

Santé de la femme : les ingrédients miracles ou frauduleux... ?

8,2 milliards d'êtres humains sur Terre en 2024, dont presque la moitié sont des femmes. Et pourtant, leur santé n'est pas encore prise au sérieux.

Pourquoi parler de la santé de la femme ?

Premier point clé : physiologiquement, la femme est très différente de l'homme : elle n'a pas les mêmes besoins, que ce soit d'un point de vue nutritionnel, hormonal, psychologique, etc.

Si on se penche uniquement sur la partie hormonale, la différence est frappante. L'homme maintient des taux hormonaux relativement stables tout au long de sa vie : sa testostérone diminue progressivement à partir de la trentaine, mais de façon lente et linéaire (appelé l'andropause), sans rupture brutale. La femme, elle, suit un tout autre scénario : son cycle hormonal ressemble davantage à des montagnes russes, avec des fluctuations mensuelles marquées tout au long de sa vie reproductive, puis une chute hormonale franche à la ménopause. Ces variations influencent non seulement son bien-être émotionnel, mais aussi sa santé physique : douleurs, fatigue, dépression, santé osseuse et cardiovasculaire évoluent toutes au rythme de ses hormones. Autrement dit, là où l'homme vieillit hormonalement en pente douce, la femme encaisse des virages serrés – et souvent sans filet.

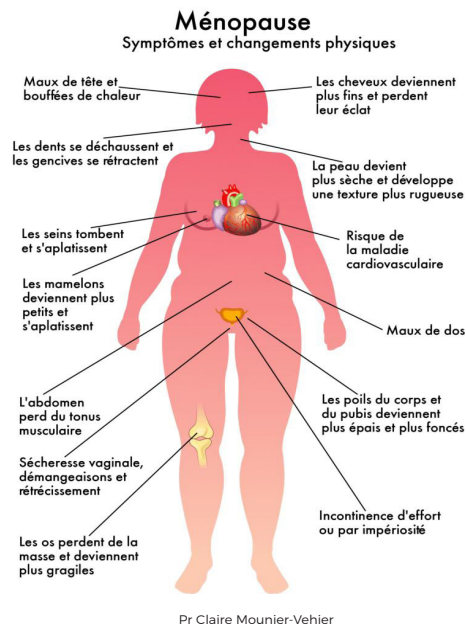
La femme traverse des étapes de vie qui resteront à jamais inconnues de l'homme : les premières règles vers 12- 14 ans, suivies de décennies de cycle menstruel, quelques grossesses et accouchements pour certaines, et pour finir... la préménopause et la ménopause.

Penchons-nous sur la ménopause

Au moment où la femme pense enfin être libérée de ses règles, quelque chose pour laquelle on ne la prépare pas assez bien frappe à sa porte : la ménopause¹.

C'est la fin progressive, mais définitive, des règles, officiellement confirmée après 12 mois consécutifs sans menstruations. Elle survient en

moyenne entre 45 et 55 ans. Mais les symptômes peuvent commencer bien avant, parfois jusqu'à 10 ans plus tôt, lors de la périménopause – cette phase de transition où les hormones commencent à décliner sans que les règles n'aient encore totalement disparu. D'ici 2025, plus d'un milliard de femmes dans le monde devraient avoir franchi ce cap, soit environ 12 % de la population mondiale².



Concrètement, que se passe-t-il ? La chute des œstrogènes déclenche une cascade de symptômes : bouffées de chaleur et sueurs nocturnes chez jusqu'à 80 % des femmes, troubles du sommeil, sautes d'humeur, brouillard cognitif, douleurs articulaires, sécheresse vaginale... La liste est longue.

Et ces symptômes ne sont pas qu'un simple inconfort passager : ils peuvent durer plusieurs années, voire une décennie pour 25 % des femmes, et constituent des signaux d'alerte pour la santé cardiovasculaire et osseuse à long terme³. Et non, ce ne sont pas des caprices de femmes gâtées. Ce sont des maux, des douleurs et des gênes parfois handicapantes.

