

## La taille, signe extérieur de vieillesse ? Attention à l'ostéoporose...



### DOSSIER DE PRESSE SEMINAIRE ID - 14 DECEMBRE 2008

Contacts : **Presse&Papiers**  
Catherine Gros – Domitille Danvert  
Tél : 01 46 99 69 69  
Fax : 01 46 99 69 68

E-mail : [catherine.gros@pressepapiers.fr](mailto:catherine.gros@pressepapiers.fr) – [domitille.danvert@pressepapiers.fr](mailto:domitille.danvert@pressepapiers.fr)

**Laboratoire GlaxoSmithKline**  
Fanny Allaire – Noémie Leclaire  
Tél : 01 39 17 90 85 – 01 39 17 85 84  
Fax : 01 39 17 86 56  
E-mail : [fanny.m.allaire@gsk.com](mailto:fanny.m.allaire@gsk.com) – [noemie.n.leclaire@gsk.com](mailto:noemie.n.leclaire@gsk.com)

**Roche**  
Merryl Mourau  
Tél : 01 46 40 53 12  
Fax : 01 46 40 54 32  
E-mail : [merryl.mourau@roche.com](mailto:merryl.mourau@roche.com)



# SOMMAIRE

- I. **Enquête IPSOS « les femmes et leur taille »**
  
- II. **Silhouette féminine et « grandissement » moderne**  
*par Georges Vigarello, sociologue-historien (Paris)*
  
- III. **Ostéoporose, que faire au quotidien pour « garder de la hauteur » ?**  
*par le Dr Jean-Paul Duplan, médecin généraliste (Paris)*
  
- IV. **Quiz OSTEOP « idées fausses »**



## I. Enquête « Ostéoporose, les femmes et leur taille » par IPSOS Santé (1)

En 2011, il y aura 4 millions de femmes de 55-65 ans en France, soit 1,2 million de plus qu'au recensement de 1999. Les femmes vivent de plus en plus longtemps, certes, mais sont de plus en plus soucieuses de gommer les signes du vieillissement : rides, poids, peau, cheveux, etc. Qu'en est-il de leur taille ? Ont-elles vraiment conscience qu'elles peuvent « rapetisser » dans les années qui suivent la ménopause ? Connaissent-elles les effets pervers de l'ostéoporose : tassement, fractures... ?

IPSOS a interrogé par téléphone un échantillon représentatif de 450 femmes de 25 ans et plus au sujet de leur taille. L'enquête a été réalisée en novembre dernier.

### Résultats :

- 1 femme sur 3 a peur de se tasser avec l'âge
- Près de 2 femmes sur 3 ignorent que l'on peut perdre jusqu'à 20 cm en vieillissant
- 1 femme sur 2 n'associe pas « perte de taille et ostéoporose »

#### 1. Les femmes avouent avoir peur de perdre des centimètres en vieillissant

Essentiellement préoccupées par la prise de poids en vieillissant (63%), par les rides et la perte de cheveux, la question « est-ce que la perte de taille vous fait peur en vieillissant ? », suscite l'inquiétude chez 31% des femmes.

#### 2. La prise de conscience de la perte de taille et de l'ostéoporose vient avec l'âge

Pour les femmes de 25 ans et plus, le vieillissement s'accompagne très fréquemment de signes physiques et visibles : les cheveux blancs et les rides (notes de 8,1 et 7,9 sur 10). La perte de taille vient en 3<sup>ème</sup> position (6,9 sur 10), et est plus fréquemment citée parmi les femmes les plus âgées (50 ans et plus : note de 7,2 sur 10).

De même, la prise de conscience de l'ostéoporose vient avec l'âge. Pour les plus de 50 ans, 7,3 sur 10 pensent que perdre des centimètres s'explique par l'ostéoporose, contre 6,2 pour les moins de 50 ans.

