

# Comment se préparer à la périménopause



- Vous abordez ou traversez la périménopause. Deux choses s'y jouent en silence, sans le moindre symptôme : votre densité osseuse et votre masse musculaire — elles pèsent, des années plus tard, sur votre autonomie et la solidité de votre squelette.

---

## Avant de commencer

Ce guide explique pourquoi, d'après ce que documentent les autorités sanitaires françaises, et ce qui reste entre vos mains.

Ce contenu est informatif et ne remplace pas un avis médical.

# Chapitre 1 — Périménopause, ménopause, post-ménopause : trois mots, trois réalités

---

Confondre ces trois mots change ce que vous pouvez attendre d'une consultation.

---

La **ménopause** est un événement, pas un état : elle se date rétrospectivement, après douze mois consécutifs sans règles, sans autre cause. En France, elle survient naturellement entre 45 et 55 ans, à **51 ans en moyenne** (source : Assurance Maladie / Inserm, dossier « Ménopause », consulté le 3 août 2026).

---

La **périménopause** est la période qui précède, plus les douze mois qui suivent les dernières règles — « c'est la seule des trois qui soit une durée ». Les symptômes y apparaissent en moyenne **vers 47 ans**, et la transition dure « le plus souvent deux à quatre ans » (Assurance Maladie et Inserm, consultés le 3 août 2026).

---

La **post-ménopause** désigne tout ce qui suit la date de la ménopause, et dure le reste de la vie. Certains symptômes s'atténuent avec le temps ; d'autres, notamment liés à la sécheresse des muqueuses, « ne régressent généralement pas spontanément ».

---

**Le marqueur le plus utile n'est pas une bouffée de chaleur, c'est le cycle.** Le signe retenu par l'Assurance Maladie est « une alternance de cycles courts et de cycles longs » — à condition que vos cycles aient été réguliers jusque-là — d'où l'intérêt de tenir vous-même un relevé écrit (voir chapitre 6).

---

**Un cas à part : avant 40 ans.** Si vos règles s'arrêtent ou se raréfient nettement avant cet âge, cela ne relève pas de la périménopause ordinaire : il s'agit d'une insuffisance ovarienne prématurée, qui concerne « 1 à 2 % des femmes selon l'Inserm ». Consultez sans attendre : c'est un motif à part entière.

---

**À faire maintenant.** Si vous remarquez une alternance de cycles courts et longs, commencez un relevé écrit dès aujourd'hui (méthode au chapitre 6) — c'est la pièce la plus utile à apporter en consultation, plus qu'un souvenir approximatif.

# Chapitre 2 — La chronologie en trois temps

Votre parcours peut différer de cette description ; ce découpage est une carte, pas un calendrier.

**Premier temps — les signaux discrets.** Votre cycle se modifie sans devenir chaotique, votre syndrome prémenstruel s'intensifie, votre sommeil se fragmente avec un profil caractéristique : endormissement correct, réveil en seconde partie de nuit. Une irritabilité nouvelle peut apparaître. À ce stade, « tout est encore parfaitement attribuable au travail, aux enfants ou aux parents vieillissants ».



**Deuxième temps — l'irrégularité franche.** Vos cycles deviennent imprévisibles, des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes sont possibles, un brouillard mental peut s'installer. D'autres signes moins connus appartiennent à cette phase : douleurs articulaires diffuses au réveil, modification du profil des migraines, palpitations brèves, sensibilité mammaire fluctuante.



**Troisième temps — l'approche de la ménopause.** Vos cycles s'espacent nettement puis s'arrêtent ; une sécheresse des muqueuses peut apparaître, tout comme une redistribution des graisses vers l'abdomen à poids stable. « Et en dessous de tout cela, sans le moindre signal, la perte osseuse et musculaire accélère. »



**Le brouillard mental** — les mots qui vous manquent, le fil d'une réunion que vous perdez — s'explique par la présence de récepteurs aux œstrogènes dans des régions cérébrales liées à la mémoire et aux fonctions exécutives. Les données disponibles suggèrent que ces difficultés sont, pour la plupart des femmes, transitoires — ce n'est pas une promesse. Votre sommeil agit comme multiplicateur : un réveil nocturne répété dégrade la mémoire de travail et l'humeur dès le lendemain.