¹<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20533691231166543>

²www.grandviewresearch.com/horizon/outlook/menopause-market-size/global

³<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395798/>

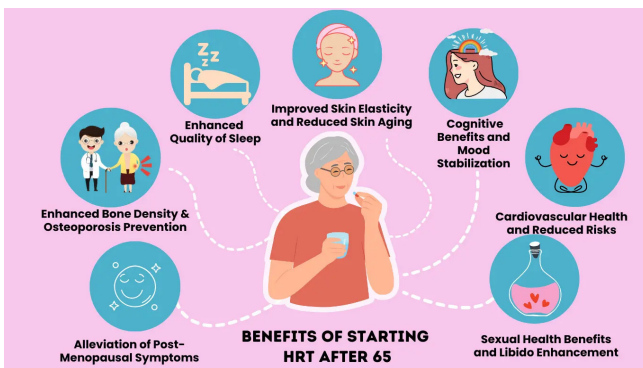
CONSULTATION NUTRITION

Les traitements disponibles

Le traitement de référence reste l'hormonothérapie substitutive (HTS), recommandée en première intention par l'ensemble des grandes sociétés savantes internationales (NICE, Société européenne d'endocrinologie, NAMS...)^{4,5}.

Elle associe œstrogènes – pour soulager les symptômes – et progestatif, pour protéger l'utérus. Son efficacité est bien documentée : réduction de 75 à 90 % des bouffées de chaleur, avec des bénéfices additionnels sur le sommeil, l'humeur, le métabolisme lipidique et la densité osseuse (-34 % de fractures de hanche selon l'étude WHI⁶). Les formes transdermiques (patch, gel) présentent un profil de risque plus favorable que les formes orales, notamment sur le plan cardiovasculaire et thromboembolique.

Ces bénéfices doivent être mis en balance avec des risques documentés, modulés selon le type d'HTS utilisé et le profil de la patiente : risque légèrement augmenté de cancer du sein (environ 3 cas additionnels pour 1 000 femmes sur 5 ans sous traitement combiné), risque thromboembolique veineux, et risque d'AVC ischémique – ce dernier restant faible avant 60 ans, mais à surveiller au-delà. La fenêtre thérapeutique optimale se situe dans les 10 premières années suivant la ménopause ou avant 60 ans, période durant laquelle le rapport bénéfice/risque est le plus favorable.



Ce contexte coïncide avec une transformation profonde du rapport des femmes à leur santé : montée de l'automédication éclairée, digitalisation des parcours de soins, désir de solutions préventives et naturelles, et déstigmatisation progressive

du sujet ménopause dans l'espace public. Face aux effets secondaires potentiels de l'HTS, beaucoup se tournent vers des alternatives dites « naturelles ». Mais sont-elles réellement efficaces ?

Démêlons le vrai du faux.

Les ingrédients qui ont fait leurs preuves

Les isoflavones de soja

Ce sont les actifs les mieux documentés pour la ménopause. Leur mécanisme est simple à comprendre : ce sont des phytoestrogènes, c'est-à-dire des molécules végétales qui imitent partiellement l'action des œstrogènes dans l'organisme – mais de façon plus sélective et moins puissante que les hormones naturelles, limitant ainsi les effets indésirables⁷.

Les Oméga-3

Les acides gras Oméga-3 à très longue chaîne (EPA et DHA) se distinguent par leur polyvalence : santé cardiovasculaire, humeur, fonctions cognitives, densité osseuse, et symptômes vasomoteurs. Une revue narrative publiée dans *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism* (Minihane, 2025) positionne la transition ménopausique comme une fenêtre d'intervention critique pour la supplémentation en EPA/DHA, avec un potentiel documenté sur le brouillard cognitif, l'humeur, l'anxiété et les bouffées de chaleur. Sur le plan lipidique, une méta-analyse (*Clinical Therapeutics*, Wang et al., 2023) documente des effets favorables sur les triglycérides et le HDL-cholestérol chez les femmes ménopausées^{8,9}.

Le magnésium

Le magnésium intervient dans plus de 300 réactions enzymatiques – et sa pertinence en ménopause se concentre sur trois axes : sommeil, humeur et santé osseuse. Une revue de 41 études¹⁰ établit que plus de la moitié des femmes ménopausées souffrent de troubles du sommeil. Une supplémentation en magnésium améliore plusieurs paramètres objectifs et subjectifs du sommeil¹¹, et des données préliminaires suggèrent un effet positif sur la dépression¹² – bien que cette piste mérite des études complémentaires.