#### 3. La perte de taille n'est pas uniquement liée à l'ostéoporose, selon les femmes interrogées

49% des femmes n'associent pas la perte de taille à l'ostéoporose et 62% des femmes ne savent pas qu'elles peuvent perdre jusqu'à 20 centimètres en vieillissant, notamment parmi les femmes de moins de 50 ans, car elles ont moins conscience de ce phénomène.

#### 4. Les femmes pensent que la pratique d'une activité physique régulière prévient l'ostéoporose

Pour environ 6 femmes sur 10, la prévention de ce phénomène passe par la pratique d'une activité physique. 1/3 évoque un traitement osseux et un 1/4 un changement d'alimentation. 1 femme sur 9 déclare spontanément qu'il n'y a rien à faire pour prévenir la perte de centimètres. Elles le vivent comme une fatalité, sûrement due à la vieillesse. D'autres évoquent le besoin d'avoir une bonne posture pour prévenir l'ostéoporose « *il faut muscler son dos* », « *le kiné va redresser la personne pour lui éviter de s'affaisser* », « *il faut se tenir droit* », « *avoir une bonne stature pour bien se tenir* ».

(1) Enquête IPSOS réalisée auprès de 450 femmes de 25 ans et plus – novembre 2008



## II. Silhouette féminine et « grandissement » moderne par Georges Vigarello, sociologue-historien (Paris)

Le grand débat sur la minceur a tendance à masquer un autre grand débat, tout aussi important pour la femme : celui de la taille et de sa hauteur.

### Les corps changent entre les générations : les filles dépassent leurs mères

Les chiffres confirment le changement : la taille moyenne d'une femme, en 1995, dépassait de 4,3 cm celle de sa mère et d'un peu plus de 5 centimètres celle de sa grand-mère, augmentation qui se poursuit aujourd'hui<sup>1</sup>. Ceci indique non seulement un accroissement marquant, mais aussi une accélération de l'accroissement lui-même. Plus encore, le changement de moyenne accompagne un changement de norme. Le renouvellement est tel qu'une « campagne nationale de mensuration » (CNM) a dû être conduite en 2006 pour réviser les normes des vêtements autant que celles des installations en tous genres : des espaces domestiques, aux outils techniques, aux habitacles d'engins.

### Élancement, fluidité : l'évolution naturelle du corps féminin

À y regarder de plus près, une dynamique est repérable depuis plusieurs décennies dans tous les domaines artistiques : la silhouette elle-même, son allure, son dessin, sont transformés. Les vieilles représentations en « S » privilégiant l'avancée de la poitrine et le recul des lombes cèdent devant d'autres repères.

Les courbes sinueuses que soulignaient le port des corsets et l'accentuation des hanches sont abandonnées pour des profils plus linéaires : ceux où domine l'image du « I », ceux de la tige et de l'« effilement ».

A partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, on est passé d'une silhouette en « S » à une silhouette en « I » !

### Taille et norme : la taille a un impact dans la vie sociale de la femme

Le gain n'est plus seulement alors celui du contour, il est celui de l'ascension, de la hauteur. Il accompagne, faut-il le dire, le changement de statut de la femme : l'incarnation d'un accroissement dans l'assurance et l'affirmation. L'exigence nouvelle se dit clairement dans les expressions contemporaines désignant la silhouette : minceur signifie aussi élancement et fluidité. L'allure ne s'apprécie qu'élevée et dégagée. Les jambes s'allongent comme le font les mouvements et les pas. Cette insistance, nettement plus marquée aujourd'hui qu'auparavant, suppose une dynamique corporelle largement renouvelée. La hauteur de taille s'accompagne de modèles plus actifs : éloignement de contours jugés trop « mammaires », choix de repères physiques plus amples favorisant la disponibilité et le bouger. Cette insistance suppose encore une difficulté croissante à accepter les contraintes du vieillissement.

Le changement de norme a des conséquences : l'amoindrissement de la taille dû au vieillissement, l'« engoncement » qu'il provoque, sont inévitablement moins bien supportés dans un univers où les tailles s'accroissent, où les jeunes générations gagnent en élancement, où les comparaisons ne se limitent plus aux rides ou aux physionomies. Le diktat dominant sur le maintien de la jeunesse, le recours à l'anti-âge, signifient aussi le maintien de l'élancement et de la fluidité.

