4):462-71. doi:10.1002/pds.5186
38. Sundell M, Brynhildsen J, Spetz Holm AC, Fredrikson M, Hoffmann M. Trends in the incidence, prevalence and sales volume of menopausal hormone therapy in Sweden from 2000 to 2021. *Maturitas*. sept 2023;175:107787. doi:10.1016/j.maturitas.2023.107787
39. Andrews R, Lacey A, Bache K, Kidd EJ. Hormone Replacement Therapy Uptake and Discontinuation Trends From 1996-2023: An Observational Study of the Welsh Population. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 19 mai 2025;1471-0528.18220. doi:10.1111/1471-0528.18220
40. Sarri G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden MA. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. sept 2017;124(10):1514-23. doi:10.1111/1471-0528.14619 PubMed PMID: 28276200.
41. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Extended Poststopping Phases of the Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2 oct 2013;310(13):1353. doi:10.1001/jama.2013.278040
42. Rossouw JE, Aragaki AK, Manson JE, Szmuiłowicz ED, Harrington LB, Johnson KC, et al. Menopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Diseases in Women With Vasomotor Symptoms: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med*. 1 nov 2025;185(11):1330. doi:10.1001/jamainternmed.2025.4510
43. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet*. 28 sept 2019;394(10204):1159-68. doi:10.1016/S0140-6736(19)31709-X PubMed PMID: 31474332; PubMed Central PMCID: PMC6891893.
44. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 22 déc 2020;142(25). doi:10.1161/CIR.0000000000000912
45. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 9 janv 2019;364:k4810. doi:10.1136/bmj.k4810 PubMed PMID: 30626577; PubMed Central PMCID: PMC6326068.

46. Trémollières F, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, Rousset-Jablonski C, Lecerf JM, Duclos M, et al. Les femmes ménopausées : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF et du GEMVi (Texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. mai 2021;49(5):305-17. doi:10.1016/j.gofs.2021.03.010
47. Rist S. « J'ai eu l'impression de devenir invisible... » La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action. 2025.
48. Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *The Lancet*. août 2003;362(9382):428-32. doi:10.1016/S0140-6736(03)14066-4
49. Canonico M, Fournier A, Carcaillon L, Olié V, Plu-Bureau G, Oger E, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of idiopathic venous thromboembolism: results from the E3N cohort study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. févr 2010;30(2):340-5. doi:10.1161/ATVBAHA.109.196022 PubMed PMID: 19834106.
50. Canonico M, Carcaillon L, Plu-Bureau G, Oger E, Singh-Manoux A, Tubert-Bitter P, et al. Postmenopausal Hormone Therapy and Risk of Stroke: Impact of the Route of Estrogen Administration and Type of Progestogen. *Stroke*. juill 2016;47(7):1734-41. doi:10.1161/STROKEAHA.116.013052
51. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GDO, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 31 mai 2008;336(7655):1227-31. doi:10.1136/bmj.39555.441944.BE
52. Renoux C, Dell'Aniello S, Garbe E, Suissa S. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*. 6 juin 2010;340(jun03 4):c2519-c2519. doi:10.1136/bmj.c2519
53. Scarabin PY, Alhenc-Gelas M, Plu-Bureau G, Taisne P, Agher R, Aiach M. Effects of oral and transdermal estrogen/progesterone regimens on blood coagulation and fibrinolysis in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. nov 1997;17(11):3071-8. doi:10.1161/01.atv.17.11.3071 PubMed PMID: 9409295.
54. Canonico M. Hormone therapy and hemostasis among postmenopausal women: a review. *Menopause*. juill 2014;21(7):753-62. doi:10.1097/GME.000000000000296 PubMed PMID: 24937030.
55. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone Therapy and Venous Thromboembolism Among Postmenopausal Women: Impact of the Route of Estrogen Administration and Progestogens: The ESTHER Study. *Circulation*. 20 févr 2007;115(7):840-5. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280
56. Scarabin PY. Progestogens and venous thromboembolism in menopausal women: an updated oral versus transdermal estrogen meta-analysis. *Climacteric J Int Menopause Soc*. août 2018;21(4):341-5. doi:10.1080/13697137.2018.1446931 PubMed PMID: 29570359.

