

A woman with curly hair is sitting at a table, looking down. She has a blood pressure cuff on her left arm. The background is a simple, light-colored wall.

WITHINGS

La Ménopause

Rapport 2026

Ce que 2,5 millions de femmes révèlent sur la transition ménopausique — et pourquoi la sensibilisation, la compréhension et le soutien peuvent tout changer.

AVRIL 2026 · RAPPORT DE DONNÉES MONDIAL · PREMIÈRE ÉDITION

Ce que 2,5 millions de femmes *Révèlent*

Une analyse transversale portant sur 11 pays, 8 domaines de santé et 6 stades reproductifs — le plus grand ensemble de données réelles au monde sur la transition ménopausique. Ces tendances, observées dans différents groupes d'âge, ne sont pas une fatalité — elles constituent une invitation à agir plus tôt.

+58%

Augmentation de la graisse viscérale

La graisse invisible — enveloppant les organes — augmente fortement tandis que le poids varie à peine (+1,3 kg)

4×

Augmentation de la fibrillation auriculaire

La prévalence du rythme cardiaque irrégulier est multipliée par quatre au cours de la transition ménopausique

+9.3%

Augmentation de la masse grasse relative

La masse grasse passe de 32,1 % à 35,1 % du poids corporel — tandis que la masse musculaire diminue de façon presque symétrique

-33%

Diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque

La résilience du système nerveux autonome diminue d'un tiers — un marqueur clé du vieillissement cardiovasculaire

+27%

Augmentation de la rigidité artérielle

Les artères se rigidifient progressivement, se rapprochant des seuils de risque cardiovasculaire établis

44.5%

Non reconnue avant 50 ans et plus

Près de la moitié des femmes ne déclarent pas la périménopause dans l'application avant une dizaine d'années après le début des changements mesurables

Lisez la suite pour comprendre ce qui change — *et ce que chaque femme peut faire pour y remédier.*

Avant-propos

Chaque année, des millions de femmes entrent dans une transition biologique qui remodèle presque tous les systèmes de leur organisme. Pourtant, les informations, la compréhension et le soutien disponibles restent remarquablement insuffisants pour ce qui constitue l'une des transitions de santé les plus importantes dans la vie d'une femme. *Les femmes méritent mieux.*

Ce rapport est une analyse transversale tirée du plus grand ensemble de données réelles portables jamais constitué sur la transition ménopausique. Il ne s'agit pas d'une étude clinique. Il s'agit d'un miroir à l'échelle populationnelle reflétant ce que les dispositifs de santé connectés observent lorsque les femmes vaquent à leurs activités quotidiennes.

Ce que nous avons découvert remet en question la conception conventionnelle de la ménopause comme un *événement singulier*. Les données révèlent une transformation progressive et multi-systémique qui débute au début de la quarantaine et s'étend sur deux décennies — mettant en évidence des opportunités

de sensibilisation, de prévention et de soins proactifs à chaque stade.

Chez Withings, nous croyons que **la visibilité est le premier pas vers l'autonomie**. Lorsque les femmes peuvent voir ce qui change — grâce à des mesures quotidiennes qui capturent non seulement un chiffre, mais une *trajectoire* — elles peuvent agir plus tôt, défendre leurs intérêts et prendre des décisions éclairées concernant leur santé. C'est pourquoi nous investissons dans la recherche, développons des fonctionnalités pour accompagner les femmes tout au long de cette transition et publions des rapports comme celui-ci — afin de contribuer à combler le déficit d'information.

Il s'agit de la première édition de ce que nous entendons être un rapport annuel. Nous le publions comme une invitation : à sensibiliser, à combler le déficit d'information et à veiller à ce que chaque femme bénéficie du soutien et de la compréhension qu'elle mérite tout au long de cette transition.

Aline Criton

Directrice des Affaires Réglementaires et Cliniques, Withings

La transition *invisible*



Claire monte sur sa balance chaque matin. À 51 ans, son poids a à peine bougé — 70 kilogrammes, à peu de chose près. Son médecin lui dit qu'elle va bien. Mais sous ce chiffre, quelque chose change depuis *près d'une décennie*.

Sa masse grasse a augmenté. Sa masse musculaire a diminué. Sa variabilité de la fréquence cardiaque a évolué. Sa pression artérielle s'élève progressivement. Ces changements font partie d'une transition biologique naturelle — mais sans les informations appropriées, la plupart des femmes ne savent pas qu'ils se produisent. *Et c'est ce déficit que nous souhaitons combler.*

Claire n'est pas une personne réelle. Mais son profil de données décrit la femme médiane de cette analyse transversale — le plus grand ensemble de données réelles au monde sur la transition ménopausique, couvrant 2,5 millions d'utilisatrices Withings dans 11 pays.

2.5M

femmes suivies

11

pays

8

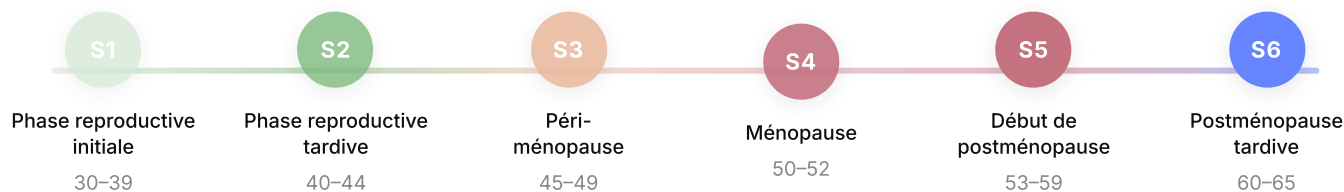
domaines de santé

6

stades reproductifs

Comment nous définissons les stades

Inspirés du cadre STRAW+10, nous définissons 6 stades reproductifs à l'aide de substituts basés sur l'âge. Ces fenêtres d'âge approximatives sont dérivées des durées de stade estimées par STRAW+10, combinées aux définitions épidémiologiques — notamment l'âge moyen européen de la ménopause, fixé à 51 ans selon l'EMAS.^{1,2} Tous les résultats de ce rapport sont transversaux : ils représentent des différences observées entre groupes d'âge à un moment donné, et non des changements suivis chez des femmes individuelles.



Le corps derrière les chiffres

Le résultat le plus contre-intuitif : le poids médian varie à peine entre les groupes d'âge couvrant la transition ménopausique (+1,3 kg). Mais la composition corporelle raconte une *tout autre histoire*.

+9.3%

augmentation de la masse grasse relative
32,1 % → 35,1 % du poids corporel

-4.5%

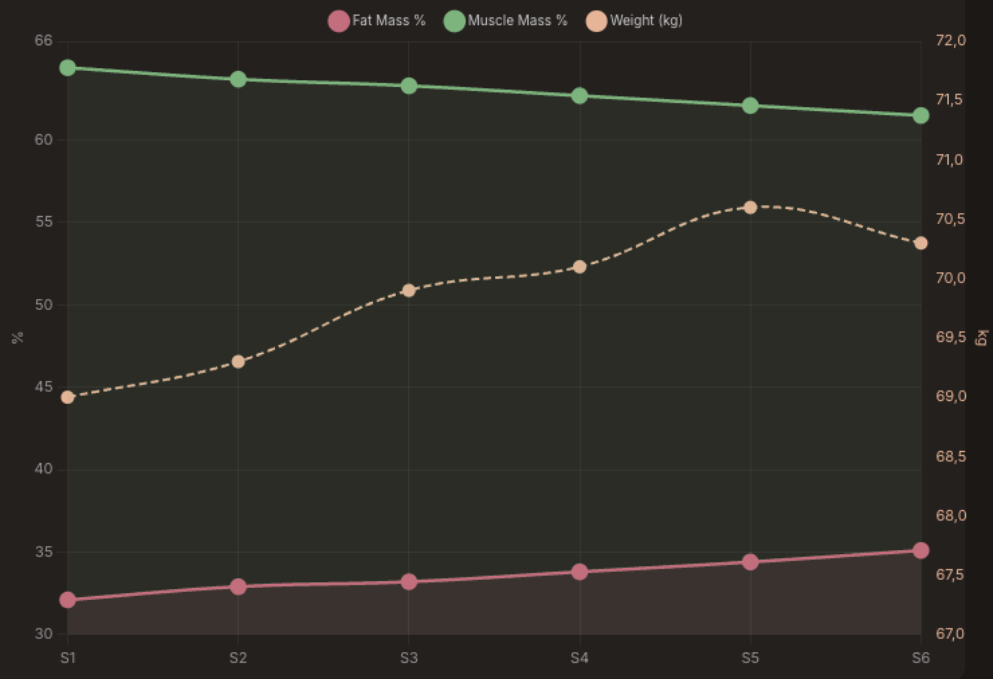
diminution de la masse musculaire relative
64,4 % → 61,5 % du poids corporel

