
Le Cycle Invisible

Comment la médecine fait semblant que tes hormones n'existent pas (sauf pour te blâmer)

Le pitch : Imagine un médicament testé sur des milliers de personnes, approuvé par les autorités. Tu le prends, ça marche pas trop, t'as des effets bizarres. Ton médecin hausse les épaules : « C'est normal, ça dépend des gens. » Ce qu'il oublie de dire : ce médicament a été testé sur des mecs. Des mecs de 18-45 ans, en bonne santé. Toi, t'as un cycle menstruel. On te prescrit la même dose le jour 3 (règles) et le jour 21 (ovulation). Comme si ton corps était une constante. Spoiler : il l'est pas.

1. Le même médicament, le même jour, peu importe ton cycle

Voici ce qui devrait te faire dresser les cheveux sur la tête. Ton médecin te file une ordonnance. Il te demande pas où t'en es dans ton cycle.

- Jour 1-5 (règles) : œstrogènes au fond du trou
- Jour 6-14 (folliculaire) : ça remonte doucement
- Jour 14 (ovulation) : pic maximal
- Jour 15-28 (lutéale) : progestérone prend le relais

Le twist de la mort

Gandhi et al. (2004) ont confirmé ce que tout le monde suspecte : ton cycle modifie comment ton corps absorbe, distribue, métabolise et élimine les médicaments. C'est pas une légende urbaine, c'est de la pharmacocinétique (étude de la transformation des médicaments dans l'organisme). Et on te prescrit la même dose, le même jour, sans se poser de questions.

Gillessen et al. (2025) viennent de sortir une méta-analyse sur les antiépileptiques et le lithium. Leur conclusion ? Le cycle menstruel affecte significativement la pharmacocinétique de ces traitements. Traduction : ton médicament marche différemment selon que t'es en début ou fin de cycle. Et personne ne t'a prévenue.

Source : Gillessen, M., et al. (2025). The impact of menstrual cycle on the pharmacokinetics of antiseizure medications and lithium. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*.

2. L'exclusion systémique : quand la science préfère la simplicité

Pourquoi on ignore le cycle ? Réponse historique : pendant des décennies, les femmes en âge de procréer ont été **exclues des essais cliniques**. Officiellement, pour protéger les bébés potentiels. Officieusement, parce que les hormones « compliquent » les données. Traduction : c'est trop chiant à analyser, donc on zappe.

Holdcroft (2007) a analysé ce biais dans le *Journal of the Royal Society of Medicine*. Ses conclusions sont cinglantes : les chercheurs excluaient les femmes pour des raisons « scientifiques » bidons, préférant la simplicité du modèle masculin à la complexité biologique réelle. Le mec moyen devenait l'humain standard. La meuf, une variable d'ajustement.

Source : Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? *J. R. Soc. Med.*, 100(1), 2-4.

Feldman et al. (2019) ont quantifié le truc à grande échelle. En analysant des milliers d'études, ils confirment que la sous-représentation des femmes persiste. Conséquence : des traitements inefficaces ou dangereux pour la moitié de la population.

Source : Feldman, S., et al. (2019). Quantifying sex bias in clinical studies at scale. *JAMA Network Open*, 2(7), e196700.

3. Le sommeil : quand ton cycle te joue des tours

Tu dors mal avant tes règles ? C'est pas dans ta tête. Baker & Lee (2022) ont montré que la qualité du sommeil est la plus faible autour des menstruations. Ton cerveau change de mode selon tes hormones, et la médecine traditionnelle te file un somnifère générique sans se demander pourquoi.

Source : Baker, F. C., & Lee, K. A. (2022). Menstrual cycle effects on sleep. *Sleep Medicine Clinics*, 17(2), 283-294.

Jeon & Baek (2023) ont établi le lien entre troubles menstruels et troubles du sommeil. Les cycles irréguliers = sommeil de merde. Logique : si tes hormones font n'importe quoi, ton horloge interne aussi. Mais on préfère traiter le symptôme (l'insomnie) plutôt que la cause (le cycle).

Source : Jeon, B., & Baek, J. (2023). Menstrual disturbances and sleep: a systematic review. *BMC Women's Health*, 23, 1-12.

4. Le sport : l'ironie de la performance

Pendant des années, on a dit aux athlètes que leurs règles étaient un handicap. Qu'il fallait les cacher, les ignorer, les supprimer avec la pilule. La recherche récente montre l'inverse : le cycle peut être un **outil d'optimisation**.

Brown et al. (2021) ont interrogé des athlètes d'élite. Résultat : la majorité ressent un impact sur l'entraînement, mais manque de guidance scientifique. On leur demande de performer sans leur donner les clés de leur propre physiologie.

Source : Brown, N., et al. (2021). Elite female athletes' experiences of the menstrual cycle. *Scand. J. Med. Sci. Sports*, 31(1), 52-69.

Carmichael et al. (2021) concluent que l'impact du cycle sur la performance est « de plus en plus reconnu comme une considération clé ». Traduction : on

commence seulement à s'y intéresser, alors que les femmes font du sport depuis... toujours.

Source : Carmichael, M. A., et al. (2021). The impact of menstrual cycle phase on athletes' performance. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(4), 1667.

Le constat : Meignié et al. (2021) montrent que les études sur les athlètes de haut niveau sont trop rares. On a préféré étudier des hommes pendant 50 ans plutôt que de comprendre la physiologie féminine. Résultat : des générations de sportives qui ignorent leur potentiel optimal.

5. Les conséquences réelles : quand l'ignorance fait mal

Cette méconnaissance n'est pas anodine. Elle cause :

- **Sur/sous-dosage** : médicaments prescrits au hasard hormonal
- **Effets secondaires inexpliqués** : « C'est dans votre tête » (non, c'est dans vos hormones)

- **Diagnostics retardés** : pathologies hormono-dépendantes ignorées
- **Qualité de vie pourrie** : sommeil, humeur, énergie non optimisés

Campesi et al. (2025) appellent à un changement de paradigme : la médecine personnalisée doit intégrer le cycle comme variable clinique, pas comme nuisance. Le cycle menstruel n'est pas un bug, c'est une feature biologique.

Source : Campesi, I., et al. (2025). Understanding pharmacokinetic variability in women. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.*

6. Et si on arrêta de faire semblant ?

Des solutions existent. Elles sont simples, pas chères, et révolutionnaires :

Pour une médecine qui voit le cycle

- **Demander systématiquement** : « Où en êtes-vous dans votre cycle ? » devrait être aussi banal que « Prenez-vous des médicaments ? »
- **Adapter les dosages** : reconnaître que 20mg le jour 3 et 20mg le jour 21, c'est pas la même chose

- **Éduquer** : apprendre aux femmes à connaître leur cycle, leurs pics, leurs creux
- **Inclure dans la recherche** : fini d'exclure les femmes des essais cliniques

Islam et al. (2017) plaident pour une « pharmacothérapie personnalisée selon le genre ». Le cycle en est le pilier central. C'est pas du féminisme, c'est de la science.

Source : Islam, M. M., et al. (2017). Gender-based personalized pharmacotherapy. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 296(4), 631-643.

La bonne nouvelle ? Ça bouge. Les applis de tracking du cycle explosent. Les athlètes parlent de leurs règles à la télé. Les jeunes médecins sont formés différemment. Le cycle invisible devient lentement visible. Mais il reste du boulot.

Ton cycle n'est pas une complication

C'est une réalité biologique qui concerne la moitié de l'humanité pendant 35 ans. L'ignorer, c'est exclure. C'est mal soigner. C'est gaspiller des vies.

La médecine a découvert la pharmacogénétique (tes gènes modifient tes médicaments). Elle doit maintenant découvrir la **pharmacocyclique** : ton cycle modifie tes médicaments. Et c'est pas une option, c'est la base.