---

<sup>1</sup> «Le corps change, son image aussi», M. Bodier, Bulletin de l'INSEE, janvier 1995



### III. Ostéoporose, que faire au quotidien pour « garder de la hauteur » ?

*par le Dr Jean-Paul Duplan, médecin généraliste (Paris)*

Silencieuse et sournoise, l'ostéoporose est une maladie qui, dès que les hormones commencent à se raréfier au moment de la ménopause, démarre son lent travail de fragilisation des os.

A 50/60 ans, les femmes continuent alors à vivre normalement, sans se douter de rien... Or, dépister rapidement l'ostéoporose permettrait une prise en charge précoce et adaptée. Pourtant, en cabinet de ville, les choses sont parfois plus délicates. « *Ces femmes sont encore jeunes et belles, paraissent 10 ans de moins que leur âge. Elles sont sensibles à leur poids, suivent parfois des régimes carencés. Elles ne parlent pas de leur taille mais se plaignent souvent du dos et ne savent pas grand chose de l'ostéoporose.* »

#### I. Expérience en cabinet : quelles questions le médecin généraliste doit-il poser aux femmes dès la ménopause ?

Dans l'intervalle de consultation, il faut évaluer les facteurs de risque d'une femme ménopausée et faire en sorte que les nombreuses années qui lui restent à vivre se passent dans les meilleures conditions possibles.

« *Quand je vois une femme de plus de 50 ans arriver pour la première fois dans mon cabinet, et après avoir su qu'elle était ménopausée, je lui pose tout un tas de questions... et la liste est longue* » :

- **Risques cardio-vasculaires** car à la ménopause, la femme devient l'égale de l'homme : suivi des bilans glucidique et lipidique, HTA, etc. ;
- **Dépistage des cancers** du sein et des cancers digestifs (en cas d'antécédents familiaux) ;
- **Recherche d'incontinence** ;
- **Et ostéoporose**, en accordant un soin particulier à l'hérédité car une femme dont la mère a eu une fracture du fémur a plus de risque de souffrir de la même fracture.

« *Au sujet de l'ostéoporose, la première règle est de mesurer les femmes et de procéder à un interrogatoire précis* » :

- **Antécédents familiaux** : fractures, tassements, PTH chez les ascendants
- **Antécédents personnels** : rhumatisme inflammatoire, maladie inflammatoire, asthme sévère, psoriasis, hypothyroïdie, etc.
- **Hygiène de vie** : tabac, alcool, café, sports, alimentation
- **Traitements en cours et passés** à la recherche de corticoïdes au long cours, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, chimiothérapie, etc.

« *Malheureusement, l'examen clinique est pauvre, et toute la stratégie diagnostique repose sur le bilan qui est demandé et qui repose sur 3 éléments* » :

- **Le bilan biologique** comparable à celui demandé chez la personne plus âgée comprend créatininémie, calcémie et dosage de la vitamine D (+ phosphatases alcalines en cas de fracture récente)
- **Le bilan radiologique**, devant toute douleur rachidienne ou de la hanche

- **L'ostéodensitométrie**, remboursée par la sécurité sociale sous certaines conditions depuis le décret du 29 juin 2006. Cet examen est un outil diagnostique. D'après la Haute Autorité de la Santé (1), l'ostéodensitométrie a peu d'indications dans le suivi des patientes. Dans certaines situations, une réévaluation du risque de fracture peut être nécessaire, ce qui peut alors conduire à la réalisation d'une seconde ostéodensitométrie.