+58%

augmentation de la graisse viscérale
tandis que le poids ne varie que de 1,3 kg

C'est la *recomposition corporelle* — un remaniement fondamental de la composition corporelle. Les œstrogènes jouent un rôle central dans la détermination des sites de stockage des graisses, favorisant le stockage sous-cutané pendant les années reproductives. À mesure que les œstrogènes diminuent, le stockage des graisses se déplace vers l'intérieur, en direction des viscères, tandis que la masse musculaire s'érode.³ Dans tous les groupes d'âge, chaque point de pourcentage supplémentaire de masse grasse correspond à près d'un point de masse musculaire en moins — un schéma quasi parfait de 1:1 observé dans tous les pays. La graisse viscérale est également le prédicteur le plus puissant de la rigidification artérielle entre les pays. La composition corporelle se modifie de l'intérieur, même lorsque le chiffre sur la balance reste stable de façon rassurante. Mais ces schémas ne sont pas inévitables : l'entraînement en résistance remplit un double rôle — préserver la masse musculaire tout en limitant le déplacement des graisses vers l'intérieur — et constitue l'une des interventions hygiéno-diététiques les plus efficaces disponibles pendant cette période.

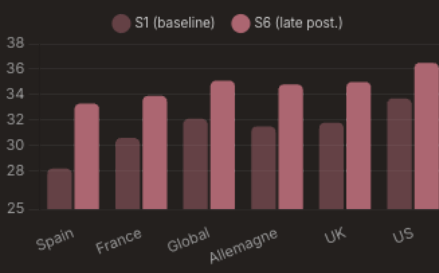
FIG. 1 — COMPOSITION CORPORELLE SELON LES STADES REPRODUCTIFS (GLOBAL, FEMMES)



Le changement silencieux : la masse osseuse

Nos données montrent 4,4 % de masse osseuse relative inférieure chez les femmes en postménopause tardive par rapport à celles en début de vie reproductive — un schéma observé dans tous les pays étudiés. À mesure que les œstrogènes diminuent, la résorption osseuse dépasse la formation osseuse, faisant de cette période une fenêtre critique pour la surveillance et la prévention. L'exercice avec mise en charge, un apport adéquat en calcium et en vitamine D comptent parmi les outils les plus efficaces pour ralentir ce processus.

FIG. 2 — POURCENTAGE DE MASSE GRASSE PAR PAYS (FEMMES, S1 VS S6)



-4.4%

déclin de la masse osseuse relative
au cours de la transition ménopausique

1 SUR 3

des femmes de plus de 50 ans souffriront d'une fracture ostéoporotique¹¹

+1,3 kg

de variation de poids totale — masquant la reconstitution qui s'opère à l'intérieur

Quand les cœurs Convergent

Les maladies cardiovasculaires sont la **#1 cause de décès** chez les femmes dans le monde — pourtant, elles restent sous-diagnostiquées et sous-traitées. Pendant les années reproductives, les œstrogènes favorisent la vasodilatation et maintiennent des profils lipidiques favorables. À mesure qu'ils diminuent, ces protections s'amenuisent — et le profil de risque cardiovasculaire des femmes converge progressivement avec celui des hommes.⁴ Mais jusqu'à 70 % des facteurs de risque cardiovasculaire à la ménopause sont modifiables — grâce à l'activité physique, la nutrition, la gestion du stress et la prise en charge médicale si nécessaire.¹³ Reconnaître le risque est la première étape ; c'est en agissant sur celui-ci que les résultats changent.



AFib Fibrillation auriculaire — un rythme cardiaque irrégulier associé à un risque d'AVC élevé

VOP Vitesse de l'onde de pouls — un marqueur clinique de la rigidité artérielle et du vieillissement vasculaire

VFC Variabilité de la fréquence cardiaque — une mesure de l'adaptabilité du système nerveux autonome

Un signal à ne pas négliger

Les symptômes vasomoteurs — bouffées de chaleur et sueurs nocturnes — comptent parmi les signes les plus reconnus de la transition ménopausique. Au-delà de leur impact sur le confort quotidien et le sommeil, la recherche suggère qu'ils sont associés à un **risque accru de 70 %** de maladies cardiovasculaires — ce qui les rend importants à aborder avec un professionnel de santé.¹²

4×

Augmentation de la prévalence de l'AFib
2.6 % au S1 → 10.5 % au S6⁶

+4 mmHg

Augmentation de la PA systolique
S1 à S6 — réduisant l'écart avec les hommes

+27%

Augmentation de la VOP
La rigidité artérielle approche les seuils de risque⁵

-33%

Déclin de la VFC
43 → 29 ms, S1 à S6⁷

FIG. 3 — PRESSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE (PA) : FEMMES VS HOMMES (GLOBAL & ÉTATS-UNIS, MMHG)

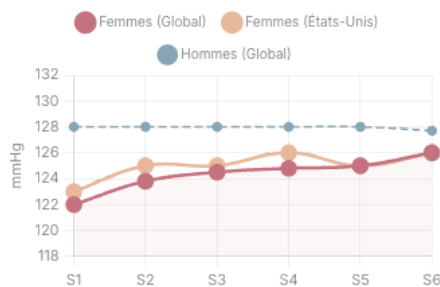


FIG. 4 — PRÉVALENCE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE (AFIB) : GLOBAL VS ÉTATS-UNIS (FEMMES ET HOMMES, %)

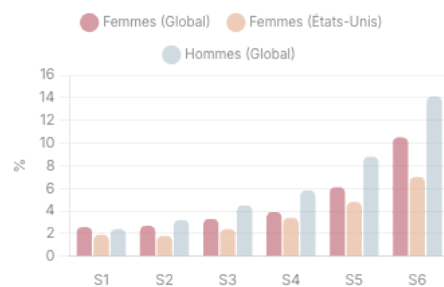


FIG. 5 — VÉLOCITÉ DE L'ONDE DE POUFS : FEMMES VS HOMMES (GLOBAL, M/S)⁵

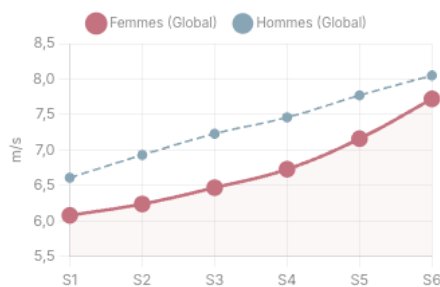
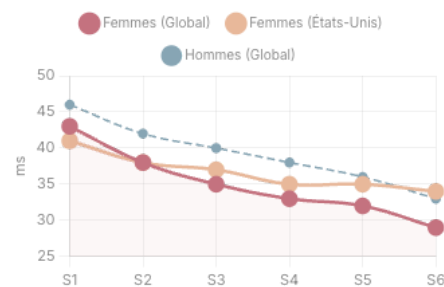


FIG. 6 — VFC : GLOBAL VS ÉTATS-UNIS (FEMMES ET HOMMES, MS)⁷



L'accélération cardiovasculaire la plus marquée se produit entre le stade 4 et le stade 5 — les premières années *après* la ménopause. Dans notre ensemble de données, les pays où la pression artérielle augmente le plus présentent également la prévalence d'AFib la plus élevée — suggérant que la trajectoire de la PA constitue un signal d'alerte précoce pour un risque cardiaque plus étendu. C'est pourquoi le suivi de la blood pressure *trajectoire* — et pas seulement une mesure isolée — est essentiel : il peut révéler un risque cardiovasculaire des années avant un événement clinique, donnant aux femmes et à leurs médecins le temps d'agir.

Le Sommeil et *l'énergie*

La qualité du sommeil, l'activité quotidienne et la température corporelle présentent toutes des différences significatives au cours de la transition ménopausique — remodelant la façon dont les femmes vivent *leur énergie quotidienne et leur récupération*.⁸

Les perturbations du sommeil sont en partie liées aux symptômes vasomoteurs — bouffées de chaleur et sueurs nocturnes causées par le rétrécissement de la zone thermoneutre de l'hypothalamus à mesure que les œstrogènes diminuent.⁸ Parallèlement, la température corporelle centrale moyenne diminue à mesure que la progestérone — qui joue un rôle central dans la thermorégulation — décline. Le résultat : l'écart de température entre les femmes et les hommes *se réduit de 70 %* au cours de la transition ménopausique.

Les femmes des États-Unis rapportent systématiquement de moins bons scores de sommeil (3 à 5 points en dessous de la moyenne mondiale à chaque stade). Les femmes françaises, en revanche, maintiennent de bons scores de sommeil (79–80) — pourtant leur VFC chute de 35 % au cours de la transition ménopausique, le déclin le plus marqué de l'ensemble des données. Cela suggère que la qualité du sommeil seule peut ne pas refléter le tableau complet de ce qui se modifie en interne.



FIG. 7 — SCORE DE SOMMEIL : GLOBAL VS ÉTATS-UNIS VS FRANCE (FEMMES)

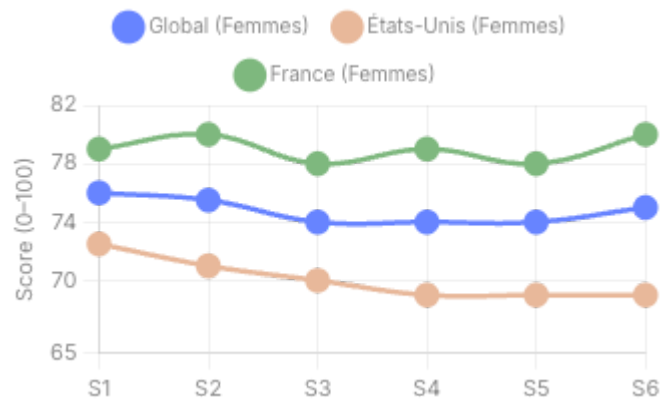


FIG. 8 — PAS QUOTIDIENS : FEMMES VS HOMMES, GLOBAL & ÉTATS-UNIS

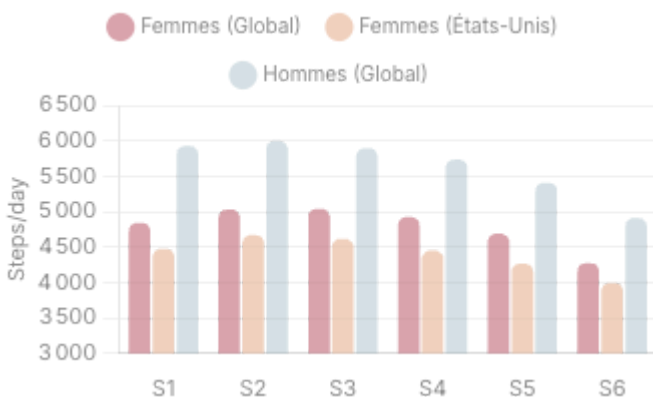
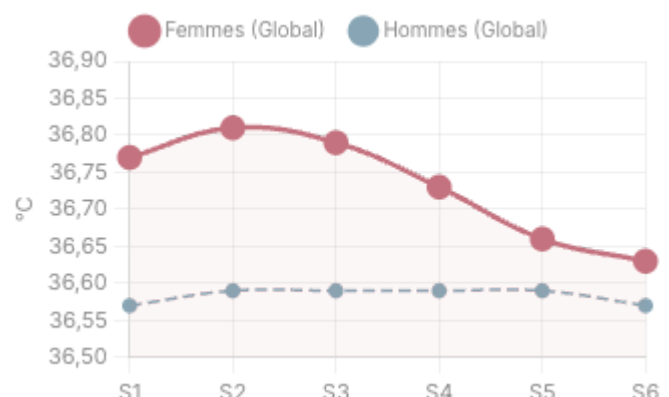


FIG. 9 — CONVERGENCE DE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE CENTRALE (GLOBAL, °C)⁸



L'activité culmine à la pérимénopause — les femmes à la fin de la quarantaine marchent davantage que celles dans la trentaine — avant que le nombre de pas ne diminue régulièrement tout au long de la postménopause. Maintenir cet élan est l'une des actions les plus bénéfiques que nous puissions entreprendre : l'activité physique est associée à de meilleurs résultats cardiovasculaires, métaboliques, osseux et cognitifs tout au long de la transition.

La reconnaissance *tardive*

Un décalage frappant entre le moment où le corps commence à changer et le moment où les femmes *en prennent conscience*.

44.5%

des femmes ne déclarent pas la périménopause dans l'application Withings avant l'âge de 50 ans

Malgré des changements mesurables débutant au stade 2 (40–44 ans)

Ce que les données montrent déjà au S2 (40–44 ans)

- VFC en déclin (–5 ms par rapport à la valeur basale)
- Masse grasse en augmentation (+0.8 %)
- Pression artérielle en hausse (+1.8 mmHg systolique)
- Graisse viscérale en augmentation (+18 %)

Déclaration de la périménopause dans l'application Withings

48

Âge médian de déclaration
(États-Unis)

49

Âge médian de déclaration
(Global)

Les femmes européennes tendent à déclarer la périménopause plus tard — en France, 48,4 % la déclarent à 50 ans ou plus, soit près de 4 points au-dessus de la moyenne mondiale. Cela peut refléter une moindre sensibilisation à la transition ménopausique en Europe par rapport aux États-Unis, où le débat public a davantage progressé.

Notre corps sait avant nous. Withings s'engage à combler cet écart — en faisant remonter les signaux les plus précoces afin que chaque femme puisse entamer une conversation avec son médecin, selon ses propres termes, avec des données pour l'appuyer. Car comprendre ce qui change n'est que le début : l'impact réel vient de ce que vous faites de ces connaissances — que ce soit par des changements de mode de vie, une surveillance proactive ou un suivi médical.

Un zoom *par région*

Chaque pays possède une *ménopause signature*. La même transition biologique se déroule différemment selon l'état de santé de base, le mode de vie et l'environnement.

France

Le départ le plus mince — et le meilleur sommeil

30.6% masse grasse initiale — la plus faible des 11 pays

79-80 score de sommeil maintenu à tous les stades — le plus élevé de l'ensemble de données

+8.8 mmHg hausse de la PA systolique — 2x la moyenne mondiale

~200 000 femmes

F

Allemagne

Sommeil constant, déclin autonome le plus prononcé

77 score de sommeil maintenu tout au long de la transition

-39% Déclin de la VFC — le plus prononcé de l'ensemble de données

+31% augmentation de la rigidité artérielle — la plus rapide de l'ensemble de données

~150 000 femmes

D

Royaume-Uni

Forte activité, convergence vasculaire rapide

Parmi les plus actives femmes de l'ensemble de données européen

+7.0 mmHg hausse de la PA systolique — deuxième plus forte après la France

Fort nombre de pas maintenu tout au long de la postménopause

~180 000 femmes

UK

États-Unis

La variation autonome la plus modérée de l'ensemble de données

33.7% masse grasse initiale — la plus élevée de l'ensemble de données

-17% Déclin de la VFC — la moitié du taux mondial

3.5x augmentation de la fibrillation auriculaire (1.9% → 7.0%)

~470 000 femmes · Cohorte la plus large

US

Pays nordiques

Les plus actives et les premières à le reconnaître — pourtant l'AFib dépasse les taux mondiaux

6,123 nombre de pas à S4 en Suède — le plus élevé pour toute femme à tout stade

47 âge médian de déclaration de la périménopause en Norvège — le plus précoce de l'ensemble de données