57. Canonico M, Alhenc-Gelas M, Plu-Bureau G, Olié V, Scarabin PY. Activated protein C resistance among postmenopausal women using transdermal estrogens: importance of progestogen. *Menopause N Y N*. 2010;17(6):1122-7. doi:10.1097/gme.0b013e3181e102eb PubMed PMID: 20613675; PubMed Central PMCID: PMC5063923.
58. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. janv 2008;107(1):103-11. doi:10.1007/s10549-007-9523-x PubMed PMID: 17333341; PubMed Central PMCID: PMC2211383.
59. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer*. 10 avr 2005;114(3):448-54. doi:10.1002/ijc.20710 PubMed PMID: 15551359.
60. Abenhaim HA, Suissa S, Azoulay L, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, Tulandi T. Menopausal Hormone Therapy Formulation and Breast Cancer Risk. *Obstet Gynecol*. 1 juin 2022;139(6):1103-10. doi:10.1097/AOG.0000000000004723 PubMed PMID: 35675607.
61. Götze Eriksson R, Skalkidou A, Cruz N, Lindén Hirschberg A, Iliadis SI. Swedish physicians' knowledge of and prescribing practices for menopausal hormone therapy: A nationwide cross-sectional survey. *Maturitas*. juin 2025;197:108263. doi:10.1016/j.maturitas.2025.108263 PubMed PMID: 40250257.
62. Andrews R, Lacey A, Bache K, Kidd EJ. Hormone Replacement Therapy Uptake and Discontinuation Trends From 1996-2023: An Observational Study of the Welsh Population. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 19 mai 2025. doi:10.1111/1471-0528.18220 PubMed PMID: 40384462.
63. Hillman S, Shantikumar S, Ridha A, Todkill D, Dale J. Socioeconomic status and HRT prescribing: a study of practice-level data in England. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. nov 2020;70(700):e772-7. doi:10.3399/bjgp20X713045 PubMed PMID: 32988956; PubMed Central PMCID: PMC7523922.
64. Fournier A, Dossus L, Mesrine S, Vilier A, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F, et al. Risks of Endometrial Cancer Associated With Different Hormone Replacement Therapies in the E3N Cohort, 1992-2008. *Am J Epidemiol*. 1 sept 2014;180(5):508-17. doi:10.1093/aje/kwu146
65. Sjögren LL, Mørch LS, Løkkegaard E. Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: A systematic review. *Maturitas*. sept 2016;91:25-35. doi:10.1016/j.maturitas.2016.05.013 PubMed PMID: 27451318.
66. <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/information/>.
67. Lambrinoudaki I, Armeni E, Milli N, Anagnostis P. Then and Now: What We Have Learned From the WHI. *J Clin Endocrinol Metab*. 17 mars 2026;111(4):e974-94. doi:10.1210/clinem/dgaf638 PubMed PMID: 41379766; PubMed Central PMCID: PMC13017459.
68. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific

Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 22 déc 2020;142(25).
doi:10.1161/CIR.0000000000000912

69. Gabriel SR, Roque M, Sanchez GL, Soares K, Calaf J, Bonfill X. Hormone replacement therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [cité 10 avr 2026]. p. CD002229. Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002229> doi:10.1002/14651858.CD002229
70. Bunnewell S, Keating S, Parsons J, Hickey M, Hillman S. Women's and Health Care Professionals' Experiences of Discontinuing Hormone Replacement Therapy (HRT): A Systematic Review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 26 sept 2025;1471-0528.70023. doi:10.1111/1471-0528.70023
71. Pinkerton JV. Hormone Therapy for Postmenopausal Women. Solomon CG, éditeur. *N Engl J Med*. 30 janv 2020;382(5):446-55. doi:10.1056/NEJMcp1714787

ANNEXES

Tableau A1 : Liste codes CIP et ATC des THM sélectionnés dans le SNDS

Tableau A2 : Caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024 en fonction du nombre de délivrances dans l'année de l'initiation

Tableau A3 : Caractéristiques du THM à l'initiation en fonction du nombre de délivrance dans l'année de l'initiation