⁴<https://reference.medscape.com/cc2/p10/menopause-identification-and-management-2024a1000jwi?form=fpf#3>

⁵<https://academic.oup.com/aje/article/193/4/C49/8281862?login=false>

⁶<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12117397/>

⁷<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12296567/>

⁸<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209554/>

⁹<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36641259/>

¹⁰<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9996569/>

¹¹<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3703169/>

¹²<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10783196/>

CONSULTATION NUTRITION

Les faux amis : fort capital marketing, preuves insuffisantes

L'actée à grappes noires (*Cimicifuga racemosa*) Probablement l'ingrédient le plus vendu en Europe pour la ménopause, avec une image de «phytothérapie validée». La réalité clinique est bien moins flatteuse. La revue Cochrane (16 essais cliniques, 2 027 femmes) conclut à une absence de preuve suffisante pour recommander – ou déconseiller – son usage¹³.

Plus problématique : l'ensemble des études financées par le NIH sont négatives, quand la quasi-totalité des études positives émanent de l'industrie. Des cas d'hépatotoxicité ont été rapportés, sans causalité formellement établie, mais suffisamment nombreux pour justifier une surveillance¹⁴. La SOGC (2021) et la NAMS partagent cette position de réserve¹⁵.

En résumé: fort marketing, preuves indépendantes insuffisantes, profil hépatique à surveiller.

Le Dong Quai (*Angelica sinensis*)

Présenté comme le « ginseng féminin » de la médecine traditionnelle chinoise, son succès commercial contraste radicalement avec ses performances cliniques. Un essai en double aveugle contre placebo (Hirata et al., 71 femmes, 24 semaines) a montré qu'utilisé seul, il n'est pas plus efficace que le placebo – ni sur les bouffées de chaleur, ni sur les marqueurs biologiques œstrogéniques. La NAMS confirme ce constat^{16,17}. Ironie supplémentaire : la médecine traditionnelle chinoise elle-même n'utilise pas le Dong Quai pour les symptômes ménopausiques, mais pour les troubles menstruels et la circulation.

L'ingrédient a été détourné de son usage originel pour alimenter un marché occidental mal informé.

Le Maca (*Lepidium meyenii*)

Excellent storytelling (plante des Andes, superaliment ancestral, « équilibreur hormonal »), forte présence sur les réseaux sociaux, données cliniques très limitées. Seules 4 études cliniques éligibles ont été identifiées sur les symptômes ménopausiques (Ernst et al., *Maturitas*, 2011¹⁸), avec une qualité méthodologique variable. Une revue systématique plus récente (2022, 14 essais¹⁹) confirme le problème : biais de publication élevé, doses très variables, effectifs insuffisants pour toute méta-analyse robuste. Aucune instance réglementaire (EFSA, NAMS, SOGC) ne valide d'allégation de santé pour le maca en ménopause.

Le trèfle rouge (*Trifolium pratense*) – une nuance nécessaire

Le trèfle rouge contient des isoflavones et bénéficie d'une image proche du soja. Certaines études suggèrent un bénéfice possible pour les symptômes sévères, mais la qualité méthodologique reste insuffisante pour en tirer des conclusions fermes. Les études positives sont majoritairement financées par des fabricants d'extraits standardisés. À différencier clairement des isoflavones de soja dans les communications scientifiques : le corpus de preuves est moins étayé, et les doses actives restent mal définies²⁰.

Pour conclure, la santé de la femme demande à être prise au sérieux. Il y a encore trop peu d'éducation à ce sujet, trop peu de solutions durables (sans parler des effets secondaires...). Aimons nos femmes, prenons en soin, car on vient tous de l'une d'elles.

¹³www.cochrane.org/evidence/CD007244_black-cohosh-cimicifuga-spp-menopausal-symptoms

¹⁴<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009286151104500104>

¹⁵<https://ods.od.nih.gov/factsheets/BlackCohosh-HealthProfessional/>

¹⁶<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9418683/>

¹⁷www.drugs.com/npp/dong-quai.html

¹⁸<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21840656/>

¹⁹www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667031322001075

²⁰<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14501609/>

DEPARTEMENT NUTRITION NUTRIMARKETING

Rédacteur en chef : Béatrice de Reynal - Rédactrice : Céleste Paris

Conception graphique : Douchane Momcilovic · Mise en page : Alix de Reynal

alix@nutrimarketing.fr · www.nutrimarketing.eu · T : 01 47 63 06 37

Crédit photographique : Goldman Laboratories - NutriMarketing - Pr Claire Mounier Vehier - DR

Tous droits réservés - NutriMarketing - RCS Paris 412 053 621

Média d'information pour les professionnels de santé - N°172 - Juin 2026 - Tous droits réservés.