Cette inquiétude mérite d'être nommée : vous redoutez peut-être en silence un trouble neurodégénératif — la question se pose, et mérite une réponse professionnelle. Cette anxiété peut survenir sans antécédent ni cause identifiable ; ce n'est ni une faiblesse de caractère, ni quelque chose que vous pourriez surmonter par la seule volonté.

Si le brouillard mental ou l'anxiété deviennent gênants au quotidien, au-delà de la protection de votre sommeil, parlez-en à votre médecin : lui seul peut vous orienter vers une prise en charge adaptée.



**● À faire maintenant.** Si vous reconnaissez le premier ou le deuxième temps décrit ci-dessus, ne l'attribuez pas d'office au stress ou à la charge de travail : notez-le dans votre relevé (chapitre 6) et protégez votre sommeil (chapitre 5) — c'est le levier le plus immédiatement accessible sur le brouillard mental et l'anxiété.

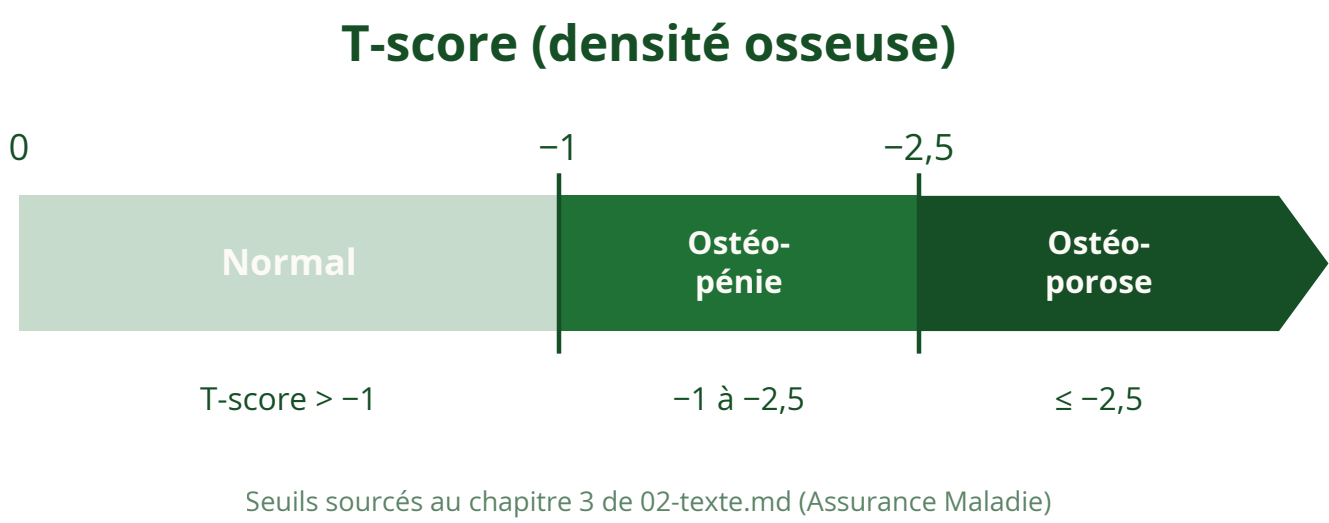
# Chapitre 3 — Ce qui ne fait aucun bruit : l'os

L'**ostéopénie** est une densité osseuse plus basse que la moyenne, sans atteindre le seuil de l'ostéoporose. Ce n'est ni une maladie ni un diagnostic : « c'est le résultat chiffré d'un examen », exprimé par un T-score.

Les trois seuils, tels que les publie l'Assurance Maladie sur la page /os/ :

- « T-score supérieur à -1 : densité osseuse normale.
- T-score entre -1 et -2,5 : ostéopénie, ou densité osseuse basse.
- T-score inférieur ou égal à -2,5 : ostéoporose. »

Ce sont des repères statistiques, pas des frontières nettes.



**Pourquoi la perte s'accélère à la ménopause.** Selon l'Inserm, les œstrogènes « freinent la dégradation du tissu osseux et favorisent la formation d'os "neuf" », et l'Assurance Maladie confirme : « au moment de la ménopause, une accélération de la perte osseuse est observée pendant 5 à 10 ans. »

**L'ampleur, en France :** « autour de l'âge de 65 ans, on estime que 39 % des femmes souffrent d'ostéoporose » (Assurance Maladie). En 2019, le nombre de personnes atteintes en France était estimé à « près de 4 millions », soit « 5,5 % de la population totale », avec « 484 000 fractures de fragilité » (Inserm).