Tableau A1 : Liste codes CIP et ATC des THM sélectionnés dans le SNDS

Code CIP	Libellé	ATC7	Principe actif	Famille
3400934879944	ACTIVELE, comprimé pellicule	G03FA01	NORETHISTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400935839473	AVADENE 1 mg/0,025 mg, comprimé pellicule	G03FB	GESTODENE, ESTRADIOL	E + P
3400935839763	AVADENE 2 mg/0,050 mg, comprimé pellicule	G03FB	GESTODENE, ESTRADIOL	E + P
3400937352161	CHLORMADINONE MYLAN GENERIQUES 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400937352222	CHLORMADINONE MYLAN GENERIQUES 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936647527	CHLORMADINONE SANDOZ 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936526600	CHLORMADINONE SANDOZ 2 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936560147	CHLORMADINONE SANDOZ 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936561847	CHLORMADINONE TEVA 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936526020	CHLORMADINONE TEVA 2 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936526310	CHLORMADINONE TEVA 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936647237	CHLORMADINONE THERAMEX 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936328587	CHLORMADINONE THERAMEX 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936667747	CHLORMADINONE THERAMEX 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936647466	CHLORMADINONE VIATRIS 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400936327986	CHLORMADINONE VIATRIS 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400934565687	CLIMARA 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935264350	CLIMASTON 1 mg/10 mg, comprimé pellicule	G03FB08	DYDROGESTERONE, ESTRADIOL	E + P
3400935660381	CLIMASTON 1 mg/5 mg, comprimé pellicule	G03FA14	DYDROGESTERONE, ESTRADIOL	E + P
3400934385247	CLIMASTON 2 mg/10 mg, comprimé pellicule	G03FB08	DYDROGESTERONE, ESTRADIOL	E + P
3400933604370	CLIMENE, comprimé enrobe	G03HB01	CYPROTERONE, ESTRADIOL	E + P
3400935762320	CLIMODIENE 2 mg/2 mg, comprimé enrobe	G03FA15	DIENOGEST, ESTRADIOL	E + P
3400931308614	COLPRONE 5 mg, comprimé	G03DB03	MEDROGESTONE	P
3400934240195	DELIDOSE 0,5 mg, gel en sachet-dose	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934239946	DELIDOSE 1 mg, gel en sachet-dose	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934090370	DERMESTRIL 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934090660	DERMESTRIL 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934090431	DERMESTRIL 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935239396	DERMESTRIL SEPTEM 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935239167	DERMESTRIL SEPTEM 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935239518	DERMESTRIL SEPTEM 75 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933443559	DIVINA, comprimé	G03FB06	MEDROXYPROGESTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400935784902	DUOVA 1 mg/2,5 mg, comprimé	G03FA12	MEDROXYPROGESTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400935785152	DUOVA 1 mg/5 mg, comprimé	G03FA12	MEDROXYPROGESTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400935785381	DUOVA 2 mg/5 mg, comprimé	G03FA12	MEDROXYPROGESTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400932192946	DUPHASTON 10 mg, comprimé pellicule	G03DB01	DYDROGESTERONE	P
3400935218285	ESTIMA 100 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400937415019	ESTIMA 100 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935671387	ESTIMA 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400937414876	ESTIMA 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400932972654	ESTRADERM TTS 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935665126	ESTRAPATCH 40 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935665065	ESTRAPATCH 60 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935954657	ESTRAPATCH 80 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933913083	ESTREVA 0,1 %, gel	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933963231	ESTREVA, comprimé sécable	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935435118	EVAFILM 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935435286	EVAFILM 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935592514	EVAPAUSE 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400934610554	FEMSEPT 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934610783	FEMSEPT 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934610615	FEMSEPT 75 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935531131	FEMSEPTCOMBI 50 microgrammes/10 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03FB09	LEVONORGESTREL, ESTRADIOL	E + P
3400936759459	FEMSEPTTEVO 50 microgrammes/7 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03FA11	LEVONORGESTREL, ESTRADIOL	E + P
3400933145552	KLIOGEST, comprimé pellicule	G03FA01	NORETHISTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400936557246	LUTENYL 3,75 mg, comprimé	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400932661121	LUTENYL, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P

3400933943301	LUTERAN 10 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
400930633144	LUTERAN 2 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400930633205	LUTERAN 5 mg, comprimé	G03DB06	CHLORMADINONE	P
3400935217516	MENAELE 100 mg, capsule molle	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400938786026	MENAELE 100 mg, capsule molle	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400933824334	MENOREST 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935013460	MENOREST 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933824792	MENOREST 37,5 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933823962	MENOREST 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933824105	MENOREST 75 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933914554	MERIMONO 1 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933914264	MERIMONO 2 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935846228	NAEMIS 3,75 mg / 1,5 mg + 1,5 mg, comprimé	G03FB12	NOMEGESTROL + ESTRADIOL	E + P
3400938691870	NOMEGESTROL ARROW 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400938173451	NOMEGESTROL BIOGARAN 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400938172799	NOMEGESTROL EG 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400938323917	NOMEGESTROL RATIOPHARM 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400939016207	NOMEGESTROL SANDOZ 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400938280241	NOMEGESTROL TEVA 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400936453708	NOMEGESTROL VIATRIS 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400938692532	NOMEGESTROL ZENTIVA 5 mg, comprimé sécable	G03DB04	NOMEGESTROL	P
3400935847928	NOVOFEMME, comprimé pellicule	G03FB05	NORETHISTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400933811266	OESCLIM 25 microgrammes/24 heures (5 mg/11 cm ²), dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934466823	OESCLIM 37,5 microgrammes/24 heures (7,5 mg/16,5 cm ²), dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933811846	OESCLIM 50 microgrammes/24 heures (10 mg/22 cm ²), dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934467592	OESCLIM 75 microgrammes/24 heures (15 mg/33 cm ²), dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400933829247	OESTRODOSE 0,06 POUR CENT, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400936434608	OESTRODOSE 0,06 POUR CENT, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400931689294	OESTROGEL 0,06 POUR CENT, gel pour application cutanée en tube	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935116758	OROMONE 1 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934243677	OROMONE 2 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400930768549	OVESTIN 0,25 mg, comprimé	G03CA04	ESTRIOL	E
3400933826345	PHYSIOGINE 1 mg, comprimé sécable	G03CA04	ESTRIOL	E
3400935811387	PROGESTAN 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936208841	PROGESTAN 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935876324	PROGESTAN 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936208490	PROGESTAN 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400934368967	PROGESTERONE BESINS 100 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936209152	PROGESTERONE BESINS 200 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935804983	PROGESTERONE BIOGARAN 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935825056	PROGESTERONE BIOGARAN 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400939793320	PROGESTERONE BIOGARAN 200 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400930082232	PROGESTERONE SANDOZ 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936137202	PROGESTERONE SANDOZ 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936807396	PROGESTERONE SANDOZ 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936037335	PROGESTERONE TEVA 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400930024522	PROGESTERONE VIATRIS 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400936178991	PROGESTERONE VIATRIS 100 mg, capsule molle ou capsule molle vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400931314127	PROGESTOGEL 1 POUR CENT, gel pour application locale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400934666674	PROVAMES 1 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935479341	PROVAMES 2 mg, comprimé pellicule	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935839992	SUCCESSIA 1 mg/0,025 mg, comprimé pellicule	G03FB	GESTODENE, ESTRADIOL	E + P
3400935840134	SUCCESSIA 2 mg/0,050 mg, comprimé pellicule	G03FB	GESTODENE, ESTRADIOL	E + P
3400932491544	SURGESTONE 0,125 mg, comprimé	G03DB07	PROMEGESTONE	P
3400932491834	SURGESTONE 0,250 mg, comprimé	G03DB07	PROMEGESTONE	P
3400933133146	SURGESTONE 0,500 mg, comprimé	G03DB07	PROMEGESTONE	P
3400933642860	SURGESTONE 0,500 mg, comprimé	G03DB07	PROMEGESTONE	P
3400934090950	THAIS 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400934090899	THAIS 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935239747	THAISSEPT 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E

3400935239976	THAISSEPT 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400932548828	TRISEQUENS, comprimé pellicule	G03FB05	NORETHISTERONE + ESTRADIOL	E + P
3400932327515	UTROGESTAN 100 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935876782	UTROGESTAN 100 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400934839962	UTROGESTAN 200 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935876843	UTROGESTAN 200 mg, capsule molle orale ou vaginale	G03DA04	PROGESTERONE	P
3400935859006	VIVELLEDOT 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400936557475	VIVELLEDOT 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935858054	VIVELLEDOT 37,5 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935858344	VIVELLEDOT 50 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E
3400935858634	VIVELLEDOT 75 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique	G03CA03	ESTRADIOL	E

Tableau A2 : Caractéristiques des femmes initiant un THM en 2024 en fonction du nombre de délivrances dans l'année de l'initiation

	Initiatrices 1 seule délivrance		Initiatrices plusieurs délivrances		Non utilisatrices	
N	25 173	%	59 750	%	254 568	%
Caractéristiques sociodémographiques						
Age moyen (écart-type)	52,5 (3,8)		52,6 (3,5)		52,6 (3,6)	
Complémentaire santé solidaire (CSS)	2 398	9,5%	3440	5,8%	26 696	10,5%
Indice de défavorisation sociale (quintiles)						
1 (le moins défavorisé)	6 909	27,4%	18 827	31,5%	54 331	21,3%
2	5 151	20,5%	12 897	21,6%	50 532	19,9%
3	4 807	19,1%	11 441	19,1%	48 822	19,2%
4	4 052	16,1%	8 885	14,9%	46 864	18,4%
5 (le plus défavorisé)	3 331	13,2%	6 411	10,7%	42 143	16,6%
Inconnu	406	1,6%	692	1,2%	6 573	2,6%
DOM (hors Mayotte)	517	2,1%	597	1,0%	5 303	2,1%
Facteurs de risque comportementaux						
Addiction à l'alcool	391	1,6%	816	1,4%	3 937	1,5%
Tabac	2 527	10,0%	5 223	8,7%	21 935	8,6%
Comorbidités						
Antécédents médicaux						
Maladies cardio-métaboliques	5 026	20,0%	10 057	16,8%	58 442	23,0%
Maladies respiratoires chroniques	1 502	4,8%	3 230	4,2%	14 658	5,8%
Cancer	764	3,0%	1 464	2,5%	11 732	4,6%
Maladies inflammatoires chroniques	966	3,84%	2 124	3,55%	8 040	3,16%
Maladies neurologiques	218	0,87%	450	0,75%	2 687	1,06%
Traitement psychotropes	4 865	19,33%	12 614	21,11%	41 267	16,21%
Fractures	423	1,68%	1 126	1,88%	4 388	1,72%
Méningiome	7	0,03%	16	0,03%	145	0,06%
Hystérectomie	2 573	10,2%	5 824	9,7%	15 660	6,2%
Ovariectomie	584	2,3%	1 395	2,3%	4 590	1,8%
Consultations médicales dans les 2 ans						
Généraliste	23 722	94,2%	55 807	93,4%	219 379	86,2%
Gynécologue	17 084	67,9%	42 873	71,8%	93 506	36,7%
Cardiologue	2 747	10,9%	6 236	10,4%	21 835	8,6%
Endocrinologue	2 062	8,2%	5 091	8,5%	14 424	5,7%
Psychiatre	2 250	8,9%	6 039	10,1%	15 128	5,9%
Rhumatologue	3 351	13,3%	8 440	14,1%	22 119	8,7%
Neurologue	1 865	7,4%	4 151	6,9%	13 662	5,4%
Adhésion au dépistage						
Cancer du col de l'utérus dans les 5 ans	19 539	77,6%	47 248	79,1%	156 102	61,3%
Cancer du sein dans les 2 ans	8 660	34,4%	23 658	39,6%	76 260	30,0%
Cancer colorectal dans les 5 ans	4 813	19,1%	11 811	19,8%	33 344	13,1%
Ostéodensitométrie dans l'année précédente	1 108	4,4%	4 049	6,8%	5 402	2,1%
Dosage hormonal dans l'année précédente	6 211	24,7%	19 230	32,2%	18 769	7,4%

Tableau A3 : Caractéristiques du THM à l'initiation en fonction du nombre de délivrance dans l'année de l'initiation

	Initiatrices 1 seule délivrance		Initiatrices plusieurs délivrances		Non utilisatrices	
A l'initiation	25 173	%	59 750	%	254 568	%
Voie d'administration estrogène						
Transdermique	20 759	82,5%	52 659	88,1%	NA	
Type THM						
Estrogène seul	7 731	30,7%	9 098	15,2%	NA	
Estrogène seul + progestérone ou dérivé	14 886	59,1%	47 164	78,9%	NA	
Estrogène seul + progestatif synthétique	2 556	10,2%	3 488	5,8%	NA	
Spécialité du prescripteur à l'initiation						
En libéral						
Gynécologue	12 590	50,0%	32 422	54,3%	NA	
Médecin généraliste	7 159	28,4%	15 227	25,5%	NA	
Sage-femme	126	0,5%	190	0,3%	NA	
Autre	739	2,9%	1 629	2,7%	NA	
Médecin salarié sans précision	4 559	18,1%	10 282	17,2%	NA	