« Chez la femme ménopausée, une seconde ostéodensitométrie peut être réalisée dans deux indications » :

- Elle est recommandée à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors d'un arrêt précoce pour effet indésirable ;
- Lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une seconde ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

Par contre, la mesure de la DMO par ostéodensitométrie n'est utile à ce jour ni pour suivre l'efficacité du traitement ostéoporotique, ni pour apprécier son observance. (1)

## II. Les mesures hygiéno-diététiques d'accompagnement

Pour prévenir l'ostéoporose, il faut adopter au quotidien des mesures hygiéno-diététiques d'accompagnement, dès la ménopause :

- **Les conseils d'hygiène de vie** : arrêt du tabac, limitation du café (le thé noir est accepté) et de l'alcool, pratique d'une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour ;
- **Une régulation des apports alimentaires** en produits laitiers, en aliments riches en calcium (saumon, sardine, légumes verts, produits à base de soja.....) ;
- **Les supplémentation en calcium et en vitamine D.**

### 1. Soigner son squelette commence dans l'assiette !

La formation et la résorption osseuse étant en partie contrôlées par les hormones sexuelles, il est logique que la déminéralisation osseuse s'accélère juste après la ménopause. Pour pallier cette carence, un juste apport de calcium dans l'alimentation est important, à condition de ne pas oublier la vitamine D.

Où trouver le calcium ? Dans :

- **les produits laitiers** :

Laits de vache, de chèvre et de brebis ; les fromages à pâte dure, type emmental ; les fromages à pâte molle, type camembert, que le fromage soit allégé ou non

- **certaines eaux minérales** :

Contrex<sup>®</sup>, Hépar<sup>®</sup>, Tallians<sup>®</sup>, Quezac<sup>®</sup>, Vittel<sup>®</sup>, San Pellegrino<sup>®</sup>, Salvetat<sup>®</sup>, Rosanna<sup>®</sup>, Badoit<sup>®</sup>, Arvie<sup>®</sup> ...

- **les poissons, crustacés et coquillages** :

Sardines à l'huile, crevettes, moules ou huîtres décoquillées ; clovisses, palourdes, bigorneaux ; les poissons : grondin, limande, anguille, friture de petits poissons (à cause des arêtes).

- **les oléagineux** :

Amandes, noisettes, noix, graines de sésame, lait d'amande.

- o **les fruits et les légumes :**

Oranges, figues sèches, dattes, raisins secs, chou vert, brocolis, épinards, haricots secs, pois chiches, lentilles.

- o **les produits à base de soja :** tofu.

### Attention !

Au sel : une consommation excessive de sel favorise le passage du calcium, présent dans le sang, vers les urines, entraînant une fuite urinaire du calcium.

Au tabac : le tabac est néfaste pour l'os à deux titres, d'abord par une action directe sur les ostéoblastes, les cellules constitutives de l'os, ensuite parce qu'il avance l'âge de la ménopause.

## **2. Bougez sur mesure !**

*« En prévention de la perte de masse osseuse notamment dans l'ostéoporose, on recommande aux femmes ménopausées le maintien, voire l'introduction, d'une activité physique régulière, correspondant à environ 30 à 45 minutes par jour de marche rapide ».*

C'est dès l'enfance et surtout pendant l'adolescence que l'on constitue l'essentiel de son capital osseux.

*« 20 % du capital osseux acquis, dépend de l'hygiène de vie et en particulier de l'activité physique. Ainsi, même si les os se fragilisent au cours de la vie, ils seront moins « pauvres » en fin de vie puisqu'ils étaient « riches » au départ. »*

### Quelle activité physique pour renforcer les os ?

Les sports « en charge » (c'est-à-dire les activités qui obligent à porter son corps) seraient les plus efficaces en prévention de l'ostéoporose<sup>2</sup>. Ce qui compte, c'est de choisir des activités qui demandent au squelette de résister à des contraintes plus importantes que d'habitude et ce, le plus fréquemment possible.