**L'examen : l'ostéodensitométrie.** Absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA), indolore, sans injection, faible irradiation. Elle mesure « le rachis et le col du fémur ». Elle est « prise en charge dans ces indications à 70 % du tarif fixé par l'Assurance Maladie », hors dépistage systématique : elle est proposée « en cas de maladie ou de traitement susceptible d'entraîner une ostéoporose » ou « en cas d'antécédent de fracture sans choc violent ». Une deuxième mesure « peut être proposée trois à cinq ans après la réalisation de la première » — inutile de la refaire plus tôt.

**Une fracture de fragilité n'est pas un simple accident.** Ces fractures « surviennent à la suite d'un faible traumatisme équivalent au plus à une chute de sa propre hauteur en marchant » : si cela vous arrive, c'est un motif de consultation, pas un incident à oublier.

**Ostéopénie ne veut pas dire traitement automatique.** La HAS est explicite : « un traitement préventif des fractures liées à l'ostéoporose est indiqué uniquement devant un risque fracturaire élevé » — pas devant un T-score isolé. Ce risque s'apprécie avec l'âge, les antécédents de fracture, une éventuelle corticothérapie, le risque de chute.

Si un traitement médicamenteux de l'ostéoporose est envisagé dans votre cas, le choix de la molécule, son mode d'action et sa durée sont une décision qui appartient à votre médecin, en fonction de votre profil de risque personnel.

**● À faire maintenant.** Vous n'avez pas besoin d'un compte rendu pour agir : les leviers du chapitre 5 (protéines, activité en charge, calcium, vitamine D) jouent sur la vitesse de la perte osseuse dès aujourd'hui. Si vous avez déjà un compte rendu en main, notez vos T-scores site par site avant votre prochain rendez-vous (questions au chapitre 6).

# Chapitre 4 — Ce qui ne fait aucun bruit : le muscle

---

La **sarcopénie** est la perte progressive de masse et de force musculaires liée à l'âge. Contrairement à l'idée reçue, « elle ne débute pas à 75 ans : le processus s'amorce bien avant la retraite », et son rythme s'accélère à la périménopause quand les œstrogènes déclinent.

---

**Pourquoi la balance ne le montre pas.** Un kilo de muscle et un kilo de graisse pèsent pareil mais n'occupent pas le même volume : à poids stable, votre composition peut se dégrader — moins de muscle, plus de masse grasse, redistribuée vers l'abdomen. Des signaux précèdent le chiffre : un pantalon qui serre à poids égal, une récupération plus longue après l'effort, une force de préhension en baisse.

**La résistance anabolique.** Avec l'âge, le muscle devient moins sensible au signal protéique et à l'exercice : « pour un même apport protéique, la réponse de synthèse est plus faible qu'à 25 ans ». C'est ce qui explique votre frustration de manger « correctement » sans empêcher la fonte — ce n'est pas un manque de discipline de votre part, mais un seuil de déclenchement qui a monté.

---

**Le lien mécanique avec l'os.** Le muscle tire sur l'os à chaque contraction ; cette traction entretient le remodelage osseux, donc perte musculaire et perte osseuse avancent ensemble.

**Pourquoi ce guide ne donne pas de tableau de pourcentages.** « Aucune référence institutionnelle française — Assurance Maladie, Inserm, ANSES, HAS — ne publie de grille de composition corporelle par âge et par sexe qui ferait autorité. » Les balances à impédancemétrie mesurent une résistance électrique, pas directement le muscle : le résultat varie avec l'hydratation et n'est pas comparable d'un appareil à l'autre. Utile pour suivre une tendance, pas pour un diagnostic.

---

## Ce qu'il faut suivre à la place :

la charge que vous déplacez (progression sur un même mouvement) ;

le nombre de levers de chaise sans les mains, en trente secondes, comparé dans le temps ;

le tour de cuisse ou de bras, au mètre ruban, toujours au même endroit.

Il n'existe pas de seuil chiffré officiel à partir duquel s'inquiéter sur ces trois indicateurs : en cas de perte de poids involontaire, de fonte rapide ou de faiblesse inhabituelle, parlez-en à votre médecin plutôt que d'attendre un chiffre précis.



● **À faire maintenant.** Mesurez votre tour de cuisse et notez le nombre de levers de chaise que vous tenez en trente secondes — ce sont deux repères gratuits que vous pourrez comparer dans trois mois, avant même d'avoir changé quoi que ce soit à vos habitudes.

# Chapitre 5 — Les leviers qui ont une source

Les leviers qui suivent ne dépendent d'aucun diagnostic préalable.

**Protéines.** La référence ANSES pour l'adulte en bonne santé est de **0,83 g/kg/jour** — un « plancher de sécurité », pas un objectif de préservation musculaire (pour 65 kg, environ 54 g/jour). Aucune valeur française distincte n'existe à ce jour pour les femmes de plus de 50 ans : c'est une question à poser à votre médecin ou diététicien, en particulier en cas de maladie rénale. Le seul repère majoré concerne la dénutrition diagnostiquée (HAS : 1,2 à 1,5 g/kg/j), pas la prévention en autonomie.

La **répartition** compte autant que le total : un petit-déjeuner sans protéines suivi d'un dîner chargé ne vaut pas trois repas équilibrés. Exemples d'environ 25 g de protéines : 125 g de blanc de poulet ou de dinde, 130 g de poisson blanc, 3 œufs entiers, 200 g de fromage blanc à 3 %, 150 g de tofu ferme, 200 g de lentilles cuites associées à une céréale.

**Activité physique.** Repère de l'Assurance Maladie pour l'adulte : « des activités de renforcement musculaire sont conseillés 1 à 2 fois par semaine », en plus d'« au moins 150 à 300 minutes par semaine d'une activité d'endurance d'intensité modérée ». À partir de 65 ans, le renforcement passe à « au moins deux jours par semaine ». Le travail contre résistance sollicite muscle et os ensemble, contrairement à la natation ou au vélo, qui chargent peu le squelette. Rappel sur la sédentarité : « au bout de 2 heures d'affilée en position assise ou allongée : marchez quelques minutes. »

**Calcium et vitamine D.** Références ANSES pour la femme adulte : calcium 950 mg/j (limite de sécurité 2 500 mg/j) ; vitamine D 15 µg/j soit 600 UI (limite de sécurité 100 µg/j). Une supplémentation se décide avec un professionnel, pas au jugé.

**Créatine.** En Europe, une seule allégation est autorisée par l'Anses : l'amélioration des capacités physiques lors d'exercices très intenses de courte durée — pas sur la masse musculaire ni la sarcopénie. Aucune autorité sanitaire française ou européenne ne publie de posologie dans ce contexte. L'Anses déconseille explicitement compléments protéiques ou créatine en cas de pathologie rénale, diabète, néphrectomie ; à discuter avec un médecin en cas d'atteinte hépatique, traitement au long cours, grossesse ou allaitement.

**Tabac et alcool.** Le tabagisme est associé à une ménopause plus précoce et à une densité osseuse plus basse. L'alcool, même modéré le soir, dégrade l'architecture du sommeil et est souvent rapporté comme facteur déclenchant des bouffées nocturnes.

**Traitement hormonal de la ménopause.** Cette option « existe » et « se discute » avec un médecin ou une sage-femme, qui évalue avec vous le type, l'efficacité attendue et les modalités de prescription selon votre histoire personnelle. Des contre-indications réelles existent en cas d'antécédent personnel ou familial de cancer hormono-dépendant ou d'accident thromboembolique — elles s'appliquent aussi aux compléments à visée hormonale, phytoestrogènes compris : ce n'est pas un sujet d'automédication.



● **À faire maintenant.** Notez vos repères de base sur une semaine : apports en protéines, séances de renforcement, minutes d'activité d'endurance et temps passé assise sans pause.



Protéines



Activité physique



Calcium & vitamine D



Tabac & alcool

# Chapitre 6 — Suivre ce qui se passe

**Pourquoi tenir un relevé.** « Personne ne se rappelle correctement la durée de ses six derniers cycles » ; un relevé écrit, lui, s'en souvient pour vous. Pris isolément, vos symptômes ne veulent rien dire — c'est leur répétition sur plusieurs mois qui informe une consultation.

---

**Le tableau de suivi** (une feuille par mois, une croix chaque soir) couvre cinq familles de symptômes, reprises telles que publiées par l'Assurance Maladie, sans ajout :

**Cycle** : règles survenues ce jour, flux plus abondant que d'habitude, cycle plus court ou plus long que d'habitude.

**Troubles climatériques** : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, sécheresse vulvovaginale, troubles urinaires.

**Sommeil et énergie** : troubles du sommeil, insomnie, fatigue, maux de tête.

**Humeur et cognition** : irritabilité/anxiété, humeur triste, troubles de l'attention ou de la mémoire.

**Corps** : douleurs articulaires, sécheresse de la peau.

Ce tableau ne pose aucun diagnostic ; déposez-le auprès d'un professionnel de santé pour qu'il l'interprète.

---

**Lire un compte rendu d'ostéodensitométrie.** Deux chiffres peuvent y figurer : le **T-score** (comparé à un adulte jeune) et le **Z-score** (comparé à des femmes du même âge — un Z-score franchement bas oriente vers la recherche d'une cause particulière). Vous pouvez avoir des résultats différents entre rachis et fémur ; c'est généralement le plus bas qui oriente la lecture. Certains éléments faussent la mesure : arthrose lombaire, scoliose, matériel implanté, calcifications.

---

● **Questions à préparer avant un rendez-vous** : Quels sont mes T-scores site par site ? Mon Z-score est-il cohérent avec mon âge ? Un élément fausse-t-il la mesure ? Quel est mon risque global, au-delà du chiffre ? Un bilan biologique est-il indiqué ? Que puis-je faire d'ici la prochaine mesure ?

# Chapitre 7 — Quand consulter sans attendre

Certains signes ne relèvent pas du suivi programmé.

---

Côté cycle et saignements : saignements très abondants avec caillots ou changements de protection toutes les heures ; règles durant plus d'une semaine de façon répétée ; saignements entre les règles ou après un rapport ; tout saignement après douze mois d'arrêt des règles — « il ne fait jamais partie de l'évolution normale » ; douleur pelvienne inhabituelle ou persistante ; arrêt des règles avant 40 ans.

---

Côté général : fatigue majeure avec essoufflement ou pâleur (évocatrice d'anémie) ; tristesse persistante, perte d'élan installée, et a fortiori idées noires.

---

Côté squelette : une fracture après une chute de faible intensité ; une perte de taille de plusieurs centimètres ; une douleur dorsale brutale, en particulier après un effort banal ; l'installation progressive d'une courbure du haut du dos.

# Chapitre 8 — Pour aller plus loin

Douze références françaises, toutes issues de quatre institutions publiques : l'Inserm, l'Assurance Maladie, la Haute Autorité de santé et l'ANSES.

---

## Périménopause et ménopause

Inserm — Dossier « Ménopause »

Assurance Maladie — Périménopause (préménopause) : symptômes et contraception

Assurance Maladie — Ménopause : définition, symptômes et diagnostic (mise à jour le 20 février 2026)

HAS — Prise en charge de la femme en période de péri-ménopause/ménopause en soins de premier recours (18 novembre 2025)

---

## Os, ostéopénie et ostéoporose

Inserm — Dossier « Ostéoporose »

Assurance Maladie — Ostéoporose : diagnostic et évolution

HAS — « La HAS actualise ses recommandations de bon usage des médicaments de l'ostéoporose » (24 janvier 2023)

---

## Muscle et activité physique

Assurance Maladie — Adultes et seniors : à chaque âge son activité physique

Inserm — Expertise collective « Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques »

HAS — Référentiel de prescription d'activité physique et sportive — les personnes âgées

---

## Nutrition

ANSES — Protéines : rôle, sources et apports recommandés

ANSES — Les références nutritionnelles en vitamines et minéraux

---

# Mentions obligatoires

- ❏ Ce contenu est informatif et ne remplace pas un avis médical. Il ne pose aucun diagnostic, ne recommande aucun traitement et ne propose aucune posologie individuelle.
  - ❏ Les repères chiffrés cités sont des valeurs de population, pas des consignes personnelles. En cas de saignements inhabituels ou prolongés, de douleur persistante, ou de fracture survenue lors d'un choc mineur, consultez sans attendre.
- 