11.8% prévalence de l'AFib à S6 — au-dessus de la moyenne mondiale de 10.5%

~82 000 femmes · Finlande, Danemark, Norvège, Suède

N

Australie

La recomposition corporelle la plus prononcée de l'ensemble de données

+3.6pp augmentation de la masse grasse — 20% au-dessus de la moyenne mondiale

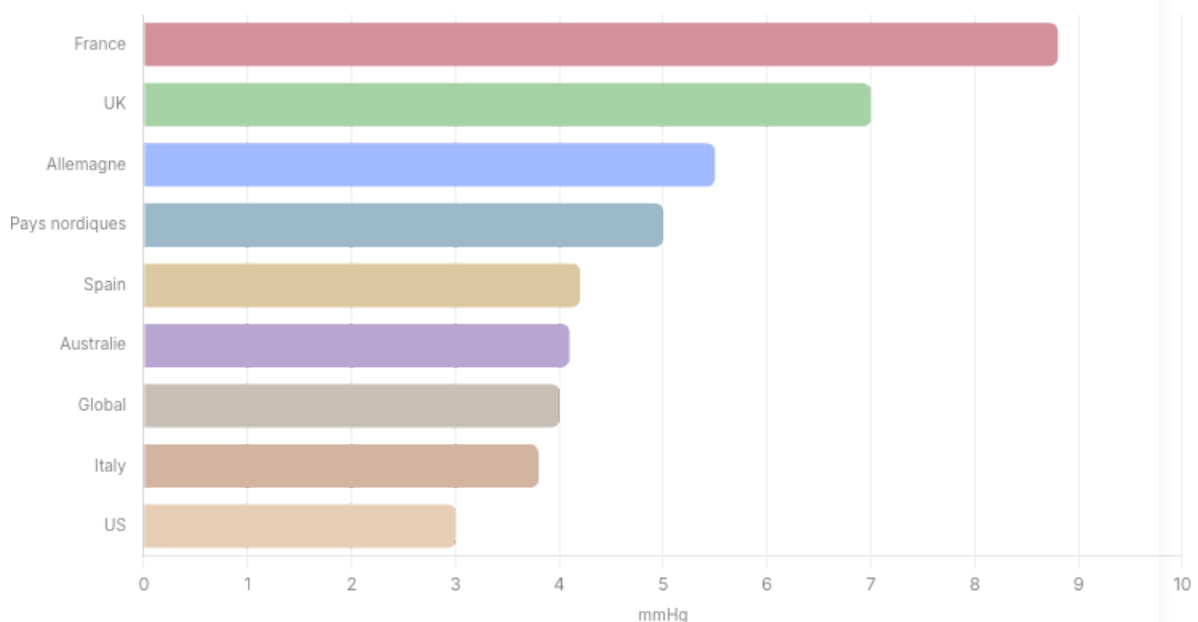
-21% Déclin de la VFC — parmi les plus modérés, avec un plateau en phase tardive

78% fermeture de l'écart de PA entre les sexes — convergence la plus rapide de l'étude

~48 000 femmes

AU

FIG. 10 — AUGMENTATION DE LA PA SYSTOLIQUE PENDANT LA TRANSITION PAR PAYS (FEMMES, MMHG)



Les outils *derrière* les données

Chaque résultat de ce rapport provient de mesures du monde réel collectées passivement, à domicile, via des dispositifs de santé connectés. Voici les instruments qui ont rendu cette recherche possible — et qui continuent de générer les données permettant une sensibilisation et une prévention plus précoces.



SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Body Scan

Les données relatives à la composition corporelle, à la graisse viscérale, à la masse osseuse, à la vitesse d'onde de pouls et à l'âge vasculaire contenues dans ce rapport proviennent de **Body Scan** — une station de santé connectée avec une composition corporelle segmentaire sur 5 zones (BIA tri-fréquence), un ECG à 6 dérivation avec détection de la fibrillation auriculaire et une évaluation de la santé nerveuse. Son successeur, **BodyScan 2**, disponible prochainement, ajoute la cardiographie d'impédance, Heart Age et Glycemic Resilience pour pousser encore plus loin l'évaluation.



SANTÉ CARDIAQUE ET AUTONOMIQUE

ScanWatch 2

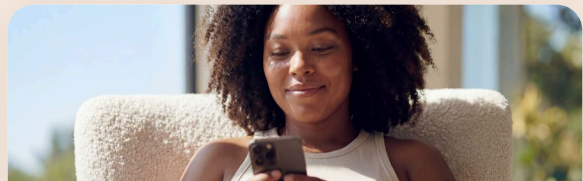
Les trajectoires de VFC, la prévalence de l'AFib, les profils de température cutanée et les résultats en matière d'architecture du sommeil ont été captés par **ScanWatch 2** — un dispositif médical porté au poignet avec surveillance continue de la fréquence cardiaque, de l'ECG, de la SpO2 et de la température 24h/24 et 7j/7. Sa batterie de 35 jours permet un suivi longitudinal ininterrompu.



PRESSION ARTÉRIELLE ET VIEILLISSEMENT VASCULAIRE

BPM Connect & BeamO

Les trajectoires de la pression artérielle et les données de vitesse d'onde de pouls alimentant nos résultats cardiovasculaires reposent sur **BPM Connect** (validé ISO 81060-2, moyenne de trois mesures) et **BeamO** — un dispositif 4-en-1 combinant ECG, SpO2, température et stéthoscope numérique pour un bilan cardiovasculaire en 60 secondes.



ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ CONNECTÉE

Withings Intelligence

En combinant les données des balances, des montres, des tensiomètres et des trackers de sommeil dans un profil longitudinal unique, l'écosystème Withings offre une vision holistique et unique de la santé de chaque utilisateur — le type de visibilité inter-domaines qui alimente les corrélations de ce rapport. **Withings Intelligence** traduit ces connexions en informations et tendances personnalisées, aidant les femmes à comprendre comment la composition corporelle, les paramètres cardiovasculaires et les profils de sommeil s'articulent les uns aux autres au fil du temps.

Lorsque les femmes voient ce qui change, elles peuvent agir plus tôt, plaider pour elles-mêmes et travailler avec leurs médecins pour élaborer un plan personnalisé — combinant des changements de mode de vie, une surveillance proactive et des soins médicaux si nécessaire. C'est la promesse de la santé connectée — et notre engagement.

En savoir plus sur les dispositifs à l'origine de cette étude →

Méthodologie

Analyse transversale de données anonymisées provenant d'environ 2,5 millions d'utilisateurs d'appareils connectés Withings dans 11 pays (États-Unis, France, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Suède, Danemark, Norvège, Finlande, Australie), janvier 2025 – mars 2026. Huit domaines physiologiques : composition corporelle, activité quotidienne, qualité du sommeil, variabilité de la fréquence cardiaque, température corporelle centrale, pression artérielle, vitesse de l'onde de pouls et prévalence de la fibrillation auriculaire.

Les stades reproductifs (S1–S6) sont définis par des indicateurs de substitution fondés sur l'âge, inspirés de STRAW+10, et ancrés sur l'âge moyen européen de la ménopause à 51 ans (EMAS). Tous les résultats représentent des différences entre cohortes, et non des modifications au niveau individuel. Les tailles de cohorte varient de ~200 000–470 000 (composition corporelle) à ~4 000–5 000 (pression artérielle, VOP). Toutes les valeurs sont des médianes (P50). Les utilisateurs Withings sont auto-sélectionnés et peuvent ne pas être représentatifs de la population générale. Les données décrivent des tendances et des associations, et non des causes.

Références

- ¹ Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(4):1159–1168.
- ² European Ménopause and Andropause Society (EMAS). Ménopause terminology and definitions. *Maturitas.* 2023.
- ³ Greendale GA, Sternfeld B, Huang M, et al. Changes in body composition and weight during the ménopause transition. *JCI Insight.* 2019;4(5):e124865.
- ⁴ Mendelsohn ME, Karas RH. L' protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med.* 1999;340(23):1801–1811.
- ⁵ Laurent S, Cockcroft J, Van Bortel L, et al. Expert consensus on arterial stiffness. *Eur Heart J.* 2006;27(21):2588–2605.
- ⁶ Magnani JW, Moser CB, Murabito JM, et al. Sex hormones, aging, and atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2014;7(2):307–312.
- ⁷ Thayer JF, Yamamoto SS, Brosschot JF. Autonomic imbalance, VFC and cardiovascular disease risk. *Int J Cardiol.* 2010;141(2):122–131.
- ⁸ Baker FC, de Zambotti M, Colrain IM, Bei B. Sleep problems during the menopausal transition. *Nat Sci Sleep.* 2018;10:73–95.
- ⁹ Tchernof A, Després JP. Pathophysiology of human visceral obesity. *Physiol Rev.* 2013;93(1):359–404.
- ¹⁰ Charkoudian N, Stachenfeld NS. Reproductif hormone influences on thermorégulation in women. *Compr Physiol.* 2014;4(2):793–804.
- ¹¹ International Osteoporosis Foundation. Epidemiology of osteoporosis and fragility fractures. 2024. Available at: osteoporosis.foundation.
- ¹² Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, et al. Vasomotor menopausal symptoms and risk of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(7):872–885.
- ¹³ Blacher J. Cardiovascular risk factors at ménopause. Presentation at the Congrès National de la Ménopause, GEMVI (Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillessement hormonal Individuel).

WITHINGS

La Ménopause 2026 · Avril 2026 · © Withings SA
withings.com

Certaines images de style de vie présentes dans ce rapport ont été générées à l'aide de l'intelligence artificielle.

WITHINGS

*Ce qui se mesure
se comprend.
Ce qui se comprend
se transforme.*

withings.com

© 2026 Withings SA · Tous droits réservés