Toutes les activités « en charge » ne se valent pas :

La marche est efficace, ainsi que la course à pied ou les activités qui demandent de sauter. Quand on marche vite, on réceptionne à chaque pas une force égale à 1,5 fois le poids du corps et si l'on court, l'impact avec le sol est encore plus élevé. La force qui « décomprime » les os peut alors atteindre 3 à 5 fois le poids de du corps. Les muscles se contractent fortement pour nous propulser en avant. Les os « porteurs » (les jambes et la colonne vertébrale) vont d'autant plus se renforcer que les contraintes sont importantes.

Donc, rien de telle que la marche pour renforcer les os.

La musculation est également très bonne pour les os parce qu'elle provoque une stimulation mécanique qui tend à renforcer le squelette, tout en permettant un repos entre les séries d'exercices.

### Et la natation ?

Quand l'objectif est de renforcer les os, la natation comme le vélo, sont moins adaptés car même si l'on s'active beaucoup dans l'eau, on ne porte plus le poids de son corps. On le constate d'ailleurs : les nageurs qui font des compétitions n'ont pas un squelette très différent des personnes sédentaires de même âge et de même sexe.

(1) HAS : Note de synthèse « Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose » – Juillet 2006

(2) Table ronde – Semaine de Rhumatologie, Aix-les-Bains, France (10/04/1996), vol.48, n°8 (30p.)(14 r eff.), pp265-269



## IV. QUIZ : idées reçues sur l'ostéoporose

**1. La prise d'un traitement hormonal de la ménopause pendant 5 ans prévient l'apparition ultérieure d'une ostéoporose.**

**FAUX** : La déperdition osseuse classique reprend ses droits dès la fin du traitement hormonal. (1)

**2. L'ostéodensimétrie est-t-elle un outil diagnostic ?**

**VRAI** : La mesure de la DMO par ostéodensimétrie n'est utile que chez les personnes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose ce qui conditionne ses indications. Elle est alors remboursée à 70 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006. (2)

**3. Une alimentation variée comportant des produits laitiers ne suffit pas à prévenir l'ostéoporose.**

**VRAI** : l'apport de produits laitiers est nécessaire mais non suffisant dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose. (3)

**4. L'exercice physique est un moyen de limiter l'apparition de l'ostéoporose.**

**VRAI** : mais comme les produits laitiers, à lui seul l'exercice n'est pas suffisant. (2)

**5. Le tabac peut aggraver l'ostéoporose.**

**VRAI** : L'un des effets du sevrage tabagique est la réduction du risque d'ostéoporose. (2)

**6. Après la ménopause, la décroissance de la masse osseuse est de 1 à 2 % par an pendant 8 à 10 ans.**

**VRAI** : Chez certaines personnes, la diminution de la masse osseuse est sans conséquence grave mais chez d'autres une ostéoporose peut se constituer. L'ostéoporose veut littéralement dire "os poreux". Cette maladie rend donc les os fragiles, augmentant le risque de fracture lors de traumatismes minimes de la vie courante. Les conséquences de ces accidents ne sont pas anodines. (2)

**7. L'ostéoporose a un aspect héréditaire.**

**VRAI** : Le rôle de l'hérédité dans l'ostéoporose est prouvé. Ainsi, l'existence d'une ostéoporose chez la mère est un facteur de risque reconnu. (2)

**8. Le vin, à dose modérée, prévient l'ostéoporose autant que les maladies vasculaires.**

**FAUX** : La consommation excessive d'alcool est responsable d'une diminution de la formation de l'os. (2)

**9. Les apports en sel et en protéines limitent les effets négatifs d'un régime pauvre en produits laitiers.**

**FAUX** : les régimes riches en sel ou trop riches en protéines contribuent à une fuite urinaire accrue du calcium. (3)

**10. Un faible indice de masse corporelle est un atout contre l'ostéoporose.**

**FAUX** : la maigreur est au contraire un facteur de risque d'ostéoporose. (2)

(1) Afssaps : Le Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) – Point d'étape - Juin 2006

(2) HAS : Note de synthèse « Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose » - Juillet 2006

(3) Prévention de fractures liées à l'ostéoporose, nutrition de la personne âgée (AFLAR) Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale